



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

Année 2023

Thèse N° 424

# L'accès aux soins des étudiants internationaux au Maroc

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19/12/2023

PAR

**M. Papa El hadji Kéba Ciré TOURÉ**

Né le 06 Février 1997 à Ziguinchor(Sénégal)

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

---

## MOTS-CLÉS

Accès aux soins - Soins de santé primaires - Étudiants internationaux - Maroc

---

## JURY

<b>M.</b>	<b>M. AMINE</b> Professeur d'Epidémiologie Clinique	<b>PRESIDENT</b>
<b>Mme.</b>	<b>L. ADARMOUCH</b> Professeure de Médecine Communautaire	<b>RAPPORTEUR</b>
<b>Mme.</b>	<b>M. SEBBANI</b> Professeure agrégée de Médecine Communautaire	} <b>JUGES</b>
<b>M.</b>	<b>M. CHOULLI</b> Professeur de Neuropharmacologie	
<b>Mme.</b>	<b>S. AIT BATAHAR</b> Professeure de Pneumo-phtisiologie	



*La louange est à Allah de par la grâce de qui se réalisent les  
bonnes choses.*

*“Brother, stand the pain. Escape the poison of your impulses.  
The sky will bow to your beauty if you do. Learn to light the  
candle. Rise with the sun. Turn away from the cave of your  
sleeping. That way a thorn expands to a rose” Rumi.*

*“La difficulté attire l’homme de caractère, car c’est en  
l’étreignant qu’il se réalise lui-même” Général De Gaulle.*





## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

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

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

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

*Les médecins seront mes frères.*

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

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

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

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**



# **LISTE DES PROFESSEURS**



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

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

**ADMINISTRATION**

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI  
Vice doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Hanane RAISS  
Vice doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS  
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR  
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs permanent**

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

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



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

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

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

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

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

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

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

LISTE ARRÊTÉE LE 04/10/2023



# DEDICACES





*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif.*



*🌹 C'est avec amour, respect et gratitude que*

*Je dédie cette thèse....*



*À Allah Subhanahu Wa Ta'ala*

*L'Unique, le Clément, Le Digne de Louange*

*Créateur des cieux et de le Terre*

*L'Omniscient, l'Omnipotent*

*C'est Toi seul que nous adorons et c'est auprès de Toi que nous  
cherchons secours.*

*Rien ne peut s'accomplir sans Ta Volonté*

*En plus du bienfait de la Foi en Toi parmi tant d'autres, Tu me  
combles du bienfait d'avoir mené à bien mes études*

*Je t'invoque par Tes Noms et Attributs les plus nobles et te  
demande de bénir ce travail ainsi que tout ce qui viendra par  
la suite.*

*A mon père, Idrissa TOURÉ*

*Le mérite de réaliser ce travail qui témoigne des nombreux sacrifices qu'il a fallu faire pour en arriver à ce niveau te revient avant tout. Tu as été une source d'inspiration et un modèle sur lequel je me suis toujours référé. Ton sens de l'honneur, de l'éthique, ton amour du travail bien fait et tes qualités humaines ont en grande partie contribué à me forger. Tu ne t'es jamais lassé de me soutenir, me conseiller, me remonter les bretelles quand il le faut. Faire mieux que toi est la mission que tu m'as confiée et je compte bien la réussir. Puisse Allah te préserver, t'accorder une excellente santé et te compter parmi ses serviteurs les plus illustres*

## *A ma mère, Aïssatou TOURÉ*

*Maman, il est impossible de mettre en mots toute la gratitude et l'amour que je ressens pour toi. Tu es bien plus qu'une mère, tu es une source d'inspiration, une figure lumineuse dans nos vies. Ton dévouement sans fin pour subvenir à nos besoins, ta capacité à sacrifier tant pour le bien-être des autres, et ton infatigable volonté de faire plaisir aux gens qui t'entourent sont des qualités rares et admirables. Tu incarnes la bonté, la générosité, et l'amour inconditionnel. Tu es une grande dame qui brille dans nos vies, apportant lumière, chaleur, et réconfort à chaque instant. Ta présence est un cadeau précieux, et ton amour est un trésor inestimable. Je te remercie du fond du cœur pour tout ce que tu fais, et je chéris chaque moment que nous passons ensemble. Je suis infiniment reconnaissant de t'avoir dans ma vie. Merci d'avoir été là durant toutes ces années. Ta patience a dopé la mienne et j'en suis certain, tes invocations en ma faveur m'ont fait réussir. Je t'en demande encore, et encore. Qu'Allah te garde, fasse de toi la mère la plus comblée qui soit et t'accorder une longue vie où tu verras tes enfants et petits-enfants briller parmi les plus excellents.*

*A mes frère et sœurs, El hadji Amadou, Aïssatou et Aïcha*

*Vous êtes bien plus que de la famille ; vous êtes mes piliers, mes confidents, et mes amis les plus précieux. En vous, j'ai trouvé bien plus que des frère et sœurs ; j'ai trouvé des âmes compatissantes qui m'ont accompagné à chaque étape de la vie.*

*Vous avez été là pour me soutenir, m'encourager, et m'aimer d'une manière que seul un frère et une sœur peuvent le faire. À travers les hauts et les bas, vous avez été des sources constantes de réconfort et de force. Vous êtes tout ce que j'ai sur terre, et je ne pourrai pas être plus reconnaissant de vous avoir dans ma vie. Les liens qui nous unissent sont indestructibles, et je chéris chaque moment passé en votre compagnie. Merci pour le respect, la considération, et l'amour inconditionnel que vous offrez à ma modeste personne. Vous êtes les trésors de ma vie, et je vous chéris profondément.*

*A la mémoire des mes très regrettés grands-parents, oncle et tantes El hadji Kéba Cissé Touré, Sankoug Touré, Marième Ndiaye, Adja Aïssatou Aïdara (Mame Aïda), Mame Fatou Aïdara, Gnïmma Touré, Sega Touré et Fatma Touré*

*Arrachés très tôt à notre affection*

*Puisse Allah vous faire miséricorde et vous accorder le Paradis sans détours.*

*A mes grands-mères et grands-pères, mes tantes, mes oncles,  
mes cousins et cousines*

*Je remercie toute ma famille pour l'affection, le soutien et l'encouragement constants qui m'ont été d'une grande aide. J'aurai aimé pouvoir citer chacun par son nom. Que le bon Dieu vous protège, vous accorde la santé et une longue vie.*

*To the Mahmud and Baldeh Families from Gambia to the  
United States*

*I extend my heartfelt gratitude to both the Mahmud and Baldeh families for the unwavering support and kindness you have shown to my family and me. Your presence in our lives has been a true blessing, and your support has meant the world to me during these years. I am profoundly grateful for the countless times you have stood by me, offering your warmth, friendship, and support. May our connection continue to grow stronger, and may the love and support we share be a testament to the power of family and community.*

## *À la Famille Koné depuis le Burkina Faso*

*Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers la famille Koné, et tout particulièrement envers ma chère maman, Fatimata Koné. Votre accueil chaleureux dans votre maison, sans même me connaître, restera gravé dans mon cœur pour toujours. Pendant 7 ans, vous n'avez jamais fait de différence entre vos fils et moi. Vous m'avez entouré d'affection, d'amour, et d'acceptation, créant ainsi une atmosphère de famille qui a rendu mon séjour des plus agréables et mémorables. Votre générosité, votre hospitalité, et votre gentillesse ont fait de chaque jour un cadeau précieux, rempli de souvenirs chaleureux. Votre capacité à unir des cœurs et des esprits, peu importe les origines, est une source d'inspiration. Je vous remercie du fond du cœur pour ces années exceptionnelles passées au sein de votre famille. Vous avez non seulement enrichi ma vie de souvenirs précieux, mais vous avez également démontré la force de l'amour et de l'unité. Que notre lien reste fort, que notre amitié perdure, et que l'amour que nous partageons continue d'illuminer nos vies.*

*À mes plus chers amis, ceux que je porte haut dans mon cœur*

*Il est difficile d'exprimer à quel point je suis reconnaissant pour votre amitié et votre soutien tout au long de ces années.*

*Vous êtes plus que des amis, vous êtes des confidents, des compagnons de vie, et des âmes sœurs. Chacun de ces précieux moments partagés avec vous a été une source de joie et de bonheur. Votre présence a éclairé les jours sombres et a multiplié les moments de bonheur. Je manque de mots pour exprimer à quel point vous êtes importants pour moi. Vous avez été là lorsque j'avais besoin de réconfort, de rires, d'une épaule sur laquelle m'appuyer, et pour célébrer les succès. Vous êtes une source inépuisable d'amour, de compréhension et de soutien. Merci du fond du cœur d'avoir été à mes côtés. Votre amitié est un trésor inestimable, et je chéris chaque instant que nous partageons. Puissions-nous continuer à créer de précieux souvenirs ensemble.*

*À mes chers amis et collègues de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech*

*Ce fut un long parcours avec des hauts et des bas, mais qui m'a permis de faire la connaissance de personnes formidables et de nouer des liens de fraternité. Ce parcours n'aurait jamais été le même sans vous. Je vous remercie chers amis et vous souhaite tout le bonheur et le succès.*

*À tous mes anciens, promotionnaires et cadets du Prytanée Militaire*

*À mes amis d'enfance et camarades du Saint-Sacrement de Ziguinchor*

*À toute la communauté étudiante du Maroc*



*À toute l'équipe du restaurant Bô Zin de Marrakech*  
*À tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à l'élaboration*  
*de ce travail*  
*À tous mes professeurs et maîtres depuis la maternelle jusqu'ici*  
*qui m'ont imbibié de leur Savoir*  
*À tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur*

*À l'équipe du Service de Recherche Clinique du CHU Mohamed*  
*VI de Marrakech*

*Des remerciements spéciaux vont à Dr Samira ESSOLI,*  
*résidente en santé publique, pour son aide, ses remarques et*  
*suggestions tout au long de l'élaboration de ce travail.*  
*À toute l'équipe des résidents du service de recherche clinique*  
*Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide apportée et du*  
*savoir partagé durant la conception et tout au long de ce*  
*travail.*

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de ma*  
*reconnaissance, mes respects et mes sentiments les plus*  
*distingués.*

*À Haby Ka*

*Merci pour ton aide lors de l'élaboration de ce travail et merci*  
*d'être une constante dans ma vie.*

*À Émilien Komlan Awoukou et Sonia Tarwobgo*

*Je vous remercie pour l'aide apportée lors de l'élaboration de ce*  
*travail.*



# REMERCIEMENTS



*À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE  
PROFESSEUR MOHAMED AMINE  
PROFESSEUR D'ÉPIDÉMIOLOGIE CLINIQUE*

*Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant avec bienveillance de présider le jury de notre thèse. Professeur admiré par tous, et réputé pour votre rigueur, compétence, et vos qualités de pédagogue, nous avons toujours admiré la simplicité, la facilité de votre abord et largement bénéficié de l'étendue de votre savoir et de vos hauts talents pédagogiques. Vos hautes qualités humaines et professionnelles ainsi que votre sérieux ont toujours suscité notre profond respect.*

*Merci de nous transmettre au quotidien vos expériences, vos connaissances et votre passion pour la santé publique. Veuillez trouver dans ce travail, les marques de notre profonde gratitude et l'expression d'une infinie reconnaissance.*

*A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE  
PROFESSEURE ADARMOUCH LATIJA  
PROFESSEURE DE MEDECINE COMMUNAUTAIRE*

*C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Merci pour m'avoir guidé tout au long de ce travail.*

*Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois. Merci d'avoir toujours trouvé le juste équilibre entre la liberté que vous m'avez laissée d'une part, et un soutien total et sans faille dans les moments délicats, d'autre part. Votre modestie et votre courtoisie demeurent pour moi des qualités exemplaires. Merci avant tout et pour tout.*

*Veillez accepter, chère maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.*

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE**  
**PROFESSEURE SEBBANI MAJDA**  
**PROFESSEURE AGRÉGÉE DE MÉDECINE**  
**COMMUNAUTAIRE**

*Nous sommes particulièrement touchés par la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Votre parcours professionnel, votre charisme et vos qualités humaines et professionnelles nous inspirent une grande admiration. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre profond respect ainsi que notre sincère gratitude.*

*Veuillez accepter, chère maître, l'assurance de notre reconnaissance et notre très haute considération.*

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE**  
**PROFESSEUR CHOULLI MOHAMED KHALED**  
**PROFESSEUR DE NEUROPHARMACOLOGIE**

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de vous associer à notre jury de thèse. Vous représentez pour nous l'exemple du professeur aux grandes qualités humaines et professionnelles. Votre compétence et votre dévouement sont pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de la profession médicale.*

*Veuillez croire, cher maître, à l'expression de notre sincère reconnaissance et notre grand respect.*

*À NOTRE MAÎTRE ET JUGE*

*PROFESSEURE AIT BATAHAR SALMA  
PROFESSEURE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE*

*Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable.*

*Nous avons toujours admiré vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui demeurent exemplaires.*

*Veillez trouver, chère maître, le témoignage de notre grande reconnaissance et de notre profond respect.*



# ABRÉVIATIONS



## Liste des abréviations

<b>AMO</b>	:	Assurance Maladie Obligatoire
<b>CHU</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CMSU</b>	:	Centre Médico-Social Universitaire
<b>CSU</b>	:	Couverture Sanitaire Universelle
<b>Eurostat</b>	:	Office Statistique de l'Union Européenne
<b>IST</b>	:	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>IRM</b>	:	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>OCDE</b>	:	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
<b>ODD</b>	:	Objectifs de Développement Durable
<b>OMD</b>	:	Objectifs Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	:	Organisation Non Gouvernementale
<b>ONOU SC</b>	:	Office National des Œuvres Universitaires Sociales et Culturelles
<b>ONU</b>	:	Organisation des Nations Unies
<b>PSRSI</b>	:	Plan Stratégique Régional Santé Immigration
<b>SIDA</b>	:	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
<b>UE</b>	:	Union Européenne
<b>UNESCO</b>	:	Organisation des Nations Unies pour la Science, l'Éducation et la Culture
<b>USEM</b>	:	Union Nationale des Sociétés Étudiantes Mutualistes
<b>VIH</b>	:	Virus de L'Immunodéficiency Humaine





## **FIGURES & TABLEAUX**



## Liste des figures

<b>Figure 1:</b> Cadre d'étude de l'accès aux soins médicaux d'Aday et Anderson .....	10
<b>Figure 2:</b> Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé de Lévesque et al (2013)[5,7] .....	12
<b>Figure 3:</b> Cadre conceptuel des barrières d'accès aux soins de santé (HCAB)[16] .....	16
<b>Figure 4:</b> Répartition des participants selon le sexe .....	25
<b>Figure 5:</b> Répartition des participants selon la classe d'âge .....	25
<b>Figure 6:</b> Répartition des participants selon la nationalité .....	26
<b>Figure 7:</b> Répartition des participants selon l'état matrimonial .....	26
<b>Figure 8:</b> Répartition des participants selon la religion.....	27
<b>Figure 9:</b> Répartition des participants selon les langues parlées.....	27
<b>Figure 10:</b> Répartition des participants selon leur origine ethnique.....	28
<b>Figure 11:</b> Répartition des participants selon le temps d'installation .....	28
<b>Figure 12:</b> Répartition des participants selon leur ville d'études .....	29
<b>Figure 13:</b> Répartition des participants selon le type d'université fréquentée .....	29
<b>Figure 14:</b> Répartition des participants selon leur filière d'études .....	30
<b>Figure 15:</b> Répartition des participants selon l'obtention d'une bourse.....	30
<b>Figure 16:</b> Répartition des participants selon leur lieu d'habitat .....	31
<b>Figure 17:</b> Résultats des réponses des participants aux questions relatives à l'accessibilité des soins de santé primaires.....	32
<b>Figure 18:</b> Résultats des réponses des participants aux questions relatives à la disponibilité des soins de santé primaires .....	33
<b>Figure 19:</b> Résultats des réponses des participants aux questions relatives à l'acceptabilité des soins de santé primaires .....	34
<b>Figure 20:</b> Résultats des réponses des participants aux questions relatives à l'abordabilité des soins de santé primaires .....	35
<b>Figure 21:</b> Résultats des réponses des participants aux questions relatives à l'adaptabilité des soins de santé primaires .....	36
<b>Figure 22:</b> Résultats des réponses des participants aux questions relatives à la sensibilisation par rapport aux soins de santé primaires.....	37
<b>Figure 23:</b> Répartition des participants selon l'indice de masse corporelle .....	38
<b>Figure 24:</b> Répartition des participants selon le tabagisme .....	39
<b>Figure 25:</b> Répartition des participants selon l'alcoolisme.....	39

<b>Figure 26:</b> Répartition des participants selon l'existence d'une maladie chronique .....	40
<b>Figure27:</b> Répartition des participants selon leur évaluation de leur état de santé globale .....	40
<b>Figure28:</b> Répartition des participants selon leur satisfaction de leur état de santé globale .....	41
<b>Figure 29:</b> Répartition des participants selon le besoin de soins dans le passé.....	42
<b>Figure30:</b> Répartition des participants selon l'établissement fréquenté en premier lieu en cas de besoin de soins .....	42
<b>Figure31:</b> Répartition des participants selon leur satisfaction de leur expérience de soins .....	43
<b>Figure32:</b> Répartition des participants selon l'existence d'une structure de soins dans leur zone de vie.....	43

## Liste des tableaux

<b>Tableau I:</b> Répartition des réponses des participants concernant les barrières cognitives rencontrées lors de l'accès aux soins de santé primaires .....	44
<b>Tableau II:</b> Répartition des réponses des participants concernant les barrières structurelles rencontrées lors de l'accès aux soins de santé primaires.....	45
<b>Tableau III:</b> Répartition des réponses des participants concernant les barrières financières rencontrées lors de l'accès aux soins de santé primaires.....	45
<b>Tableau IV:</b> Les facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires.....	47
<b>Tableau V:</b> Autres facteurs socio-démographiques associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires.....	48
<b>Tableau VI:</b> Les facteurs de l'état de santé et des habitudes toxiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires	49
<b>Tableau VII:</b> Autres facteurs de l'état de santé des étudiants internationaux associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires .....	49
<b>Tableau VIII:</b> Les facteurs de l'expérience des étudiants internationaux dans le système de soins marocain associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires.....	50
<b>Tableau IX:</b> Les barrières cognitives rencontrées par les étudiants internationaux et étant associées à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires .....	51
<b>Tableau X:</b> Les barrières structurelles et financières rencontrées par les étudiants internationaux et étant associées à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires.....	52
<b>Tableau XI:</b> Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score d'accessibilité aux soins de santé primaires .....	54
<b>Tableau XII:</b> Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score de disponibilité des soins de santé primaires.....	55
<b>Tableau XIII:</b> Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score d'abordabilité des soins de santé primaires .....	56
<b>Tableau XIV:</b> Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score d'acceptabilité des soins de santé primaires .....	57
<b>Tableau XV:</b> Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score d'adaptabilité des soins de santé primaires .....	58

<b>Tableau XVI:</b> Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score de sensibilisation aux soins de santé primaires .....	59
<b>Tableau XVII:</b> Divers facteurs socio-démographiques et de l'état de santé des étudiants internationaux corrélés à un meilleur score dans les différentes dimensions de l'accès aux soins de santé primaires .....	60
<b>Tableau XVIII:</b> Résumé des moyennes des différentes dimensions du questionnaire de la perception de l'accès aux soins de santé primaires .....	62
<b>Tableau XIX:</b> Les principales barrières à l'accès aux soins de santé primaires retrouvées chez les étudiants internationaux .....	63
<b>Tableau XX:</b> Les facteurs associés à un meilleur score d'accès aux soins de santé primaires.....	64
<b>Tableau XXI:</b> Les différentes perceptions d'accès aux soins de la population migrantes dans le monde .....	73
<b>Tableau XXII:</b> Les différents facteurs associés à l'accès aux soins de la population migrante dans le monde.....	77
<b>Tableau XXIII:</b> Les différentes barrières à l'accès aux soins de la population migrante dans le monde .....	79



# PLAN



<b>INTRODUCTION</b>	<b>01</b>
<b>OBJECTIFS</b>	<b>08</b>
I. Objectif principal	08
II. Objectifs secondaires	08
<b>CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE</b>	<b>09</b>
<b>PARTICIPANTS ET MÉTHODES</b>	<b>18</b>
I. Type d'étude	19
II. Population de l'étude	19
III. Critères de sélection	19
IV. Méthode d'échantillonnage	19
V. Méthode d'analyse des données	22
VI. Aspects éthiques et réglementaires	22
<b>RÉSULTATS</b>	<b>23</b>
I. Caractéristiques socio-démographiques des étudiants internationaux	24
1. Sexe	24
2. Âge	24
3. Nationalité	26
4. Situation matrimoniale	26
5. Religion	27
6. Langues parlées	27
7. Origine ethnique	28
8. Le temps d'installation	28
9. Villes d'études	29
10. Secteur de l'université	29
11. Filières d'études	30
12. Bourse	30
13. Lieu d'habitat	30
II. La perception de l'accès aux soins de santé primaires	31
1. L'accessibilité	31
2. La disponibilité	32
3. L'acceptabilité	33

4.	L'abordabilité	35
5.	L'adaptabilité	36
6.	La sensibilisation	37
<b>III.</b>	<b>État de santé et habitudes toxiques des étudiants internationaux</b>	<b>38</b>
1.	L'Indice de Masse Corporelle	38
2.	Le Tabagisme	39
3.	L'Alcoolisme	39
4.	Maladie chronique	40
5.	Évaluation de l'état de santé globale	41
6.	État de satisfaction de l'état de santé globale	41
<b>IV.</b>	<b>Expérience des étudiants internationaux dans le système de soins au Maroc</b>	<b>42</b>
1.	Situation de la demande de soins	42
2.	Établissement de santé fréquenté en premier lieu en cas de besoin de soins	42
3.	État de satisfaction de l'expérience de soins	43
4.	Existence d'une structure de soins dans la zone de vie	43
<b>V.</b>	<b>Les barrières à l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux</b>	<b>44</b>
<b>VI.</b>	<b>Les facteurs associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux</b>	<b>46</b>
1.	Données socio-démographiques des étudiants internationaux	46
2.	État de santé et habitudes toxiques des étudiants internationaux	46
3.	Expérience des étudiants internationaux dans le système de soins marocain	48
4.	Les barrières à l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux	50
<b>VII.</b>	<b>Les facteurs associés à un meilleur score dans les différentes dimensions de l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux</b>	<b>53</b>
1.	Les facteurs associés à un meilleur score d'accessibilité aux soins de santé primaires chez les étudiants internationaux	53
2.	Les facteurs associés à un meilleur score de disponibilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux	55
3.	Les facteurs associés à un meilleur score d'abordabilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux	56
4.	Les facteurs associés à un meilleur score d'acceptabilité des soins de	



santé primaires chez les étudiants internationaux	57
5. Les facteurs associés à un meilleur score d'adaptabilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux	58
6. Les facteurs associés à un meilleur score de sensibilisation aux soins de santé primaires chez les étudiants internationaux	59
<b>DISCUSSION</b>	<b>61</b>
<b>I. Résumé des principaux résultats</b>	<b>62</b>
<b>II. Discussion des principaux résultats</b>	<b>64</b>
1. La perception de l'accès aux soins de santé primaires	64
2. Les facteurs associés à un meilleur accès aux soins de santé primaires	74
3. Les obstacles à l'accès aux soins de santé primaires	78
<b>III. Recommandations</b>	<b>80</b>
<b>IV. Limites et avantages</b>	<b>81</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>84</b>
<b>RÉSUMÉS</b>	<b>107</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>113</b>



# INTRODUCTION



Dans un monde qui est de plus en plus interdépendant et marqué par de profondes disparités, la relation entre la migration, la mobilité humaine et la santé est une question en pleine évolution. Elle revêt une importance capitale car elle relie la santé publique, la sécurité sanitaire, les droits de l'Homme et l'équité, ainsi que le développement humain et sociétal. Les stratégies et pratiques actuelles en matière de santé ont été conçues pour répondre aux besoins de populations considérées comme étant fondamentalement statiques et homogènes. Or, les tendances actuelles de la migration et la mondialisation à l'œuvre posent aux systèmes de santé et aux sociétés de nouveaux défis, dont la diversité, l'interconnectivité et une forte et rapide mobilité des populations à l'intérieur et de part et d'autre des frontières nationales. [1]

La Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 évoque la santé comme partie intégrante du droit à un niveau de vie suffisant. Le droit à la santé a, par ailleurs, été reconnu comme un droit de l'Homme par le Pacte international de 1966 relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Depuis lors, d'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'Homme ont reconnu ou évoqué le droit à la santé. Le droit à la santé concerne tous les États. De surcroît, les États se sont engagés à protéger ce droit dans des déclarations internationales, dans la législation et les politiques nationales ainsi que lors de conférences internationales.[2]

Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'il soit possible d'atteindre est énoncé dans la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Certaines lois internationales sont d'application générale alors que d'autres visent les droits fondamentaux de groupes particuliers, tels que les femmes, les enfants ou les migrants.[3]

Ce droit à la santé est souvent associé à l'accès aux soins qui a une portée bien plus large et englobe un grand nombre de facteurs déterminants pour garantir ce droit.[4]

Le concept d'accès aux soins de santé est une notion complexe . Cette diversité de conceptualisation se situe au niveau des caractéristiques qui sont prises en compte dans sa définition.[5]

En référence à la définition de l'Institut de médecine des États-Unis, l'accès aux soins est l'utilisation des services de santé en temps utiles par les individus afin d'atteindre le meilleur résultat possible en santé. Dans la même conceptualisation, Waters réduit ce concept d'accès aux soins en concept d'utilisation des soins de santé. Ce terme utilisation est défini par certains auteurs comme le résultat de l'interaction entre le comportement de l'individu qui recourt aux soins de santé et le comportement du professionnel qui oriente l'individu dans le système ; elle est la réponse institutionnelle à une demande exprimée par un individu.[6] Frenk et White définissent l'accès aux soins selon les caractéristiques de la population. Ainsi pour ces auteurs, l'accès aux soins désigne la capacité de la population à rechercher et obtenir des soins. Lévesque définit l'accès comme « la possibilité d'identifier les besoins en soins de santé, de demander des soins de santé, d'accéder aux ressources de soins de santé, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé et de bénéficier de services appropriés aux besoins de soins ».[7]

Depuis 1978, le concept de soins de santé primaires a été réinterprété et redéfini à maintes reprises au fil des ans, ce qui a pu prêter à confusion tant dans la terminologie que dans la pratique. Une définition claire et simple a été formulée afin de faciliter la coordination des futurs efforts en la matière aux niveaux mondial, national et local et d'orienter leur mise en œuvre.[8] Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations.[8]

Les soins de santé primaires garantissent que les personnes reçoivent des soins complets et de qualité. Les États Membres se sont engagés à renouveler et à mettre en œuvre les soins de santé primaires, pierre angulaire d'un système de santé durable et propice à la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU), des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé et de la sécurité sanitaire, dont ils constituent le « moteur programmatique ».

Les progrès en ce sens doivent s'accélérer de toute urgence, et les soins de santé primaires constituent le moyen d'y parvenir car ils représentent le moyen le plus inclusif, le plus équitable, le plus économique et le plus efficace pour améliorer la santé physique et mentale des populations ainsi que le bien-être social.[8] En 2011, le Maroc a adopté une nouvelle Constitution qui reconnaît l'accès aux soins de santé comme droit humain fondamental. Ce droit d'accès aux soins de santé, entériné par l'esprit de loi-cadre la solidarité, l'égalité d'accès aux soins et services de santé, l'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires et la complémentarité intersectorielle. Il s'agit d'une opportunité unique de présenter un ensemble de réformes afin d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé.[1] Ces aspirations mettent le système national de santé marocain face au défi de répondre aux besoins exprimés par les populations migrantes tout statut confondu. La soixante et unième Assemblée mondiale de la Santé a en effet appelé les pays à promouvoir des politiques de santé et des pratiques tenant compte des besoins de migrants. L'enjeu est de promouvoir le droit des migrants (es) à la santé sans aucune discrimination et de s'assurer que les services de santé soient disponibles, accessibles et de bonne qualité. Le service de santé publique se doit d'assurer des actions de promotion et prévention des maladies par des interventions en milieu communautaire, y compris une action pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités en matière de santé ainsi qu' améliorer l'accès des immigrés en situation de vulnérabilité à des services de prévention et promotion de la santé et à de soins médicaux, dans le respect des droits humains et dans des conditions d'égalité et d'équité.[1]

La réponse aux enjeux posés par l'accès aux soins des populations migrantes nécessite de développer une stratégie globale, avec des approches et des mesures communes à l'ensemble des programmes et des établissements de santé. Cependant, il est à noter que chacune des manifestations migratoires a ses propres besoins et, par conséquent, nécessite des mesures spécifiques.

Car notons-le, la population migrante demeure très hétérogène et il existe en son sein plusieurs manifestations migratoires : les immigrés économiques, les demandeurs d'asile, les étudiants internationaux, etc. Cette dernière catégorie est très souvent oubliée alors qu'elle représente une partie non négligeable de la population migrante dans le monde.[1,9]

Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), le nombre d'étudiants internationaux inscrits à l'étranger dans des établissements d'enseignement supérieur a triplé en vingt ans, passant de 2 millions en 2000 à 6,1 millions en 2019, soit 2,6 % de la population étudiante mondiale (234 millions).[10]

Le Maroc attire de plus en plus d'étudiants internationaux dans ses universités et ses écoles supérieures. Ceci rentre dans une dynamique d'expansion de son soft power. En effet, le soft power est un moyen indirect par lequel les États influencent les opinions et le comportement d'autres États. Cette pratique consiste souvent à rendre ses valeurs, sa culture, son système politique et ses politiques intérieures et étrangères attrayantes pour les autres, au point qu'ils cherchent à les imiter. Ainsi, le nombre de touristes, d'étudiants internationaux, de publications et de recherches dans tous les domaines académiques sont quelques-uns des indicateurs du soft power. S'ils sont utilisés correctement, ces éléments distincts peuvent améliorer l'image d'un pays et rendre les gens favorables à ses valeurs et à ses politiques.

À cet égard, l'éducation représente la pierre angulaire du soft power. Avec le cinéma et le tourisme, l'éducation est l'un des moyens essentiels par lesquels la culture et les valeurs d'un pays sont diffusées dans le monde entier, ce qui leur confère force et légitimité. De nombreux États utilisent les connaissances pour façonner les opinions des autres citoyens et former une élite.[11]

Ainsi, selon les derniers chiffres du ministère de l'Éducation nationale, de la Formation professionnelle, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique, ils seraient désormais plus de 20.500 étudiants internationaux inscrits en 2021 dans les établissements d'enseignement supérieur du Maroc.

A peine un peu plus que le millier il y a encore 25 ans, le nombre d'étudiants internationaux inscrits dans les différents établissements d'enseignement supérieur au Maroc est en nette augmentation.[12] Cette mobilité humaine massive s'accompagne d'une sensibilisation et d'une appréciation accrue à leurs différents besoins dont ceux en santé, ce qui a suscité notre intérêt pour ce sujet.

La santé des migrants en général et des étudiants internationaux en particulier est une réalité mal connue globalement et, au Maroc, peu de données sont disponibles. Les principales études sur l'état de santé des immigrés et l'accès des immigrés aux services de santé ont été faites dans le cadre de la réponse nationale au VIH / SIDA ou ont été menées par des Organisations Non Gouvernementales (ONG) qui appuient l'État marocain dans l'offre de soins.[1]

En 2007, le programme national de lutte contre les IST/SIDA, appuyé par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a mené une étude sur la mobilité et le VIH au Maroc. Le but de cette étude étant d'analyser les tendances migratoires et leur impact sur la transmission du VIH et sur les conditions et la distribution géographique des groupes à risque.

L'étude montre que les risques de stigmatisation à l'encontre des immigrés originaires de ces régions et particulièrement ceux en situation irrégulière sont bien réels, et des efforts sont à faire pour faciliter l'accès aux personnes malades parmi ces populations, à la prise en charge dans les structures appropriées au même titre que les citoyens marocains.[1]

En 2013, une étude de santé bio-comportementale réalisée auprès de 687 migrants subsahariens en situation administrative irrégulière à Rabat a été élaborée par l'ONUSIDA et le Fonds Mondial afin de disposer d'informations stratégiques pour le renforcement des programmes sanitaires. Les résultats de l'étude indiquent que les principaux problèmes de santé rapportés par les migrants sont les problèmes psychologiques, les problèmes digestifs, les problèmes de peau et les problèmes pulmonaires.[13]

Une autre étude portant sur l'accès aux soins des migrants subsahariens au Maroc réalisé dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Stratégique Régional Santé Immigration (PSRSI) de la région Casablanca–Settat a montré un besoin important en termes d'accès aux soins par manque d'informations et d'orientations des migrants au sein du système de santé, des barrières linguistiques, administratives ainsi que certaines discriminations et barrières économiques.[9]

Le rapport final d'une étude portant sur les déterminants socio-culturels d'accès à la santé des personnes migrantes au Maroc a mis en relief plusieurs éléments jouant sur le droit à la santé, parmi lesquels : l'hétérogénéité des expériences et des profils qui conditionne l'accès à la santé ; un accès inégal aux divers services de santé, notamment aux deux niveaux supérieurs ; des barrières institutionnelles et administratives auxquelles se heurtent les personnes migrantes, particulièrement en raison de leur statut migratoire ; des barrières socioculturelles relevant aussi bien du personnel de la santé que des personnes migrantes ; des barrières économiques auxquelles font face les migrant(e)s en raison des faibles revenus ou moyens dont ils/elles disposent.[13]

Ces études sur les liens entre migration et santé montrent la persistance de défis et de contraintes. Ce constat, malgré son importance sur le plan épidémiologique, ne peut être généralisé à toute la population migrante. Celle-ci n'est considérée dans ces études que par rapport à son statut d'immigrant, indépendamment de toute prise en compte du caractère hétérogène de cette population, et des motivations de chacun pour la migration, de leurs conditions sociales, économiques, culturelles et d'organisation des soins de santé dans le pays d'accueil et les pays d'origine[1].

Devant l'ampleur de ce phénomène et l'absence dans la littérature internationale et marocaine d'études qui se sont intéressées à la problématique d'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux et aussi dans le cadre du Plan Stratégique National Santé Immigration 2021–2025 du Ministère de la santé, nous avons jugé important de soulever cette question et de mener une étude qui nous permettra d'évaluer leur accès aux soins et d'identifier les déterminants et les obstacles à l'accès aux soins.



## OBJECTIFS

### **I. Objectif principal :**

Décrire l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux inscrits aux universités au Maroc durant l'année universitaire 2022-2023

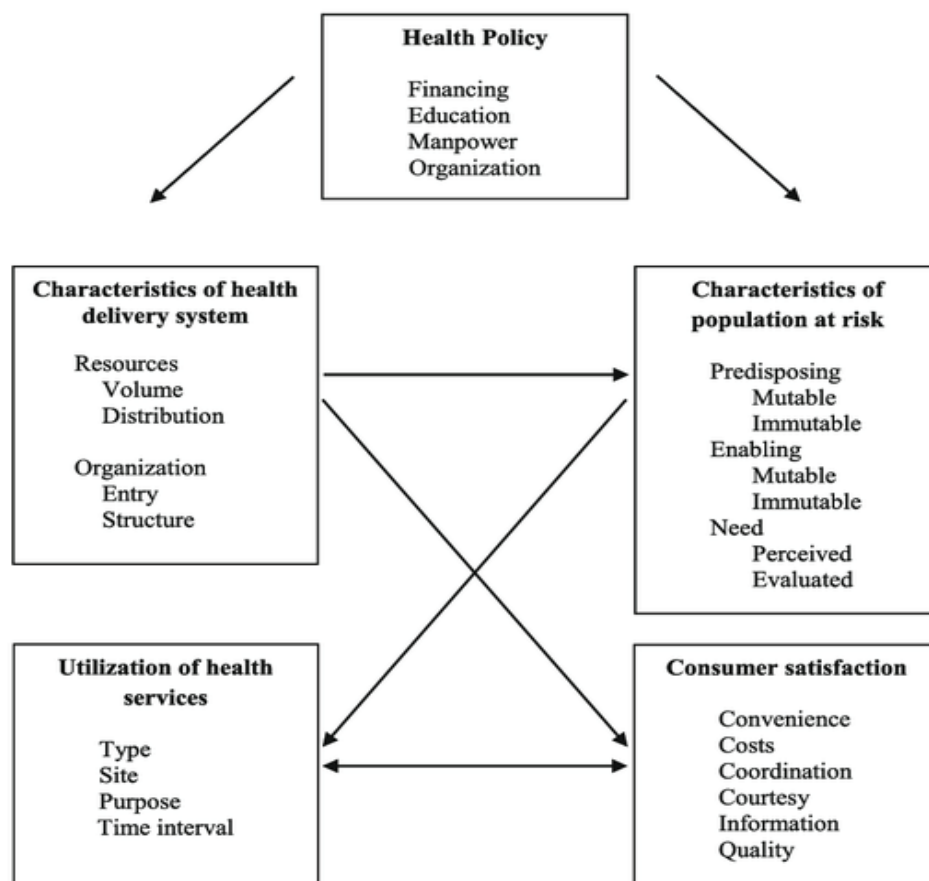
### **II. Objectifs secondaires :**

- Déterminer les barrières et les besoins des étudiants internationaux relativement à l'accès aux soins de santé primaires.
- Explorer les stratégies d'adaptation déployées par les étudiants internationaux pour accéder aux soins de santé primaires et faire face aux barrières.

## CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

Dans la littérature, nous avons pu relever notamment trois cadres théoriques susceptibles de nous aider à mieux comprendre l'accès aux services de santé. Nous avons le cadre pour l'étude de l'accès aux soins médicaux (framework for the study of access to medical care) de Aday et Anderson de 1974, le modèle comportemental et l'accès aux soins médicaux (the Behavioral Model and Access to Medical Care) de Andersen de 1995 et le cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé (conceptual framework of access to health care) de Lévesque[5,7] .

Le "Framework for the study of access to medical care" de Aday et Anderson de 1974 examine le concept d'accès aux soins en partant des caractéristiques de la politique de santé, des systèmes de santé et de la population à risque jusqu'aux résultats ou extrants (utilisation des services de santé et satisfaction des consommateurs). Ce cadre met l'accent sur les objectifs politiques de la santé (distribution des ressources humaines et financières, assurance maladie) qui conditionnent ensuite les caractéristiques du système de santé et les caractéristiques de la population à risque. Il nécessite aussi pour la mesure des résultats des descriptions objectives et subjectives. En somme, le cadre prône la prise en compte des aspects organisationnels et économiques afin d'évaluer le succès de la politique de santé dans le contexte des États-Unis[14].



**Figure 1: Cadre d'étude de l'accès aux soins médicaux d'Aday et Anderson**

Le modèle comportemental et l'accès aux soins médicaux (the Behavioral Model and Access to Medical Care) de Andersen de 1995 est le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé qui est une réplique de l'auteur suite aux critiques adressées au modèle précédent, notamment celui de 1973 avec Newman cité par Pineault. Le modèle permet d'expliquer l'utilisation des services de santé à travers l'environnement (système de soins et environnement social), les caractéristiques de la population et le comportement en matière de santé qui conduisent aux résultats (satisfaction du consommateur, perception et évaluation du statut de santé). Selon ce modèle, les résultats à leur tour peuvent influencer les facteurs prédisposants, les besoins perçus en services et le comportement en matière de santé. Le but principal de ce modèle est d'aider à mieux comprendre le comportement en matière d'utilisation des services de santé[5].

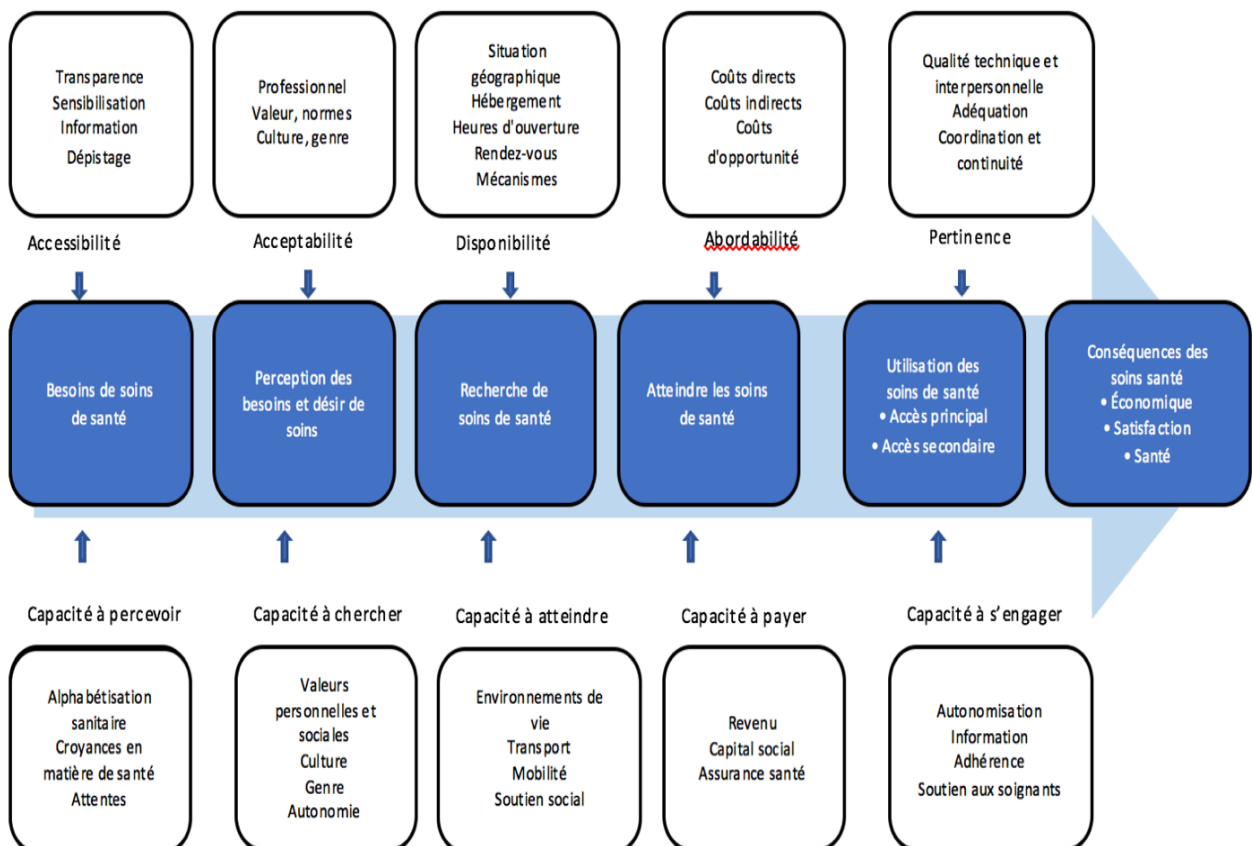
Le dernier cadre conceptuel, qui est celui de l'accès aux soins de santé de Lévesque et al explique l'accès aux soins de santé par le biais de cinq dimensions : l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, le caractère abordable et la pertinence. Il combine pour cela les caractéristiques des services de santé et les capacités de la population. Le cadre permet d'expliquer l'accès aux soins, mais aussi d'identifier les habiletés de la population, dans sa recherche de soins[5].

Ces trois modèles ne sont pas spécifiquement réservés aux populations migrantes, mais sont utilisés pour toute description, analyse ou à des fins prédictives du phénomène d'accès des soins de santé et d'utilisation des services de santé de tout patient[12]. Nous avons opté pour la perspective théorique de Lévesque et ses collègues. Dans la conceptualisation de leur cadre, ils se sont basés sur les concepts des cadres antérieurs, traitant des caractéristiques ou des déterminants de l'accès aux soins ou de l'utilisation des services de santé. Il est adapté aux objectifs de cette étude, car il est centré sur le patient, il met l'accent sur l'analyse du processus réel de recherche de soins et également sur les différentes étapes que le patient doit franchir pour recevoir les soins dont il a besoin. Les rares études qui se sont centrées sur le processus de recherche de soins du patient y ont eu recours.

Cette étude repose sur le cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé de Lévesque et al[15] qui analyse le phénomène en cinq dimensions que sont l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, le caractère abordable et la pertinence. Ces cinq dimensions s'alignent sur cinq habiletés des potentiels utilisateurs à accéder aux soins de santé qui sont la capacité à percevoir, la capacité à chercher, la capacité à atteindre, la capacité de payer et la capacité à s'engager, donnant ainsi cinq dimensions appariées. Le cadre s'intéresse aux aspects liés aux capacités des patients avec lesquelles les caractéristiques des services de santé interagissent pour fournir un accès aux soins dans la continuité de la recherche de soins de santé.

Les différents domaines identifiés dans ce cadre d'accès aux soins ne sont pas intégralement indépendants, en ce sens qu'au cours d'un épisode de soins, ils peuvent s'influencer les uns des autres[15].

Le cadre décrit le processus de soins qui débute dès l'identification du besoin de soins jusqu'aux résultats (santé, satisfaction et économique).



**Figure 2: Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé de Lévesque et al (2013)[5,7]**

○ **Définition des concepts (domaines) du cadre conceptuel**

Les définitions des concepts ci-dessous sont fournies selon Lévesque et al.

- **L'accessibilité :**

Selon les auteurs, on parle d'**accessibilité** lorsqu'une personne confrontée à des besoins de santé peut identifier l'existence d'un service de santé, qui peut être atteint et avoir un impact sur sa santé. Ils signalent que les activités de sensibilisation, les informations sur le traitement, la disponibilité des services ainsi que la transparence sont autant d'éléments qui peuvent améliorer l'accessibilité. Cette notion d'accessibilité est complémentaire à la notion de **capacité à percevoir des utilisateurs** qui traduit l'habileté des personnes à identifier leurs besoins de soins. Cette capacité à percevoir est liée aux connaissances sur la santé, les croyances sur la maladie et la santé ainsi qu'à la littératie en santé.

La littératie en santé fait référence aux compétences en matière de santé qui est définie par l'OMS comme « Aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir , comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé ».

- **L'acceptabilité :**

Cette notion d'**acceptabilité** est définie comme la possibilité pour les personnes d'accepter les services de soins selon les facteurs sociaux et culturels déterminants. Il s'agit de déterminer la possibilité des personnes à accepter les aspects de soins selon les croyances , le groupe social des prestataires et le sexe. Dans ce domaine d'accès aux soins, le défi de veiller à ce que les soins répondent aux besoins de différentes populations culturelles, socio-économiques et vulnérables est essentiel. L'acceptabilité est associée à **la capacité à demander ou à rechercher des soins de santé** afin de déterminer les intentions des personnes à obtenir des soins. Cette intention d'obtenir des soins de santé peut être déterminée par l'autonomie de la personne, sa capacité à choisir de demander des soins et ses connaissances sur les options de soins de santé.

- **La disponibilité :**

Pour les auteurs du cadre, la **disponibilité** fait référence au fait que les services de santé peuvent être atteints physiquement et en temps opportun. Cette disponibilité peut être déterminée par les caractéristiques des installations, le contexte urbain (décentralisation, système de transport) ainsi que les caractéristiques des prestataires (qualification, présence du personnel de santé).

La **capacité à atteindre les soins de santé** qui s'aligne à la notion de disponibilité fait référence aux facteurs qui permettent à une personne d'atteindre physiquement les prestataires de soins. Cette capacité peut être décrite par la mobilité de la personne, sa flexibilité professionnelle, la disponibilité des moyens de transport et ses connaissances des services de santé.

- **Le caractère abordable :**

Ce domaine d'accès aux soins de santé traite de la capacité économique des personnes à consacrer des ressources et du temps pour utiliser les services de santé. Cette notion liée au caractère abordable résulte des coûts directs des services, des dépenses connexes, et du comportement des prestataires.

Au niveau de l'accès aux soins, il fait directement référence à la **capacité à payer** pour les soins de santé. La capacité à payer qui décrit ici l'aptitude de la personne à générer des ressources économiques par le biais de revenus, épargnes, emprunts/prêts afin de payer les services de santé sans occasionner des dépenses catastrophiques. Ainsi, des facteurs comme la pauvreté, l'endettement et l'isolement social peuvent limiter la capacité à payer les services de santé nécessaires.

- **La pertinence :**

La **pertinence** signale l'adéquation entre les services et les besoins du client. Il s'agit de déterminer la rapidité d'exécution du service, la quantité de soins que les services utilisent pour évaluer le problème de santé et ainsi identifier le bon traitement. Elle concerne la pertinence et la qualité des services de soins offerts et leur nature intégrée et continue. Ce domaine aborde également la possibilité pour une personne de choisir des services acceptables et efficaces pour ses besoins de santé.

**La capacité à s'engager dans les soins de santé** qui s'aligne à cette notion de pertinence se réfère ici à l'habileté du patient à participer et à s'impliquer dans les discussions de prise de décision et du traitement qui lui est offert. Cette capacité à s'engager dans les soins peut être expliquée par les compétences et la motivation à participer aux soins et s'engager dans l'achèvement du processus de soins enclenché. En résumé, il convient de signaler que selon Lévesque et al, les cinq domaines sont largement interdépendants et qu'ils peuvent s'influencer les uns les autres pour agir ou impacter l'accès aux soins à des moments différents au cours d'un épisode de soins ou de maladie. Ces dimensions regroupent les barrières ou les facilitateurs qui peuvent intervenir lors de la recherche de soins ou lors d'un épisode de soins[15].

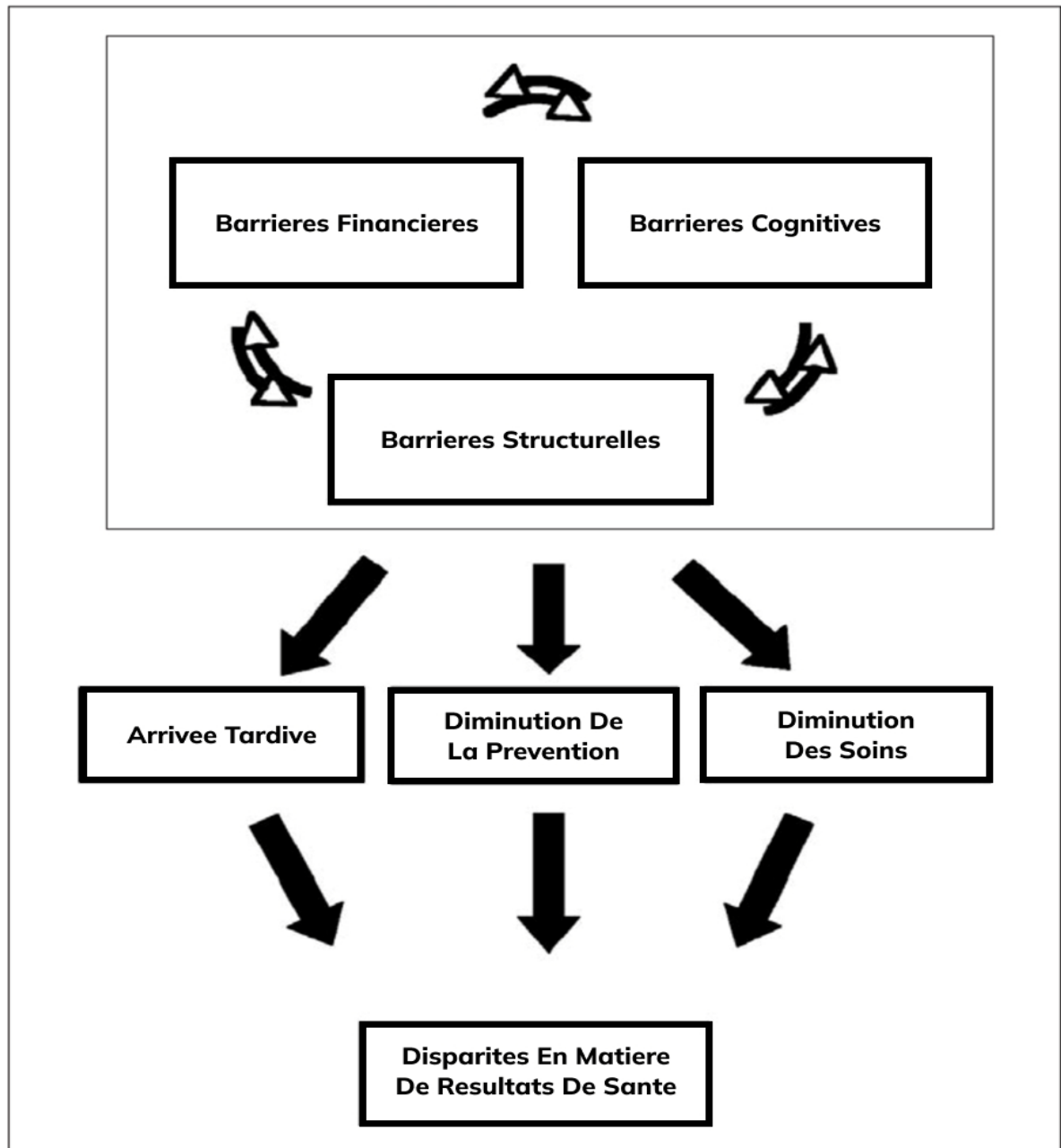
- **Le modèle des obstacles à l'accès aux soins de santé « Health Care Access Barriers »**

The Health Care Access Barriers propose une conception composée par des déterminants mesurables et modifiables de la santé. Trois catégories de barrières sont proposées :

- Des obstacles financiers comprenant le coût des soins et le statut de l'assurance maladie ;
- Des obstacles structurels prenant en compte les barrières institutionnelles et organisationnelles ;
- Des obstacles cognitifs incluant la littératie en santé et les compétences de communication.



Ce modèle sera utilisé pour explorer les barrières d'accès aux soins chez les étudiants internationaux[16].



**Figure 3: Cadre conceptuel des barrières d'accès aux soins de santé (HCAB)[16]**

○ **Définition du concept d'étudiant international :**

Un étudiant en mobilité internationale est une personne qui a franchi physiquement une frontière entre deux pays dans l'objectif de participer aux activités éducatives du pays de destination, ce dernier étant différent de son pays d'origine[12].

Il existe de nombreuses définitions d'« étudiants internationaux », qui se chevauchent. Depuis 2015, l'UNESCO, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) et Eurostat, l'Office statistique de l'Union européenne, ont convenu de cette définition des « étudiants en mobilité internationale ». Cette définition rend compte du groupe d'étudiants internationaux le plus important : ceux qui se trouvent dans un pays étranger à des fins éducatives. Elle met également l'accent sur les étudiants inscrits en vue d'obtenir un diplôme d'enseignement tertiaire (ou d'un niveau supérieur), de sorte que la durée de séjour est généralement comprise entre un et sept ans[12].

Les étudiants en mobilité internationale sont à distinguer de deux autres définitions courantes des étudiants internationaux : les « étudiants étrangers » et les « étudiants en mobilité de crédits »[12]. Les étudiants étrangers s'entendent des non-nationaux qui sont inscrits dans un cursus d'études supérieures. Cette définition n'opère pas de distinction entre les étudiants titulaires d'un visa de non-résident et ceux qui possèdent le statut de résident permanent. Les premiers arrivent et séjournent généralement de manière autonome, tandis que les seconds migrent généralement parce que leurs parents ont migré, ce qui fait d'eux des immigrants de 1,5 génération[12]. Les étudiants en mobilité de crédits s'entendent des étudiants qui effectuent un voyage d'études à l'étranger ou un échange, tels que ceux qui participent au programme Erasmus de l'Union Européenne (UE). Ces étudiants restent inscrits dans leurs pays d'origine pendant qu'ils acquièrent un petit nombre de crédits auprès d'établissements étrangers. Compte tenu de leur statut d'inscription fluctuant, les étudiants en mobilité de crédits ne sont pas inclus dans la plupart des statistiques concernant les étudiants internationaux[12].



# **PARTICIPANTS ET MÉTHODES**



## **I. Type d'étude :**

Afin de répondre aux objectifs précités, nous avons convenu de mener une étude transversale à visée descriptive et analytique.

## **II. Population de l'étude :**

La population cible était les étudiants internationaux inscrits dans les universités au Maroc au cours de l'année universitaire 2022-2023

## **III. Critères de sélection :**

### ➤ Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Âgé de plus de 18 ans
- Avoir une nationalité autre que Marocaine.
- Être inscrit aux universités publiques ou privées au Maroc
- Avoir passé au moins une année universitaire dans le territoire national marocain

### ➤ Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient :

- Avoir une double nationalité marocaine et une autre étrangère.

## **IV. Méthode d'échantillonnage :**

Nous avons opté pour un échantillonnage non probabiliste basé sur le volontariat sans avoir calculé une taille d'échantillon..

Le recrutement s'est fait via les canaux de communication des différents groupes de communautés estudiantines sur Whatsapp et Facebook

## V. Outil de collecte de données :

Il s'agissait d'un questionnaire élaboré à partir d'une étude qui visait à évaluer l'accès aux soins de santé selon Penchansky et Thomas.[17].

Les sections soulevées par ce questionnaire étaient les mêmes que l'on retrouve dans le cadre conceptuel de Levesque[15] concernant l'accès aux soins à savoir l'accessibilité, la disponibilité, l'acceptabilité, l'abordabilité, la localité et le niveau de conscience. Ce questionnaire initialement élaboré en anglais, a été adapté et validé en français selon le guide pratique basé sur les Recommandations de la Commission Internationale des Tests et les Standards de pratique du testing de l'APA en 5 étapes[18] :

- L'étape 1 consistait à demander l'autorisation auprès du titulaire du droit d'auteur (copyright). Cette étape a été exécutée car il n'existait aucune version française de ce questionnaire ou une validation en cours.
- L'étape 2 était la phase de traduction du questionnaire : deux traducteurs ont été approchés lors de cette phase. Notre choix s'est basé sur la maîtrise des langues française et anglaise (parler et écrire) et une certaine familiarité avec la psychométrie.
- L'étape 3 était la phase d'approbation de la version traduite/adaptée du questionnaire. Ce travail d'équipe a permis de passer de la traduction littérale à une réelle adaptation sémantique et transculturelle. Durant cette réunion, il y a eu la confrontation des traductions et des alternatives ont été envisagées. Elle s'est déroulée avec la présence des spécialistes en santé publique, des deux traducteurs et deux personnes de la population cible (les étudiants internationaux). Après la réunion une version du questionnaire a été envoyée à tous les participants pour approbation finale.

- L'étape 4 fut le pré-test de la version approuvée par l'équipe. Cette phase a permis de s'assurer non seulement de la clarté et la compréhensibilité de la consigne et des items mais aussi de leur équivalence sémantique avec la version source en l'ayant administré à un petit échantillon représentatif de la population cible. Le questionnaire contenait une échelle Likert allant de « pas du tout clair » à « tout à fait clair ». Cette étape nous a amenés à faire des modifications qu'on a fait approuver encore une fois par les participants à la réunion de consensus par email.
- L'étape 5 a consisté à l'analyse statistique factorielle.

Les résultats du processus de validation du questionnaire ne sont pas explicitement exposés dans la thèse, mais ils s'inscrivent dans le cadre d'un projet plus vaste et seront présentés dans une autre instance.

Ce questionnaire (disponible en annexe 1) a été administré dans les deux langues (anglais /français) afin de permettre à un grand nombre d'étudiants d'y répondre.

Le questionnaire a été élaboré avec cinq sections principales.

La section 1 du questionnaire était dédiée aux caractéristiques socio-démographiques générales des étudiants internationaux telles que l'âge, le sexe, la religion, la ville d'installation, la filière d'études, la situation matrimoniale, le nombre d'années d'installation au Maroc, l'origine ethnique, la nationalité.

La section 2 du questionnaire explorait l'état de santé générale des étudiants internationaux ainsi que leurs habitudes toxiques de vie et leur degré de satisfaction par rapport à leur état de santé La section 3 du questionnaire était consacré au questionnaire sur la perception de l'accès aux soins proprement dit.

La section 4 du questionnaire concernait les expériences des étudiants internationaux dans le système de soins marocain en cherchant si les étudiants internationaux avaient connaissance du fonctionnement du système de soins et l'existence et l'accessibilité des

structures sanitaires dans leur zone de vie et aussi s'intéresser aux stratégies déployées par les étudiants internationaux pour accéder aux soins et faire face aux barrières.

La section 5 du questionnaire explorait les barrières rencontrées pour accéder aux soins. Différentes barrières retenues de la littérature ont été proposées et les étudiants devaient exprimer leur degré d'accord en fonction de leur expérience

## **VI. Méthode d'analyse des données :**

Les données recueillies sur Google Forms ont été exportées sur Microsoft Excel 2018 puis sur the Statistical Package for Social Sciences SPSS version 21. Les variables qualitatives telles que le sexe ou la religion ont été exprimées en nombre et en pourcentages. Les variables quantitatives telles que l'âge ont été exprimées en moyenne  $\pm$  écart-type ou médiane (maximum–minimum).

Le questionnaire de perception de l'accès aux soins contient 30 items, chaque item est coté de 1 (totalement en désaccord) à 5 (totalement d'accord). L'analyse statistique se base sur la somme des points. Les notes des sous-échelles sont obtenues à partir de la somme des notes des items pertinents. Un score plus élevé indique un meilleur accès perçu aux services de santé.

Puis nous avons procédé à une analyse bivariée pour identifier les déterminants de l'accès aux soins chez les étudiants internationaux en utilisant le test T de student pour comparer les moyennes.

## **VII. Aspects éthiques et réglementaires :**

Le protocole de cette étude a été soumise au comité de thèse et d'éthique de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech et a reçu leur avis favorable pour la poursuite de l'enquête. L'objectif de l'étude a bien été expliqué aux participants ainsi que son but non lucratif.

Le consentement a été demandé au début du questionnaire. Tout au long de notre étude, nous avons veillé à respecter la confidentialité et l'anonymat des participants.

## Chronogramme de l'étude

Diagramme de Gantt	2023							
	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Rédaction du protocole de recherche								
Relecture par les collègues et les professeurs								
Réunion de consensus pour la traduction et la validation de l'outil de collecte de données ( questionnaire)								
Soumission au comité d'éthique								
Pré-test de l'outil de collecte de données								
Collecte de données								
Rédaction de l'introduction et méthodologie								
Analyse des données								
Présentation des résultats								
Rédaction de la discussion								
Rédaction de la conclusion								
Démarche administrative pour la soutenance								
Préparation de la présentation								
Soutenance								





# RÉSULTATS



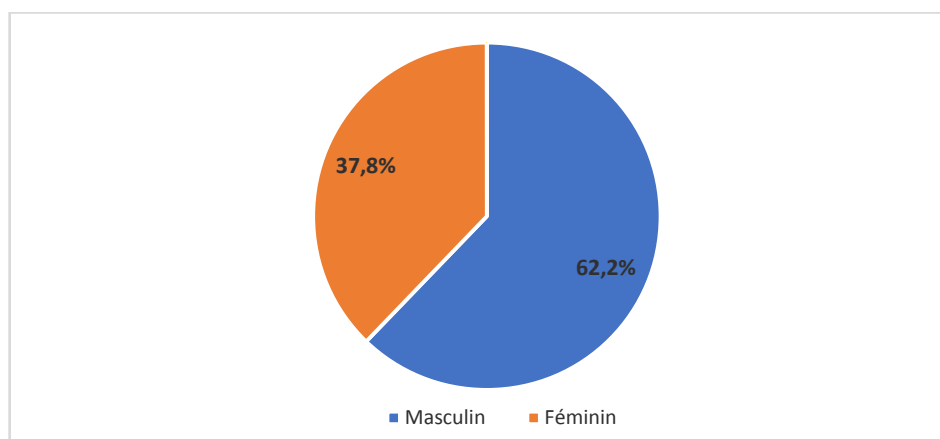
## I. Caractéristiques socio-démographiques des étudiants internationaux :

Le nombre total de participants était de 188.

### 1. Sexe :

Il y a eu 62,2% d'hommes contre 37,8% de femme avec un sexe ratio homme/femme de

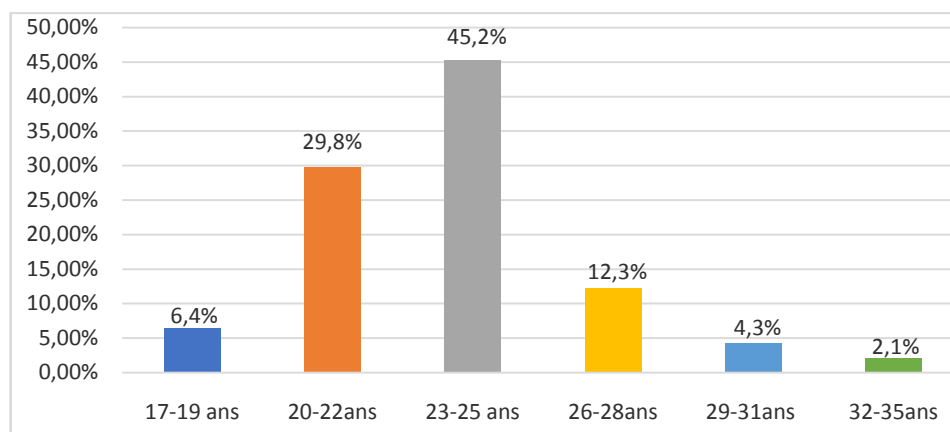
1,6. (Figure4)



**Figure 4: Répartition des participants selon le sexe**

### 2. Âge :

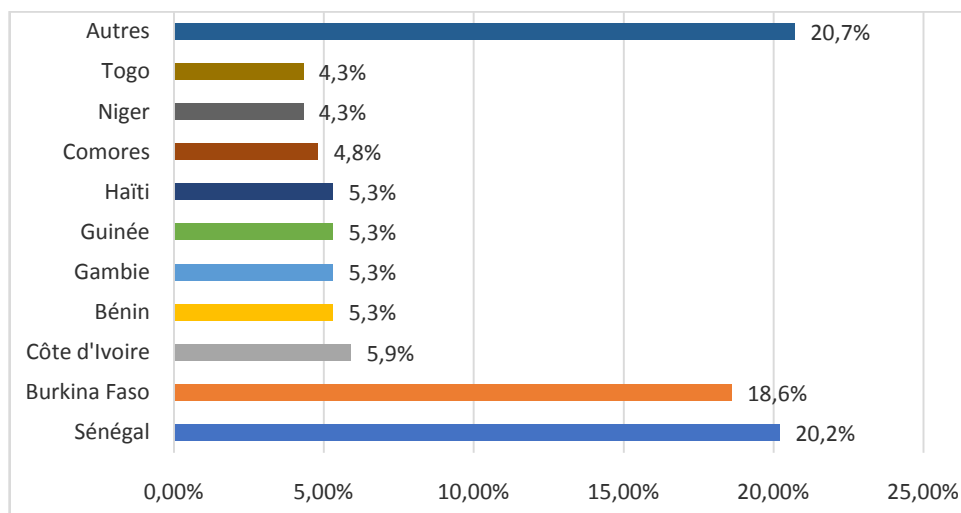
La moyenne de l'âge des participants était de 23,5± 3 ans. La majorité des participants était âgée entre 23 et 25 ans. (Figure 5)



**Figure 5: Répartition des participants selon la classe d'âge**

### 3. Nationalité :

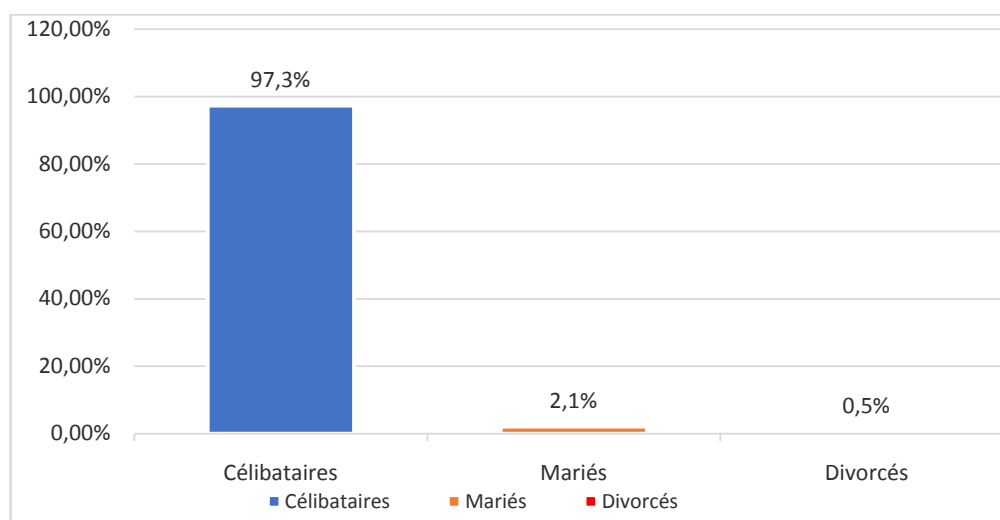
Les participants venant du Sénégal étaient majoritaires (20.2%), suivis par ceux qui venaient du Burkina Faso (18.6%) et enfin ceux de nationalité ivoirienne (5.9%). (Figure6)



**Figure 6: Répartition des participants selon la nationalité**

### 4. Situation matrimoniale :

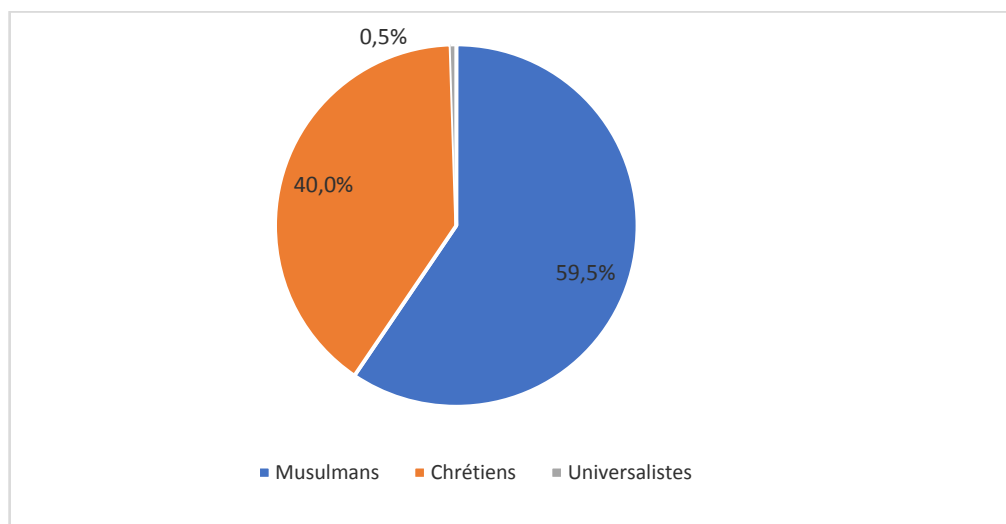
La majorité des participants était célibataire (97,3%), tandis que 2,1% étaient mariés et 0,5% divorcés. (Figure 7)



**Figure 7: Répartition des participants selon l'état matrimonial**

## 5. Religion :

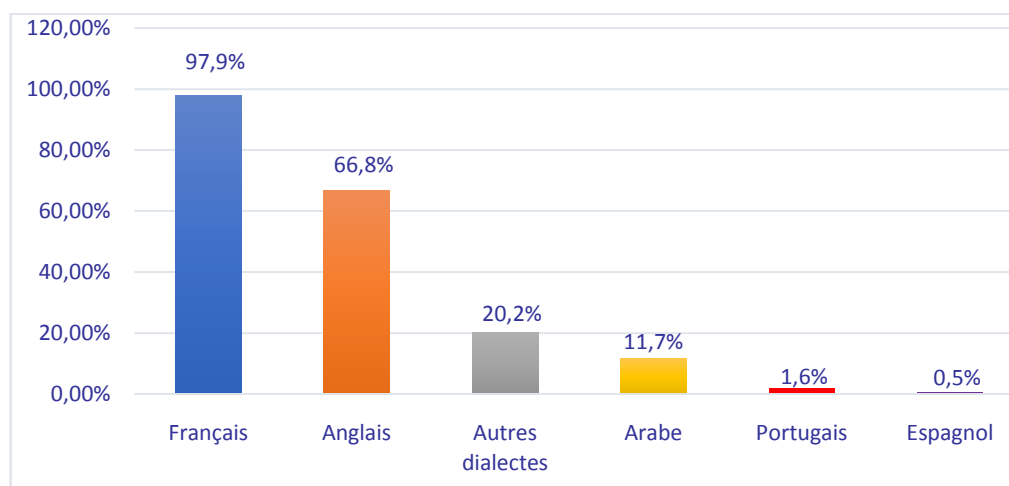
La majorité des participants était de confession religieuse musulmane avec 59,5%. 40% étaient chrétiens tandis que 0,5% suivaient l'universalisme comme religion. (Figure 8)



**Figure 8: Répartition des participants selon la religion**

## 6. Langues parlées :

Le Français demeure la langue la plus parlée au sein de notre population avec 97,9%, suivi par l'Anglais avec 66,8%. (Figure 9)

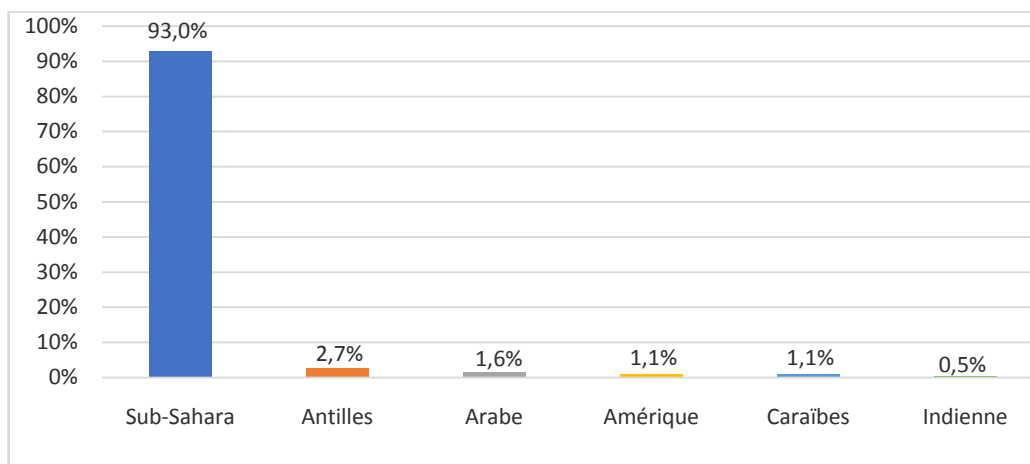


**Figure 9: Répartition des participants selon les langues parlées**

## 7. Origine ethnique :

Les étudiants internationaux d'origine sub-saharienne étaient majoritaires avec 93%.

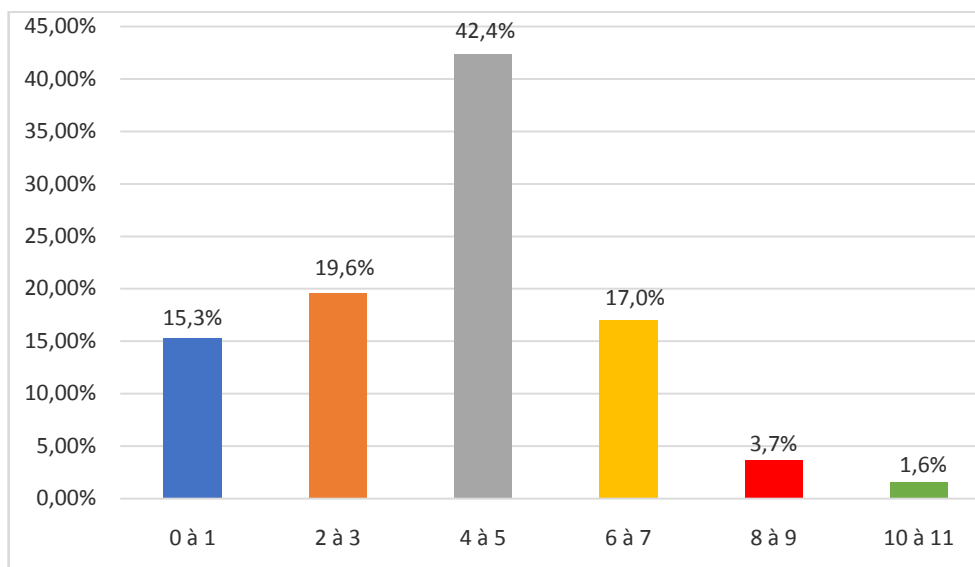
(Figure 10)



**Figure 10: Répartition des participants selon leur origine ethnique**

## 8. Le temps d'installation :

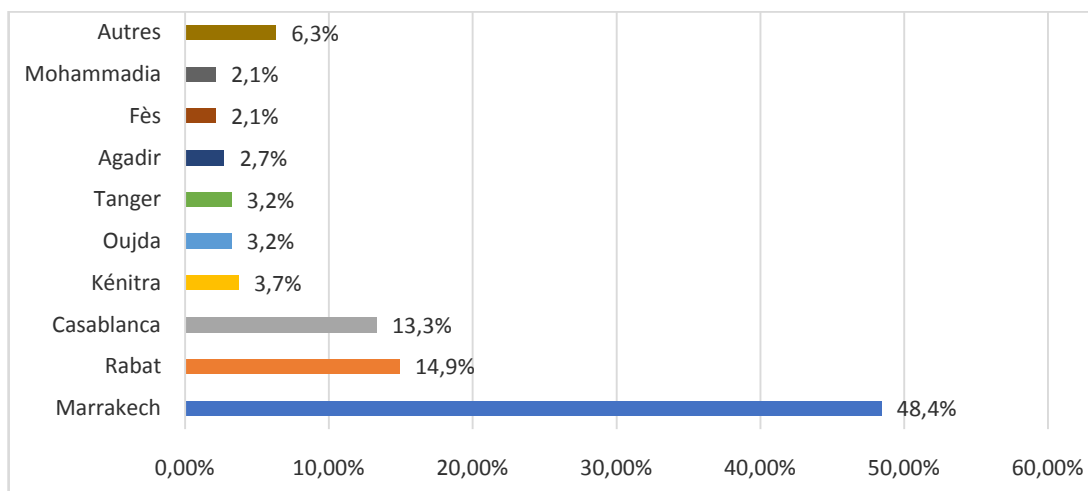
La moyenne du temps d'installation était de  $4,16 \pm 2,12$  ans. La majorité des participants était installée au Maroc depuis au moins 4 ans. (Figure 11)



**Figure 11: Répartition des participants selon le temps d'installation**

## 9. Villes d'études :

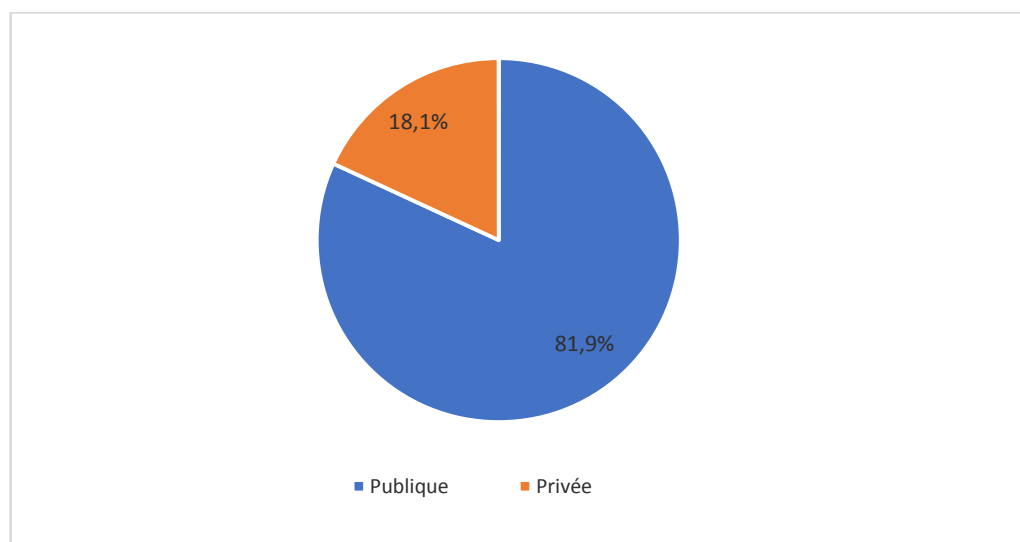
Les principales villes d'études étaient Marrakech avec 48,4% des étudiants, Rabat avec 14,9% et Casablanca avec 13,3%. (Figure 12)



**Figure 12: Répartition des participants selon leur ville d'études**

## 10. Secteur de l'université :

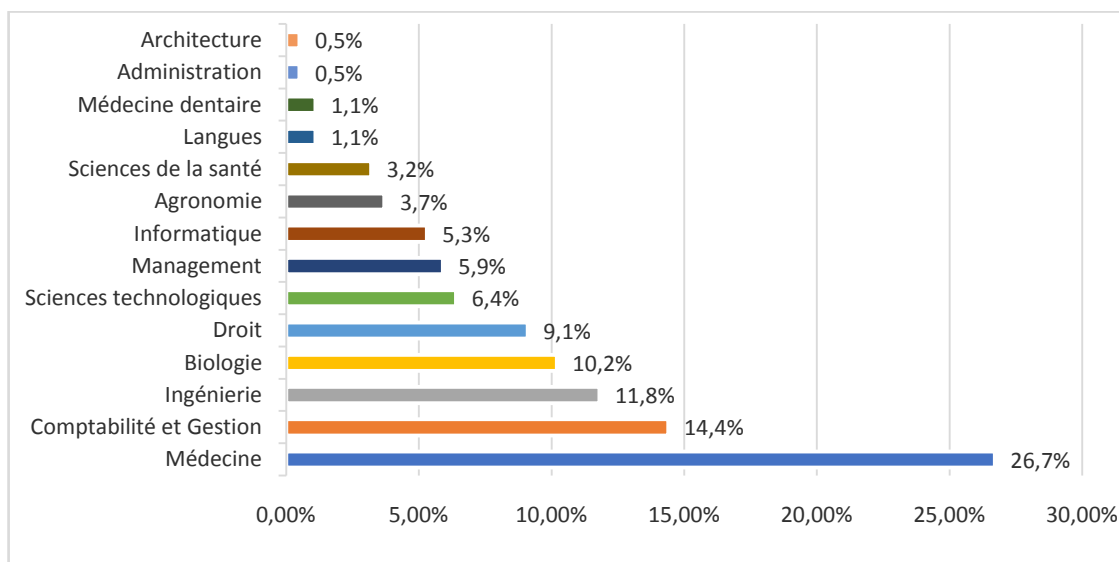
La majorité des participants fréquentait une université publique avec 81,9% contre 18,1% d'étudiants qui fréquentaient une université privée. (Figure 13)



**Figure 13: Répartition des participants selon le type d'université fréquentée**

## 11. Filières d'études :

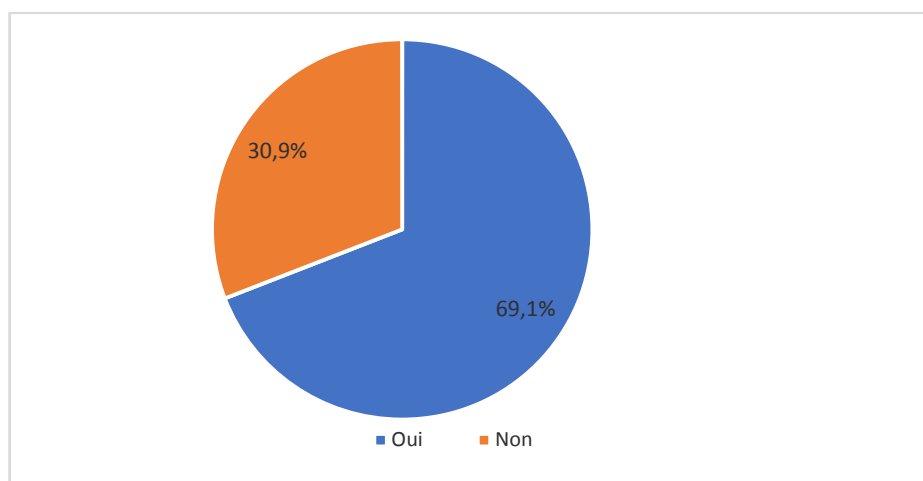
Les principales filières d'études des participants étaient la médecine avec 26,7% , la comptabilité et gestion avec 14,4%, l'ingénierie avec 11,8 et la biologie avec 10,2%. (Figure 14)



**Figure 14: Répartition des participants selon leur filière d'études**

## 12. Bourse :

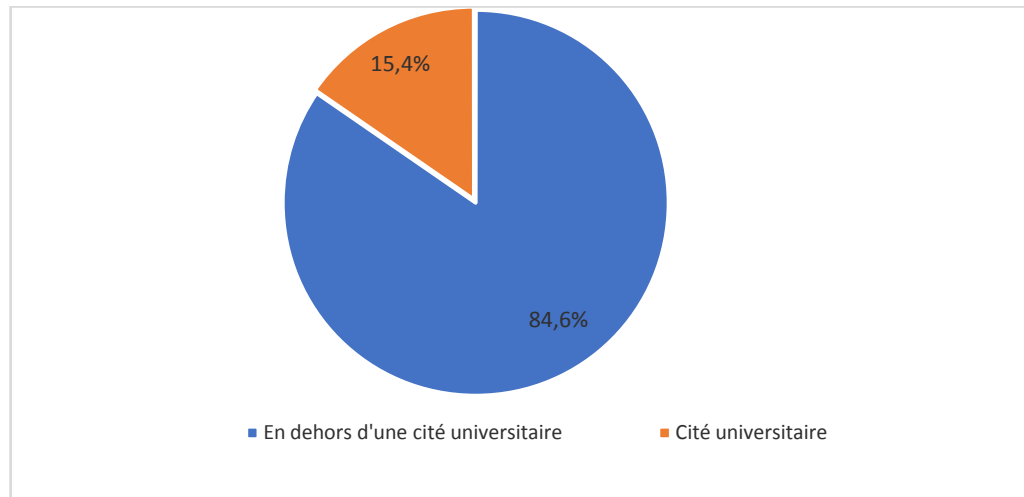
La majorité des participants était des boursiers avec 69,1% contre 30,9% qui ne l'étaient pas. (Figure 15)



**Figure 15: Répartition des participants selon l'obtention d'une bourse**

### 13. Lieu d'habitat :

La majorité des participants (84,6%) vivait en dehors d'une cité universitaire contre 15,4% des étudiants qui vivaient dans une cité universitaire. (Figure 16)



**Figure 16: Répartition des participants selon leur lieu d'habitat**

## II. La perception de l'accès aux soins de santé primaires :

Le score moyen du questionnaire sur la perception de l'accès aux soins de santé primaires était de  $63,63 \pm 18,37$ .

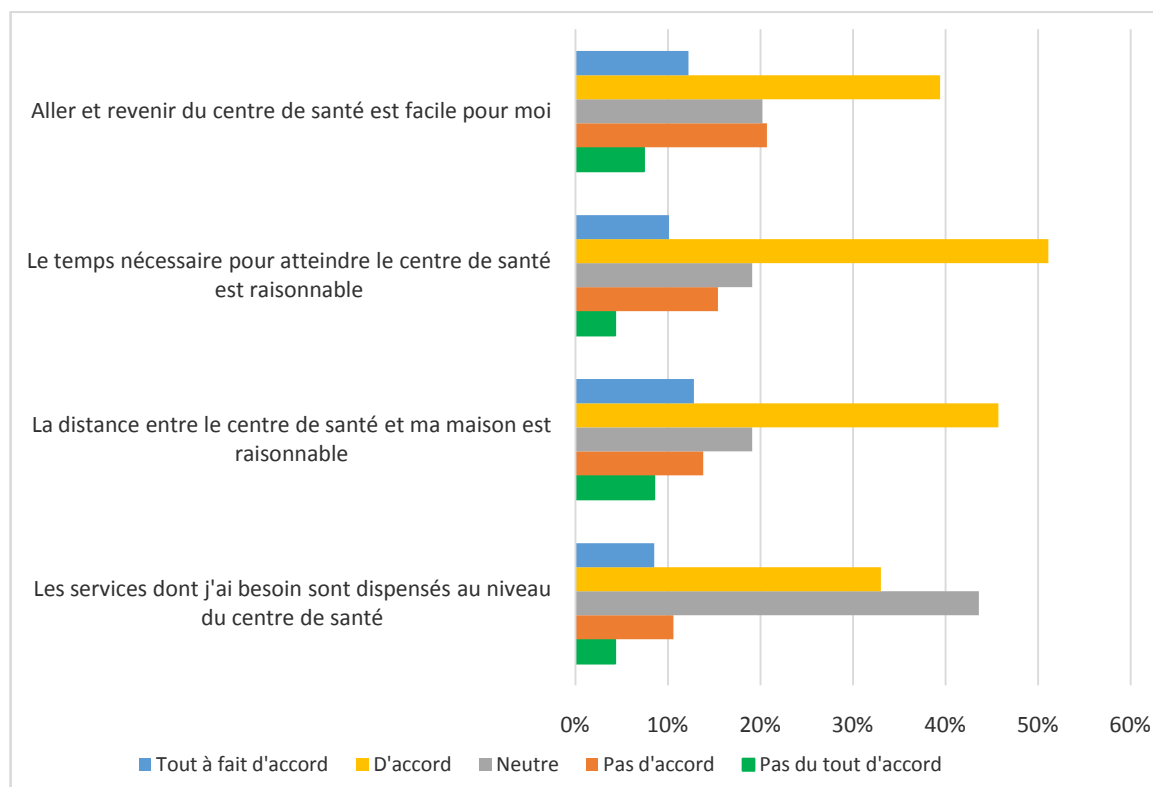
### 1. L'accessibilité :

Le score moyen de l'accessibilité des soins de santé primaires sur une échelle de 4 à 20 était de  $13,46 \pm 3,43$ .

La majorité des participants était d'accord avec trois (03) des quatre (04) affirmations concernant l'accessibilité. Par exemple, 61,1% des participants étaient d'accord avec l'affirmation « Le temps nécessaire pour atteindre le centre de santé est raisonnable ».

Par ailleurs, 58,5% des participants n'étaient pas d'accord avec l'affirmation « Les services dont j'ai besoin sont dispensés au niveau du centre de santé ». (Figure 17)





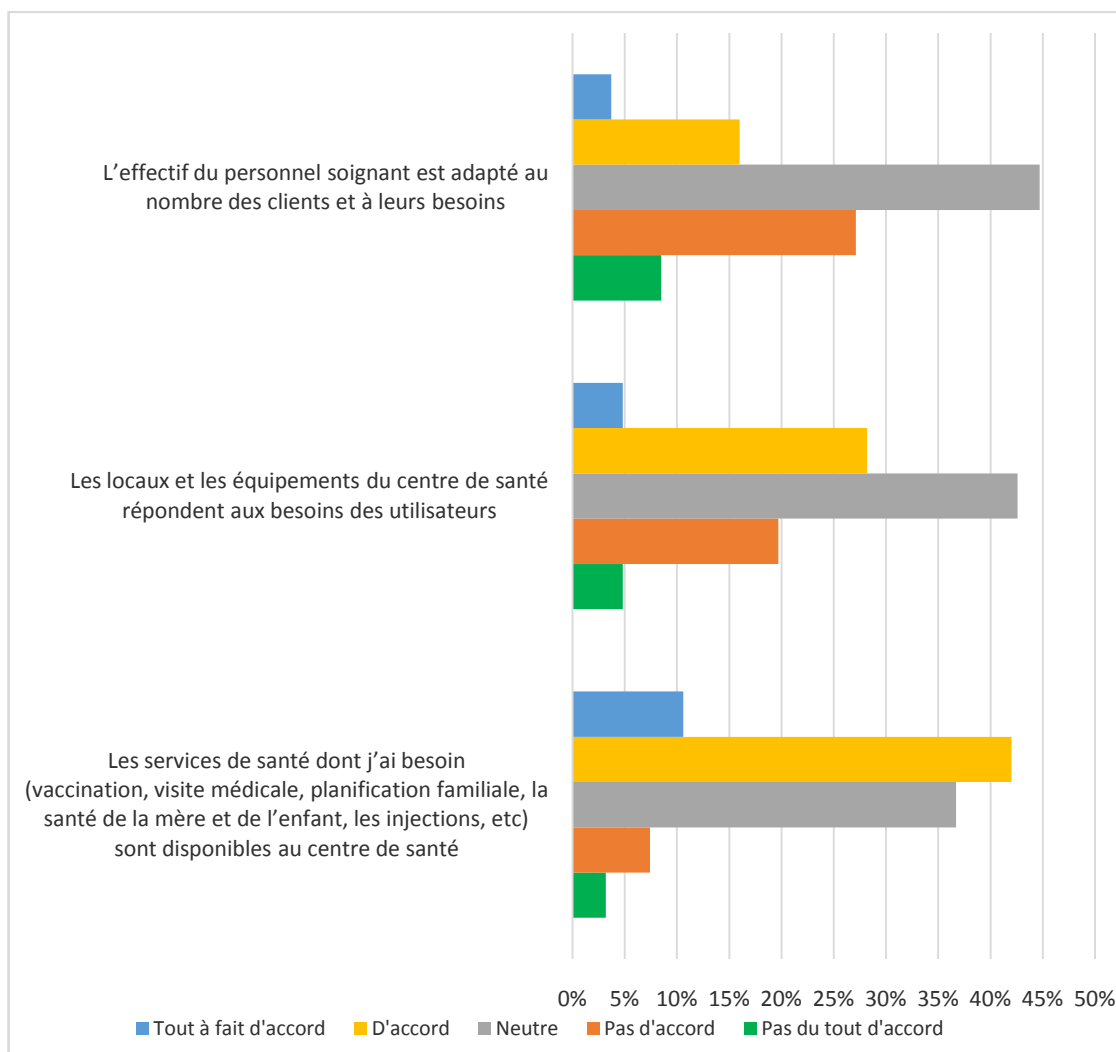
**Figure 17: Résultats des réponses des participants aux questions relatives à l'accessibilité des soins de santé primaires**

## 2. La disponibilité :

Le score moyen de la disponibilité des: soins de santé primaires sur une échelle de 3 à 15 était de  $9,37 \pm 2,17$ .

La majorité des participants n'était pas d'accord avec deux (02) des trois (03) affirmations concernant la disponibilité. Par exemple, 80,3% des participants n'étaient pas d'accord avec l'affirmation « L'effectif du personnel soignant est adapté au nombre des clients et à leurs besoins ».

Par ailleurs, 52,6% des participants était d'accord avec l'affirmation « Les services de santé dont j'ai besoin sont disponibles au centre de santé ». (Figure 18)



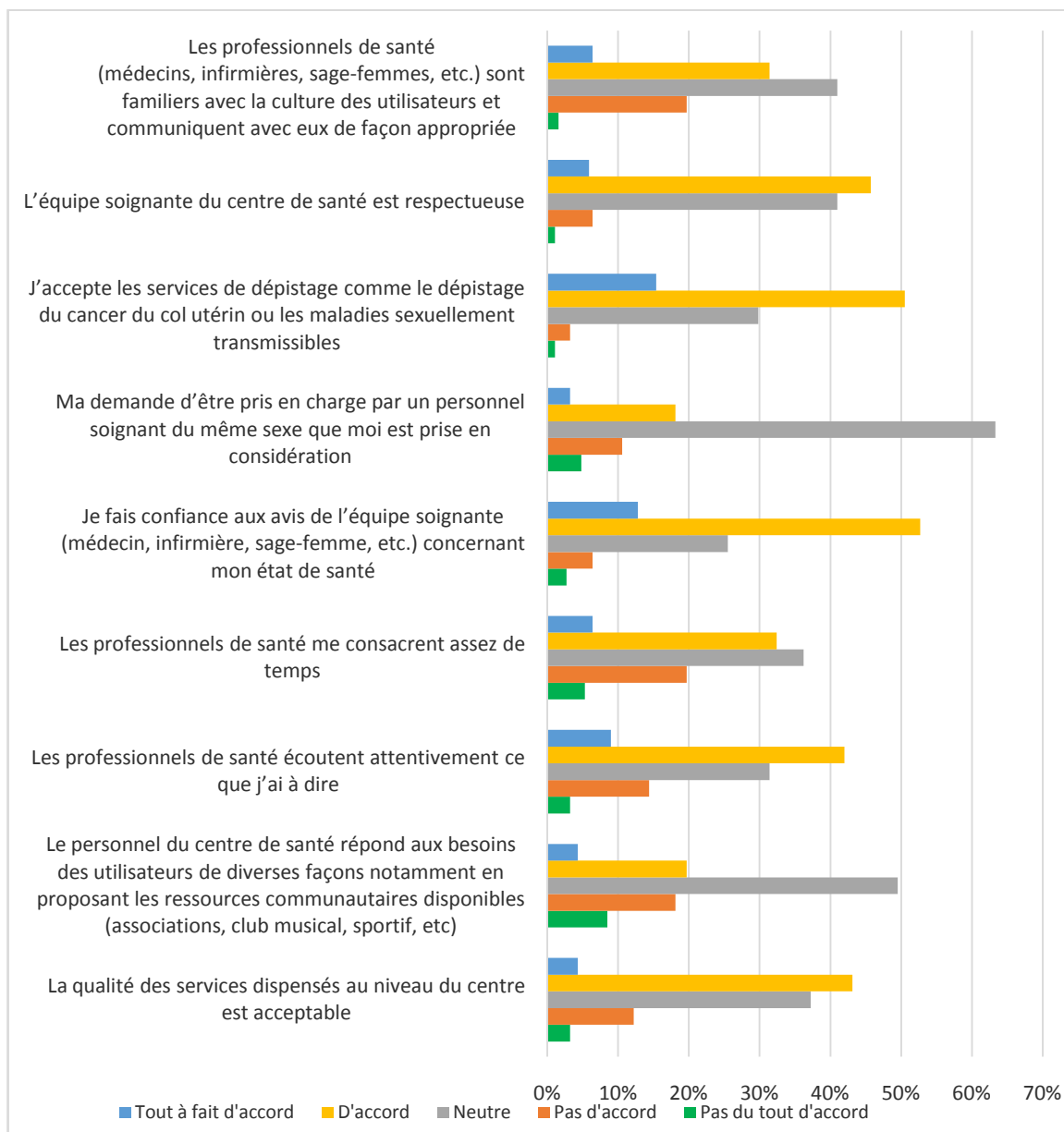
**Figure 18: Résultats des réponses des participants aux questions relatives à la disponibilité des soins de santé primaires**

### 3. L'acceptabilité :

Le score moyen de l'acceptabilité des soins de santé primaires sur une échelle de 14 à 45 était de  $29,97 \pm 5,16$ .

La majorité des participants n'était pas d'accord avec cinq (05) des neuf (09) affirmations concernant l'acceptabilité. Par exemple, 78,7% des participants n'étaient pas d'accord avec l'affirmation « Ma demande d'être pris en charge par un personnel soignant du même sexe que moi est prise en considération ».

Par ailleurs, les participants ont majoritairement répondu d'accord aux quatre (04) autres affirmations relatives à l'acceptabilité. C'était le cas de l'affirmation « Je fais confiance aux avis de l'équipe soignante concernant mon état de santé » où 65,5% des participants étaient d'accord. (Figure 19)



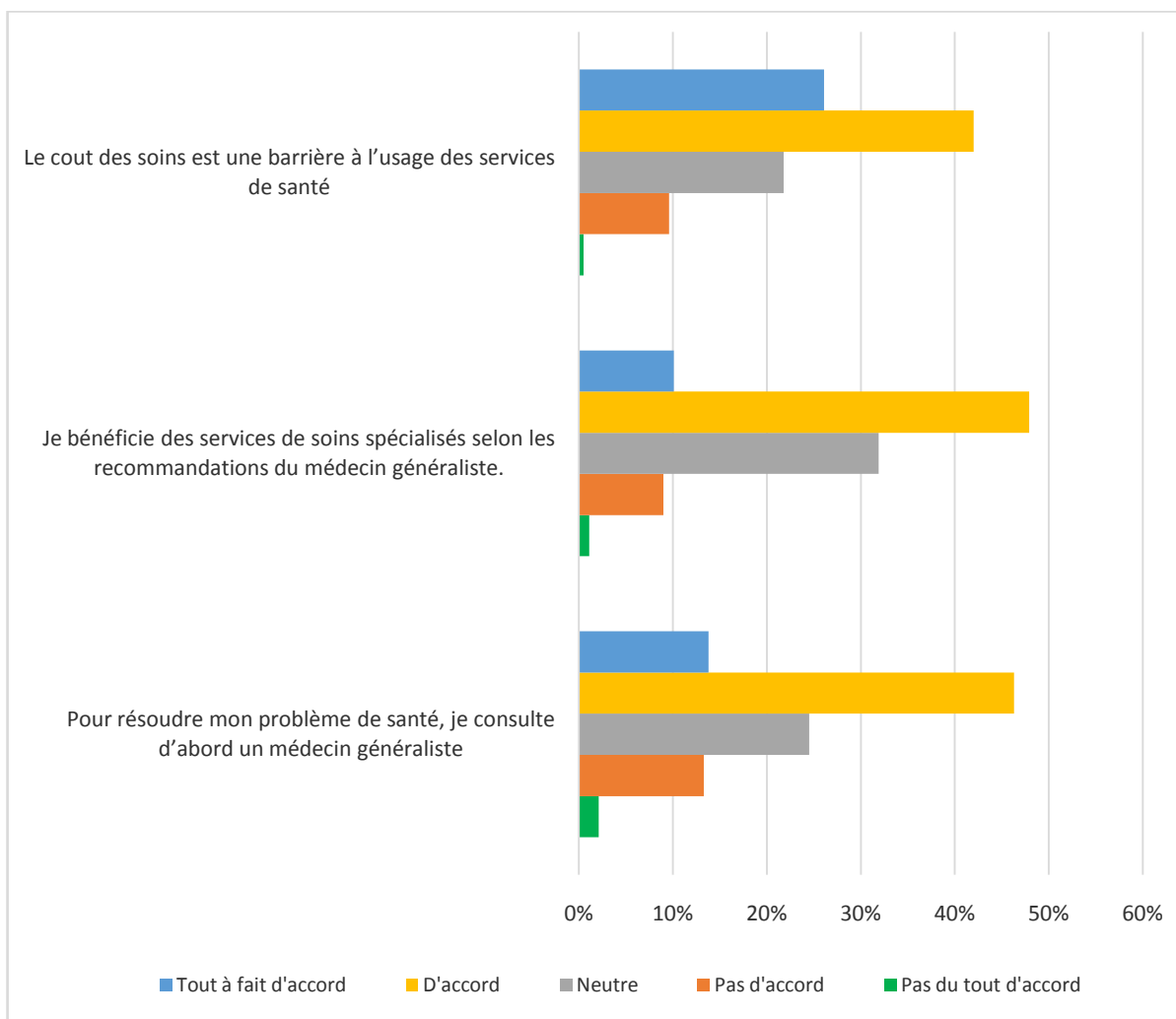
**Figure 19: Résultats des réponses des participants aux questions relatives à l'acceptabilité des soins de santé primaires**

#### 4. L'abordabilité :

Le score moyen de l'abordabilité des soins de santé primaires sur une échelle de 6 à 15 était de  $10,96 \pm 1,86$ .

La majorité des participants était d'accord avec toutes les affirmations concernant l'abordabilité.

Par exemple, 60,1% des participants étaient d'accord avec l'affirmation « Pour résoudre mon problème de santé, je consulte d'abord un médecin généraliste ». (Figure 20)



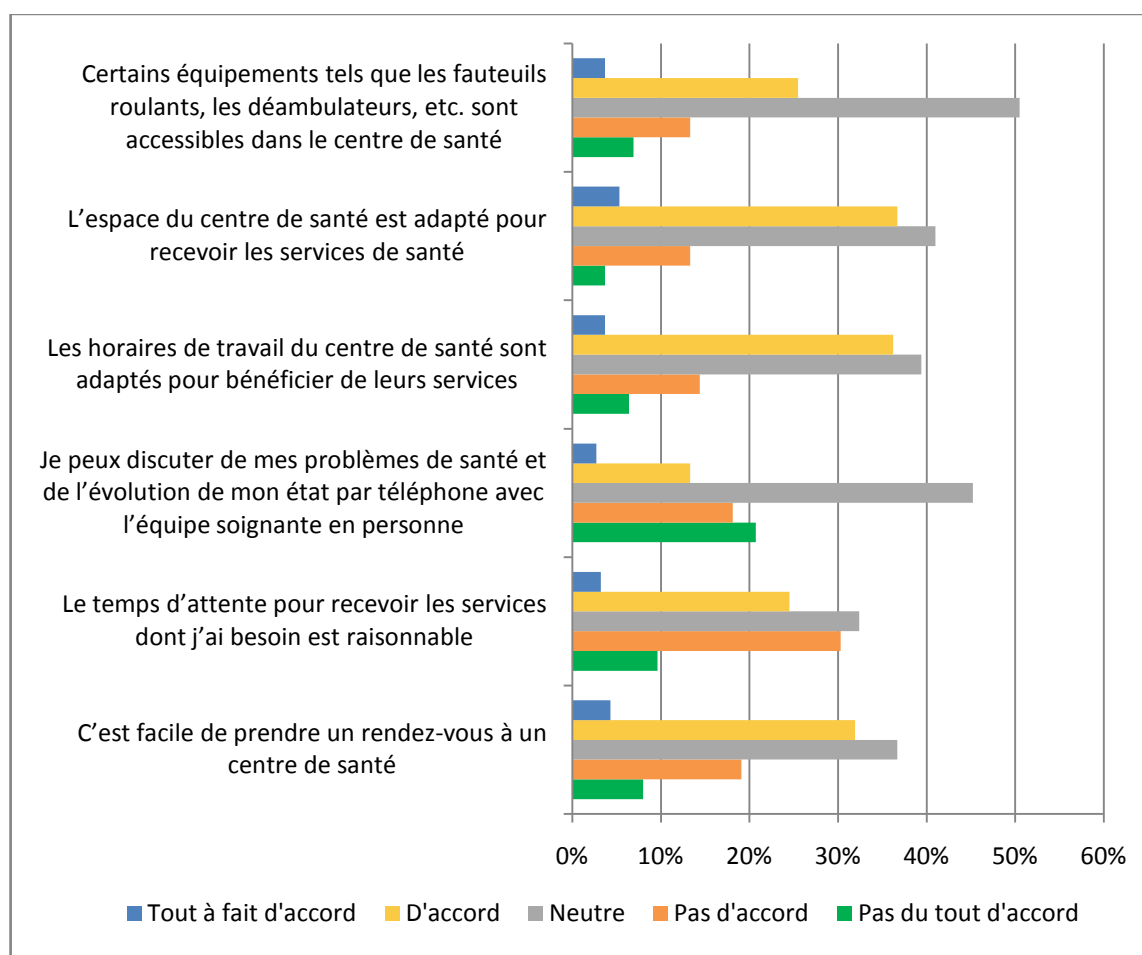
**Figure 20: Résultats des réponses des participants aux questions relatives à l'abordabilité des soins de santé primaires**

## 5. L'adaptabilité :

Le score moyen de l'adaptabilité des soins de santé primaires sur une échelle de 6 à 30 était de  $17,94 \pm 3,77$ .

La majorité des participants n'était d'accord avec aucune des affirmations concernant l'adaptabilité.

Par exemple, 84% des participants n'étaient pas d'accord avec l'affirmation « Je peux discuter de mes problèmes de santé et de l'évolution de mon état avec l'équipe soignante en personne » (Figure 21)



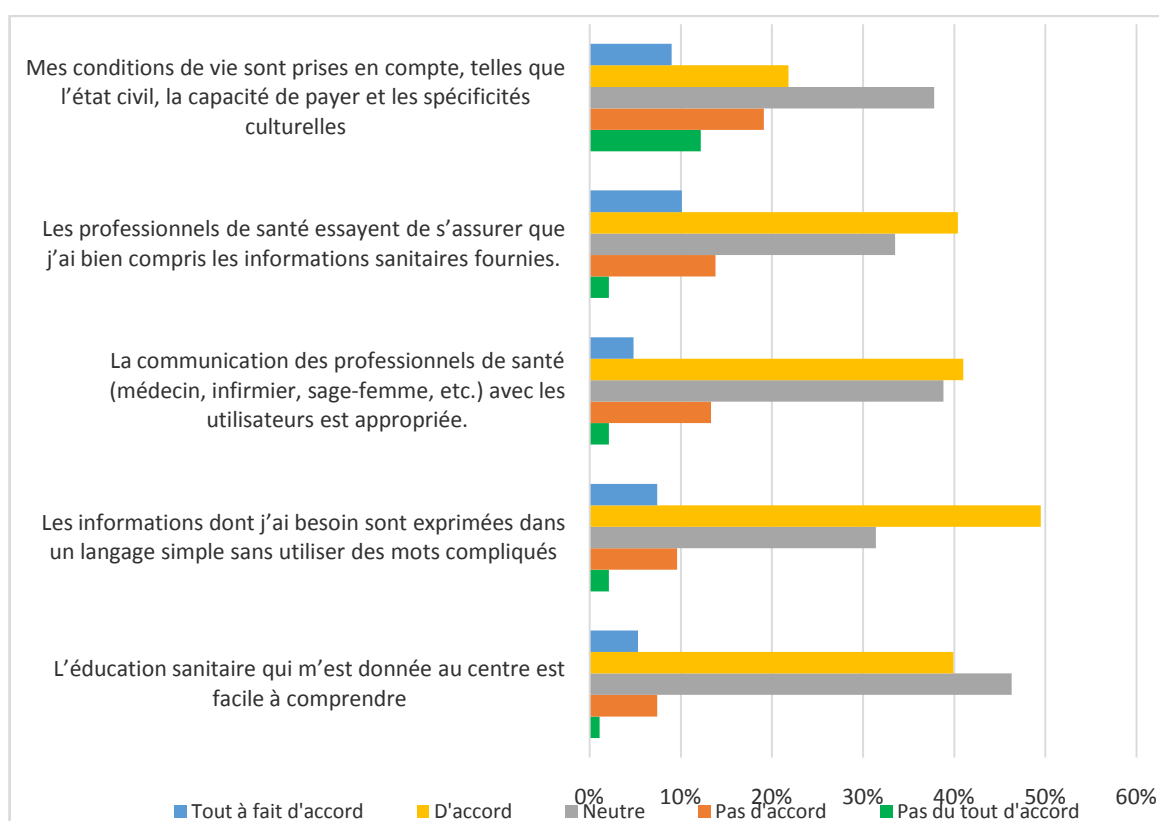
**Figure 21: Résultats des réponses des participants aux questions relatives à l'adaptabilité des soins de santé primaires**

## 6. La sensibilisation :

Le score moyen de la sensibilisation par rapport aux soins de santé primaires sur une échelle de 5 à 25 était de  $16,63 \pm 3,26$ .

La majorité des participants n'était pas d'accord avec trois (03) des cinq (05) affirmations concernant la sensibilisation. Par exemple, 54,8% des participants n'étaient pas d'accord avec l'affirmation « L'éducation sanitaire qui m'est donnée au centre est facile à comprendre ».

Par ailleurs, les participants ont majoritairement répondu d'accord aux deux (02) autres affirmations concernant la sensibilisation. C'était le cas de l'affirmation « Les informations dont j'ai besoin sont exprimées dans un langage simple sans utiliser des mots compliqués » où 56,9% des participants étaient d'accord. (Figure 22)

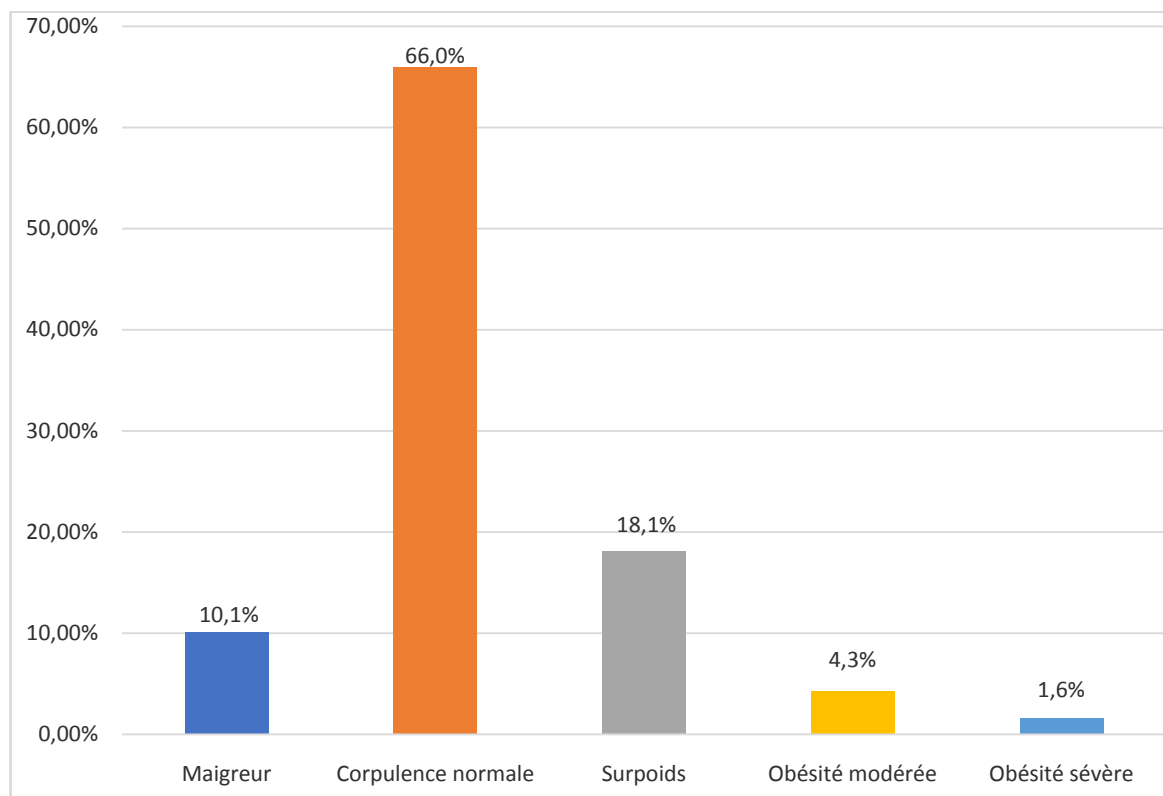


**Figure 22: Résultats des réponses des participants aux questions relatives à la sensibilisation par rapport aux soins de santé primaires**

### III. État de santé et habitudes toxiques des étudiants internationaux :

#### 1. L'Indice de Masse Corporelle :

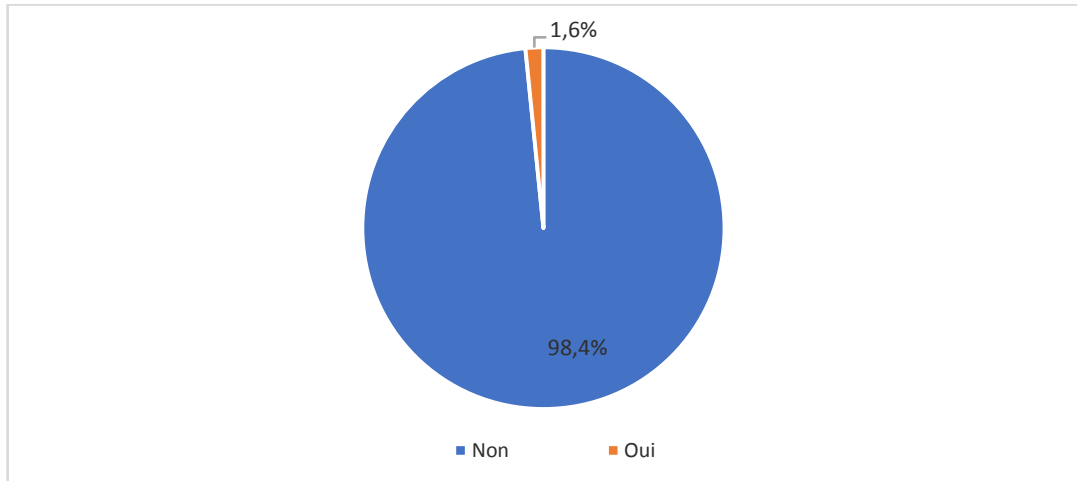
La corpulence normale était le profil le plus fréquemment retrouvé chez nos répondants avec 66%. (Figure 23)



**Figure 23: Répartition des participants selon l'indice de masse corporelle**

## 2. Le Tabagisme :

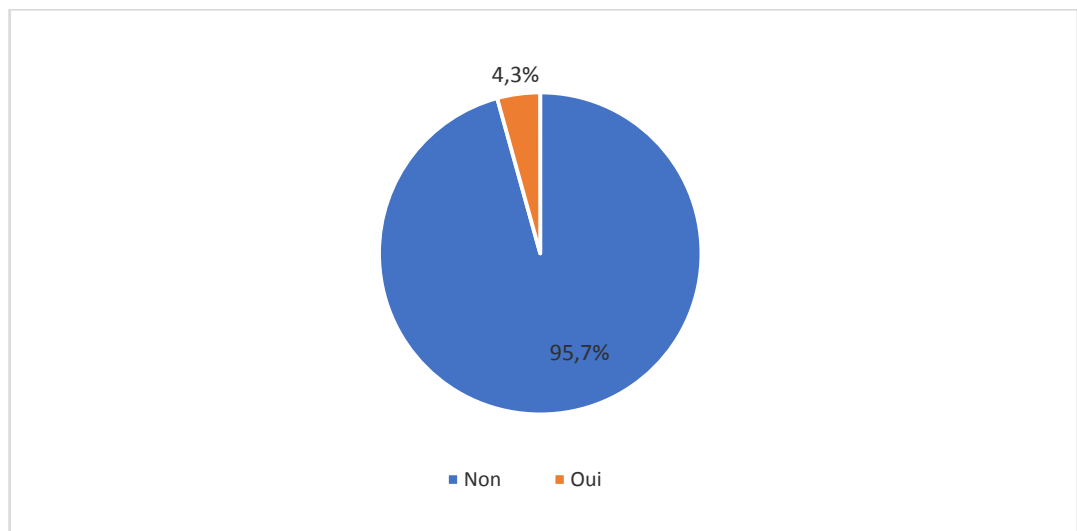
La proportion des participants non tabagiques était de 98,4% contre 1,6% qui étaient tabagiques. (Figure 24)



**Figure 24: Répartition des participants selon le tabagisme**

## 3. L'Alcoolisme :

La proportion des participants qui ne buvaient pas d'alcool était de 95,7% contre 4,3% d'étudiants qui en buvaient. (Figure 25)

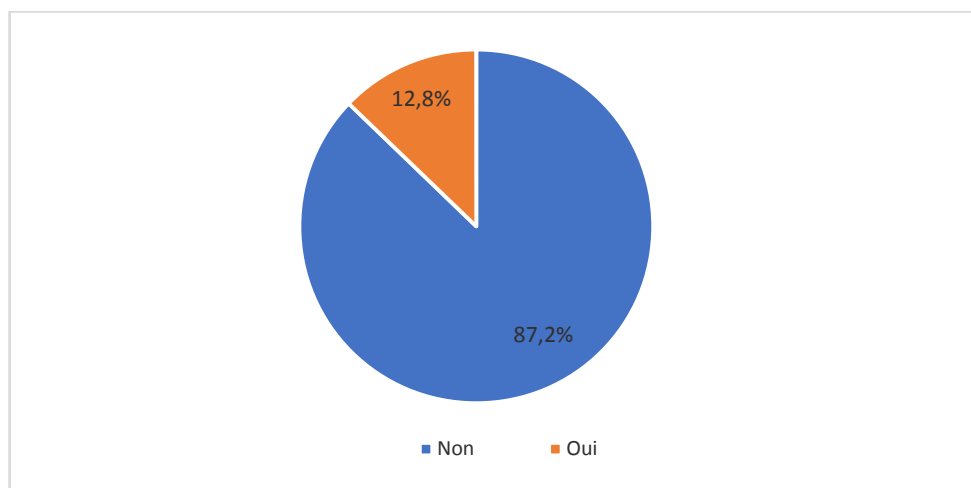


**Figure 25: Répartition des participants selon l'alcoolisme**



#### 4. Maladie chronique :

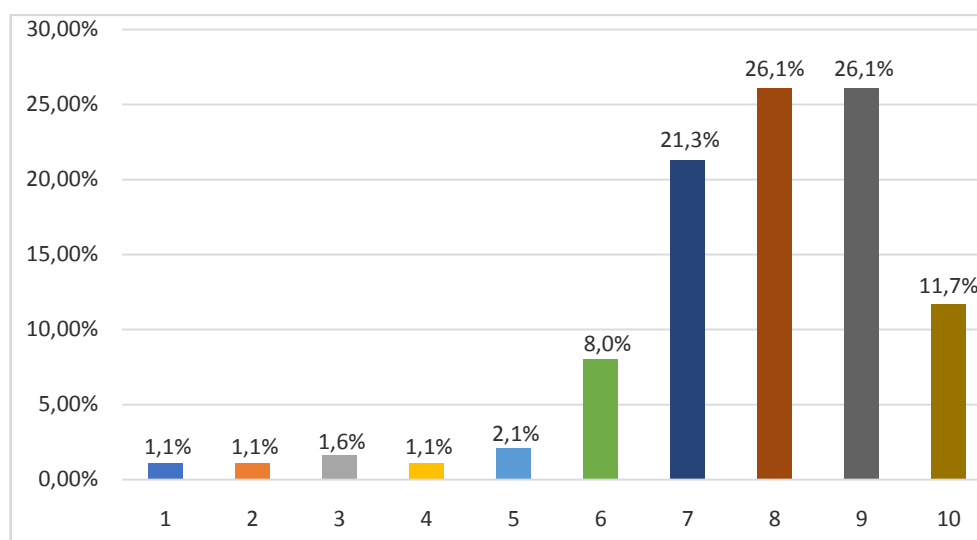
La proportion des participants qui ne vivaient pas avec une maladie chronique était de 87,2% contre 12,8% d'étudiants qui vivaient avec une maladie chronique. (Figure 26)



**Figure 26: Répartition des participants selon l'existence d'une maladie chronique**

#### 5. Évaluation de l'état de santé globale :

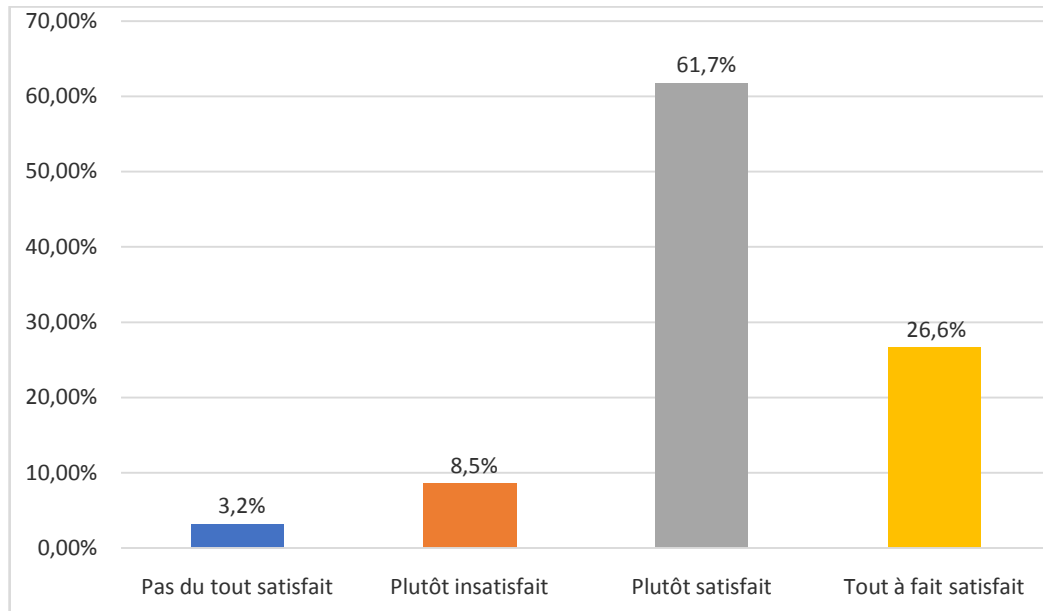
Il y a eu 85,2% des participants ont évalué leur état de santé à un score minimum de 7 sur une échelle de 1 à 10. (Figure 27)



**Figure 27: Répartition des participants selon leur évaluation de leur état de santé globale**

## 6. État de satisfaction de l'état de santé globale :

La majorité des participants était satisfaite de leur état de santé globale avec 88,3% contre 11,7% d'étudiants qui ne l'étaient pas. (Figure 28)

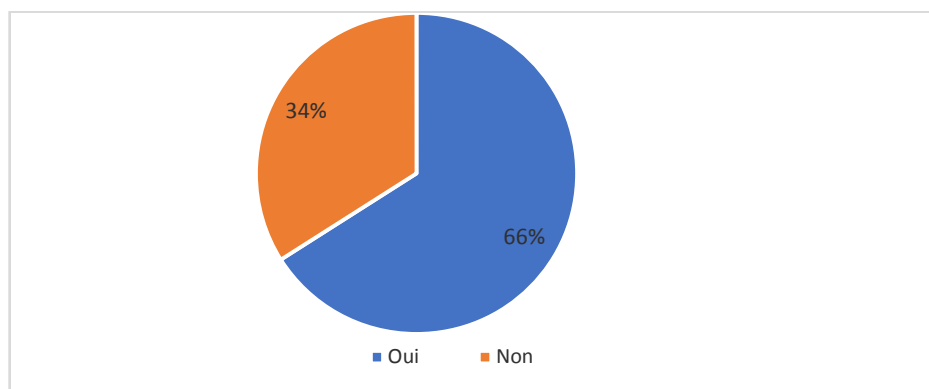


**Figure 28: Répartition des participants selon leur satisfaction de leur état de santé globale**

#### IV. Expérience des étudiants internationaux dans le système de soins marocain :

##### 1. Situation de la demande de soins :

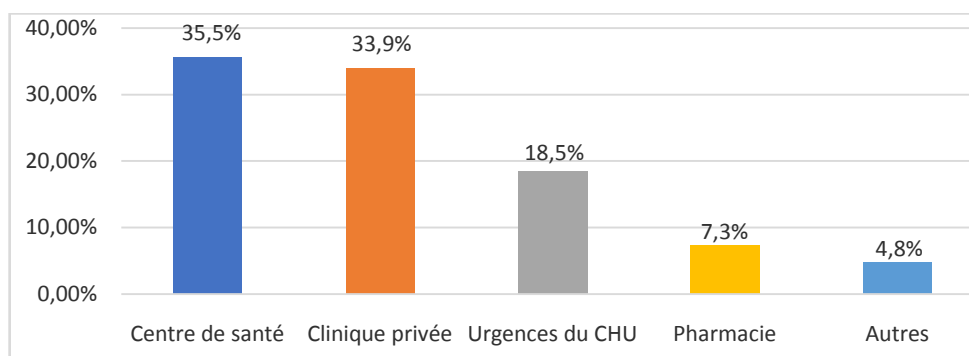
La majorité des participants a été au moins une fois dans une situation de demande de soins avec 66% contre 34% qui n'ont jamais été dans une situation de besoin. (Figure 29)



**Figure 29: Répartition des participants selon le besoin de soins dans le passé**

##### 2. Établissement de santé fréquenté en premier lieu en cas de besoin de soins :

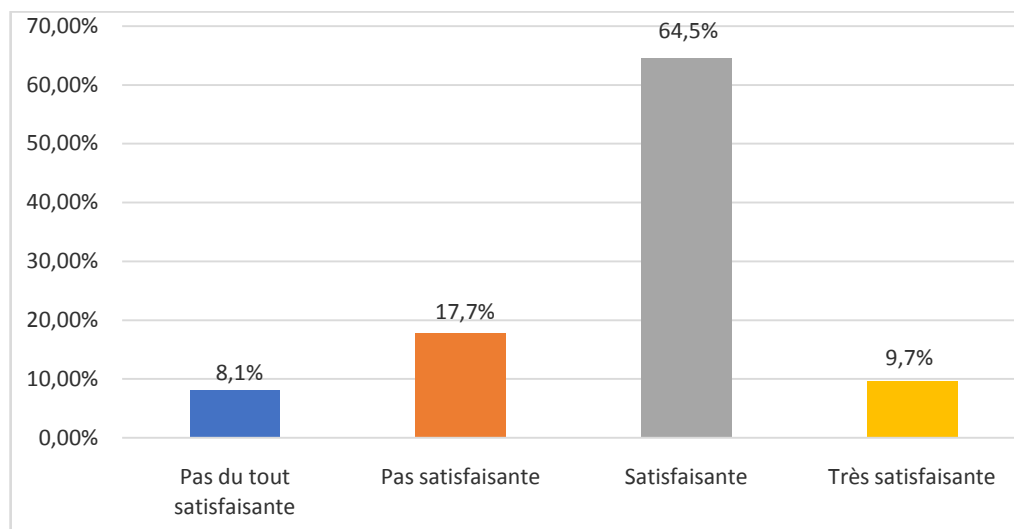
Les centres de santé, les cliniques privées et les urgences des CHU demeuraient les établissements de santé les plus fréquentés en premier lieu en cas de besoin de soins. (Figure 30)



**Figure 30: Répartition des participants selon l'établissement fréquenté en premier lieu en cas de besoin de soins**

### 3. État de satisfaction de l'expérience de soins :

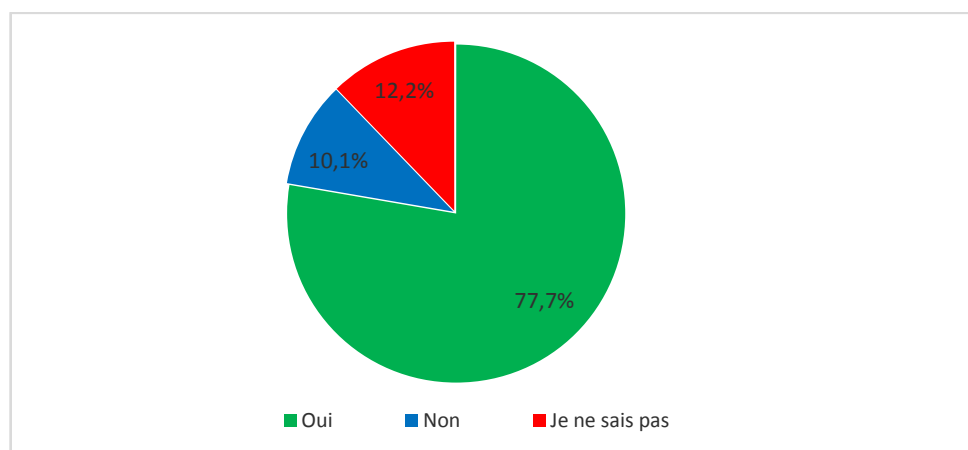
La majorité des participants était satisfaite de leur expérience de soins avec 74,2% contre 25,8% d'étudiants qui ne l'étaient pas. (Figure 31)



**Figure 31: Répartition des participants selon leur satisfaction de leur expérience de soins**

### 4. Existence d'une structure de soins dans la zone de vie :

La majorité des participants (77,7%) a affirmé qu'il existait une structure de soins dans leur zone de vie. (Figure 32)



**Figure 32: Répartition des participants selon l'existence d'une structure de soins dans leur zone de vie**

## V. Les barrières à l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux :

Plusieurs barrières ont été retrouvées chez nos répondants et qui ont été classées en trois catégories selon le Health Care Access Barriers.[16] (Tableaux I, II et III)

La principale barrière cognitive retrouvée était « J'avais des symptômes qui ne me semblaient pas importants » (61,2%). (Tableau I)

**Tableau I: Répartition des réponses des participants concernant les barrières cognitives rencontrées lors de l'accès aux soins de santé primaires**

	Totalement en désaccord n (%)	En désaccord n(%)	D'accord n(%)	Totalement d'accord n(%)
J'avais des symptômes qui ne me semblaient pas importants	23(12,2)	50(26,6)	<b>99(52,7)</b>	16(8,5)
Ma famille/ mes amis m'ont découragé	<b>91(48,4)</b>	83(44,1)	13(6,9)	1(0,5)
Les professionnels ne comprennent pas ma langue	48(25,5)	<b>95(50,5)</b>	35(18,6)	10(5,3)
Je veux résoudre le problème moi-même	36(19,1)	<b>83(44,1)</b>	52(27,7)	17(9,0)
Je préfère obtenir des formes alternatives de soins (soins spirituels, traditionnels)	61(32,4)	<b>91(48,4)</b>	29(15,4)	7(3,7)
J'ai peur du racisme	34(18,1)	<b>72(38,3)</b>	55(29,3)	27(14,4)
Je n'ai pas confiance à la qualité des soins prodigués	48(25,5)	<b>106(56,4)</b>	26(13,8)	8(4,3)

La principale barrière structurelle retrouvée était; « Une durée d'attente longue pour obtenir une consultation ou un traitement » (57,9%). (Tableau II)

**Tableau II: Répartition des réponses des participants concernant les barrières structurelles rencontrées lors de l'accès aux soins de santé primaires**

	<b>Totalement en désaccord n (%)</b>	<b>En désaccord n (%)</b>	<b>D'accord n (%)</b>	<b>Totalement d'accord n (%)</b>
Je n'ai pas eu le temps	36(19,1)	<b>84(44,7)</b>	58(30,9)	10(5,3)
Je ne savais pas où aller	47(25,0)	<b>82(43,6)</b>	45(23,9)	14(7,4)
J'ai des difficultés de transport	44(23,4)	<b>103(54,8)</b>	34(18,1)	7(3,7)
Une durée d'attente longue pour obtenir une consultation ou un traitement	26(13,8)	53(28,2)	<b>73(38,8)</b>	36(19,1)

Il y avait 56,4% des participants qui étaient d'accord que « Je n'ai pas d'argent » est une barrière financière alors que 43,6% n'étaient pas d'accord. (Tableau III)

**Tableau III: Répartition des réponses des participants concernant les barrières financières rencontrées lors de l'accès aux soins de santé primaires**

	<b>Totalement en désaccord n(%)</b>	<b>En désaccord n(%)</b>	<b>D'accord n(%)</b>	<b>Totalement d'accord n(%)</b>
Je n'ai pas d'argent	25(13,3)	57(30,3)	<b>77(41,0)</b>	29(15,4)

## **VI. Les facteurs associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux :**

Des analyses bivariées ont été effectuées pour rechercher des facteurs socio-démographiques associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires chez les étudiants internationaux.

### **1. Données socio-démographiques des étudiants internationaux :**

Seule la langue française a été retrouvée comme un facteur significatif étant associé à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires chez les étudiants internationaux ( $p=0,001$ ). (Tableau IV)

**Tableau IV: Les facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires**

	Score total	p
<b>Sexe</b>		
Femme	63,32±16,08	0,858
Homme	63,82±19,70	
<b>Langues (Français)</b>		
Non	42,5±11,78	0,001
Oui	64,17±18,26	
<b>Langues (Anglais)</b>		
Non	66,22±22,42	0,212
Oui	62,22±15,96	
<b>Langues (Arabe)</b>		
Non	63,91±18,95	0,564
Oui	61,5±13,41	
<b>Marié</b>		
Non	63,68±18,57	0,794
Oui	61,25±2,21	
<b>Bourse</b>		
Non	64,44±21,89	0,686
Oui	63,26±16,65	
<b>Secteur de l'université</b>		
Publique	63,04±16,86	0,352
Privée	64,29±24,20	
<b>Lieu de vie</b>		
Cité universitaire	65,06±19,84	0,649
En dehors d'une cité universitaire	63,37±18,15	
<b>Religion musulmane</b>		
Non	64,56±18,27	0,622
Oui	63,19±18,69	



Il n'y avait pas de corrélation entre le score total d'accès aux soins avec des facteurs socio-démographiques tels que l'âge et le temps d'installation au Maroc (les coefficients de corrélation de Spearman étaient tous proches de 0). (Tableau V)

**Tableau V: Autres facteurs socio-démographiques associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires**

Variables	Coefficient de corrélation	p
Âge	-0,26*	0,727
Temps d'installation	-0,33*	0,658

\*Coefficient de corrélation de Spearman

## **2. État de santé et habitudes toxiques des étudiants internationaux :**

Concernant l'état de santé et les habitudes toxiques des étudiants internationaux, aucun facteur significatif n'a été retrouvé comme étant associé à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires (toutes les valeurs de p des différents paramètres relatives à l'état de santé et aux habitudes toxiques des étudiants internationaux étaient supérieures à 0,05) . (Tableau VI)

**Tableau VI: Les facteurs de l'état de santé et des habitudes toxiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires**

	Score total	p
<b>Tabagisme</b>		
Non	63,45±18,26	0,311
Oui	74,33±26,57	
<b>Alcoolisme</b>		
Non	63,9±18,64	0,336
Oui	57,5±9,25	
<b>Maladie chronique</b>		
Non	63,30±19,10	0,524
Oui	65,87±12,42	
<b>Satisfaction de l'état de santé globale</b>		
Non	66±14,20	0,522
Oui	63,31±18,87	

Il n'y avait pas de corrélation entre le score total d'accès aux soins avec des facteurs de l'état de santé des étudiants internationaux tels que l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et l'état de santé (les coefficients de corrélation de Spearman étaient tous proches de 0). (Tableau VII)

**Tableau VII: Autres facteurs de l'état de santé des étudiants internationaux associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires**

Variables	Coefficient de corrélation	p
IMC	-0,81*	0,267
État de santé	-0,46*	0,531

\*Coefficient de corrélation de Spearman

### 3. Expérience des étudiants internationaux dans le système de soins marocain :

Pour l'expérience des étudiants internationaux dans le système de soins marocain, aucun facteur significatif n'a été retrouvé comme étant associé à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires (toutes les valeurs de p des différents paramètres relatives à l'expérience des étudiants internationaux dans le système de soins marocain étaient supérieures à 0,05). (Tableau VIII)

**Tableau VIII: Les facteurs de l'expérience des étudiants internationaux dans le système de soins marocain associés à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires**

	Score total	p
<b>Situation de la demande de soins</b>		
Non	63,93±23,14	0,871
Oui	63,47±15,4	
<b>Existence d'une structure de soins dans le lieu de vie</b>		
Non/Je ne sais pas	63,19±13,08	0,827
Oui	63,76±19,67	

### 4. Les barrières à l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux :

Les résultats de l'analyse bivariée des différentes barrières rencontrées par les étudiants internationaux lors de leur accès aux soins de santé primaires ont été représentés dans les tableaux ci-dessous. Deux (02) barrières ont eu une différence statistiquement significative :

- L'incompréhension de la langue de l'étudiant par le professionnel de santé avec  $p=0,005$  : la moyenne du score total de la perception de l'accès aux soins de santé primaire des étudiants ayant répondu par « Oui » ( $70,44\pm 23,66$ ) était supérieure à celle de ceux ayant répondu par « Non » ( $61,48\pm 15,87$ ).

- La peur du racisme avec  $p=0,031$  : la moyenne du score total de la perception de l'accès aux soins de santé primaire des étudiants ayant répondu par « Oui » ( $66,91 \pm 20,15$ ) était supérieure à celle de ceux ayant répondu par « Non » ( $61,09 \pm 16,53$ ). (Tableaux IX et X)

**Tableau IX: Les barrières cognitives rencontrées par les étudiants internationaux et étant associées à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires**

	Score total	p
<b>J'avais des symptômes qui ne me semblaient pas importants</b>		
Oui	63,15±17,43	0,657
Non	64,38±19,87	
<b>Ma famille/mes amis m'ont découragé</b>		
Oui	60,35±21,93	0,490
Non	63,89±18,11	
<b>Les professionnels de santé ne comprennent pas ma langue</b>		
Oui	70,44±23,66	0,005
Non	61,48±15,87	
<b>Je veux résoudre le problème moi-même</b>		
Oui	64,31±18,28	0,698
Non	63,23±18,49	
<b>Je préfère obtenir des formes alternatives de soins (soins spirituels, soins traditionnels)</b>		
Oui	62,80±17,36	0,765
Non	63,82±18,66	
<b>J'ai peur du racisme</b>		
Oui	66,91±20,15	0,031
Non	61,09±16,53	
<b>Je n'ai pas confiance à la qualité des soins prodigués</b>		
Oui	67,85±22,23	0,140
Non	62,70±17,36	

**Tableau X: Les barrières structurelles et financières rencontrées par les étudiants internationaux et étant associées à un meilleur score total d'accès aux soins de santé primaires**

	Score total	p
<b>Je n'ai pas eu le temps</b>		
Oui	61,76±19,42	0,295
Non	64,69±17,75	
<b>Je ne savais pas où aller</b>		
Oui	65,10±18,57	0,460
Non	62,96±18,32	
<b>J'ai des difficultés de transport</b>		
Oui	66,60±20,48	0,242
Non	62,80±17,73	
<b>Une durée d'attente longue pour obtenir une consultation ou un traitement</b>		
Oui	63,61±17,07	0,987
Non	63,65±20,15	
<b>Je n'avais pas d'argent</b>		
Oui	64,43±19,06	0,498
Non	62,59±17,51	

**VII. Les facteurs associés à un meilleur score dans les différentes dimensions de l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux :**

Des analyses bivariées ont été effectuées pour rechercher des facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score dans les différentes dimensions de l'accès aux soins de santé primaires.

**1. Les facteurs associés à un meilleur score d'accessibilité aux soins de santé primaires chez les étudiants internationaux :**

Aucun facteur significatif n'a été retrouvé comme étant associé à un meilleur score d'accessibilité aux soins de santé primaires chez les étudiants internationaux (toutes les valeurs de p des différentes données socio-démographiques étudiées étaient supérieures à 0,05). (Tableau XI)

**Tableau XI: Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score d'accessibilité aux soins de santé primaires**

	Score de l'accessibilité	p
<b>Sexe</b>		
Masculin	13,71±3,31	0,202
Féminin	13,05±3,62	
<b>Marié</b>		
Non	13,49±3,44	0,476
Oui	12,25±3,30	
<b>Religion musulmane</b>		
Non	13,34±3,5	0,753
Oui	13,5±3,39	
<b>Secteur de l'université</b>		
Publique	13,33±3,4	0,270
Privée	14,05±3,59	
<b>Bourse</b>		
Oui	13,3±3,38	0,317
Non	13,84±3,55	
<b>Lieu d'habitat</b>		
À la cité universitaire	13,79±3,2	0,581
En dehors de la cité universitaire	13,4±3,48	

## 2. Les facteurs associés à un meilleur score de disponibilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux :

La religion musulmane ( $p=0,033$ ), le secteur de l'université ( $p=0,017$ ) et le statut de boursier ou non ( $p=0,039$ ) ont été retrouvés comme des facteurs associés à un meilleur score de disponibilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux. (Tableau XII)

**Tableau XII: Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score de disponibilité des soins de santé primaires**

	Score de la disponibilité	p
<b>Sexe</b>		
Masculin	9,56±2,17	0,122
Féminin	9,05±2,17	
<b>Marié</b>		
Non	9,39±2,19	0,420
Oui	8,5±0,57	
<b>Religion musulmane</b>		
Non	8,93±2,17	<b>0,033</b>
Oui	9,62±2,14	
<b>Secteur de l'université</b>		
Publique	9,19±2,16	<b>0,017</b>
Privée	10,17±2,09	
<b>Bourse</b>		
Oui	9,15±2,12	<b>0,039</b>
Non	9,86±2,22	
<b>Lieu d'habitat</b>		
À la cité universitaire	10,06±2,15	0,061
En dehors de la cité universitaire	9,24±2,16	



### 3. Les facteurs associés à un meilleur score d'abordabilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux :

Aucun facteur significatif n'a été retrouvé comme étant associé à un meilleur score d'abordabilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux (toutes les valeurs de p des différentes données socio-démographiques étudiées étaient supérieures à 0,05). (Tableau XIII)

**Tableau XIII: Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score d'abordabilité des soins de santé primaires**

	Score de l'abordabilité	p
<b>Sexe</b>		
Masculin	11,05±1,83	0,434
Féminin	10,83±1,91	
<b>Marié</b>		
Non	10,96±1,87	0,761
Oui	11,25±1,5	
<b>Religion musulmane</b>		
Non	10,64±1,93	0,066
Oui	11,15±1,80	
<b>Secteur de l'université</b>		
Publique	10,88±1,87	0,221
Privée	11,32±1,83	
<b>Bourse</b>		
Oui	10,83±1,88	0,131
Non	11,27±1,81	
<b>Lieu d'habitat</b>		
À la cité universitaire	10,75±1,95	0,513
En dehors de la cité universitaire	11±1,85	

#### 4. Les facteurs associés à un meilleur score d'acceptabilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux :

Aucun facteur significatif n'a été retrouvé comme étant associé à un meilleur score d'acceptabilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux (toutes les valeurs de p des différentes données socio-démographiques étudiées étaient supérieures à 0,05). (Tableau XIV)

**Tableau XIV: Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score d'acceptabilité des soins de santé primaires**

	Score de l'acceptabilité	p
<b>Sexe</b>		
Masculin	30,13±5,13	0,579
Féminin	29,70±5,23	
<b>Marié</b>		
Non	30,02±5,19	0,385
Oui	27,75±2,50	
<b>Religion musulmane</b>		
Non	29,17±5,09	0,095
Oui	30,47±5,22	
<b>Secteur de l'université</b>		
Publique	29,67±4,89	0,092
Privée	31,32±6,15	
<b>Bourse</b>		
Oui	29,60±4,99	0,138
Non	30,81±5,47	
<b>Lieu d'habitat</b>		
À la cité universitaire	31,24±6,08	0,151
En dehors de la cité universitaire	29,74±4,96	

## 5. Les facteurs associés à un meilleur score d'adaptabilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux :

Le sexe ( $p=0,025$ ), le secteur de l'université ( $p=0,016$ ) et le statut de boursier ou non ( $p=0,009$ ) ont été retrouvés comme des facteurs associés à un meilleur score d'adaptabilité des soins de santé primaires chez les étudiants internationaux. (Tableau XV)

**Tableau XV: Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score d'adaptabilité des soins de santé primaires**

	Score de l'adaptabilité	p
<b>Sexe</b>		
Masculin	18,42±3,69	<b>0,025</b>
Féminin	17,15±3,80	
<b>Marié</b>		
Non	17,97±3,80	0,440
Oui	16,5±1,91	
<b>Religion musulmane</b>		
Non	17,37±4,13	0,100
Oui	18,33±3,49	
<b>Secteur de l'université</b>		
Publique	17,63±3,77	<b>0,016</b>
Privée	19,35±3,49	
<b>Bourse</b>		
Oui	17,46±3,77	<b>0,009</b>
Non	19,01±3,59	
<b>Lieu d'habitat</b>		
À la cité universitaire	18,72±4,07	0,229
En dehors de la cité universitaire	17,80±3,71	

## 6. Les facteurs associés à un meilleur score de sensibilisation aux soins de santé primaires chez les étudiants internationaux :

Aucun facteur significatif n'a été retrouvé comme étant associé à un meilleur score de sensibilisation aux soins de santé primaires chez les étudiants internationaux (toutes les valeurs de p des différentes données socio-démographiques étudiées étaient supérieures à 0,05). (Tableau XVI)

**Tableau XVI: Facteurs socio-démographiques des étudiants internationaux associés à un meilleur score de sensibilisation aux soins de santé primaires**

	Score de la sensibilisation	p
<b>Sexe</b>		
Masculin	16,74±3,31	0,552
Féminin	16,45±3,18	
<b>Marié</b>		
Non	16,66±3,28	0,313
Oui	15±1,41	
<b>Religion musulmane</b>		
Non	16,10±3,42	0,089
Oui	16,93±3,11	
<b>Secteur de l'université</b>		
Publique	16,54±3,16	0,436
Privée	17,02±3,72	
<b>Bourse</b>		
Oui	16,60±3,04	0,874
Non	16,68±3,73	
<b>Lieu d'habitat</b>		
À la cité universitaire	16,37±3,65	0,650
En dehors de la cité universitaire	16,67±3,19	

Aucune corrélation n'a été retrouvée entre divers facteurs socio-démographiques et de l'état de santé des étudiants internationaux et un meilleur score dans les différentes dimensions de l'accès aux soins de santé primaire (tous les coefficients de corrélation étaient proches de 0). (Tableau XVII)

**Tableau XVII: Divers facteurs socio-démographiques et de l'état de santé des étudiants internationaux corrélés à un meilleur score dans les différentes dimensions de l'accès aux soins de santé primaires**

			Accessibilité	Disponibilité	Abordabilité	Acceptabilité	Adaptabilité	Sensibilisation
Variables	Âge	Coefficient de corrélation	0,029*	-0,005*	0,110*	-0,017*	-0,104*	-0,005*
		p	0,697	0,949	0,134	0,819	0,156	0,946
	Temps d'installation au Maroc	Coefficient de corrélation	0,044*	-0,076*	-0,003*	-0,128*	-0,200*	-0,051*
		p	0,549	0,298	0,965	0,081	0,006	0,488
	IMC	Coefficient de corrélation	-0,072*	-0,166*	0,024*	-0,180*	-0,128*	-0,151*
		p	0,327	0,023	0,744	0,013	0,079	0,039
	État de santé	Coefficient de corrélation	0,085*	-0,013*	-0,026*	0,035*	0,115*	0,069*
		p	0,246	0,860	0,720	0,635	0,115	0,346

\*Coefficient de corrélation de Spearman



## DISCUSSION



## I. Résumé des principaux résultats :

Notre objectif principal était de décrire l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux au Maroc en déterminant les barrières auxquelles ils font face pour accéder aux soins et explorer leurs stratégies d'adaptation pour faire face à ces barrières.

Le score moyen du questionnaire sur la perception de l'accès aux soins de santé primaires était de  $63,63 \pm 18,37$ .

La moyenne du score des différentes dimensions du questionnaire est résumée dans le tableau ci-dessous. (Tableau XVIII)

**Tableau XVIII: Résumé des moyennes des différentes dimensions du questionnaire de la perception de l'accès aux soins de santé primaires**

	Accessibilité	Disponibilité	Acceptabilité	Abordabilité	Adaptabilité	Sensibilisation
Échelle	4 à 20	3 à 15	14 à 45	6 à 15	6 à 30	5 à 25
Moyenne	13,46	9,37	29,97	10,96	17,94	16,63
Écart-type	3,43	2,17	5,16	1,86	3,77	3,26

Concernant les barrières d'accès aux soins de santé primaires, les principales barrières retrouvées étaient

- « J'avais des symptômes qui ne me semblaient pas importants » (61,2%)
- « Une durée d'attente trop longue pour obtenir une consultation ou un traitement » (57,9%)
- « Je n'ai pas d'argent » (56,4%) (Tableau XIX)

**Tableau XIX: Les principales barrières à l'accès aux soins de santé primaires retrouvées chez les étudiants internationaux**

	<b>Totalement en désaccord n (%)</b>	<b>En désaccord n(%)</b>	<b>D'accord n(%)</b>	<b>Totalement d'accord n(%)</b>
J'avais des symptômes qui ne me semblaient pas importants	23(12,2)	50(26,6)	<b>99(52,7)</b>	<b>16(8,5)</b>
Une durée d'attente longue pour obtenir une consultation ou un traitement	26(13,8)	53(28,2)	<b>73(38,8)</b>	<b>36(19,1)</b>
Je n'ai pas d'argent	25(13,3)	57(30,3)	<b>77(41,0)</b>	<b>29(15,4)</b>

Pour le score total d'accès aux soins de santé primaires, seule la langue française a été retrouvée comme un facteur associé à un score total plus élevé.

Le secteur de l'université (secteur privé) et le statut de boursier ou non (les non boursiers) ont été retrouvés comme des facteurs associés à un score plus élevé dans les dimensions de la disponibilité et de l'adaptabilité des soins de santé primaires.

Le genre (sexe masculin) a été retrouvé comme un facteur associé à un score plus élevé dans la dimension de l'acceptabilité des soins de santé primaires.

La religion (religion musulmane) a été retrouvée comme un facteur associé à un score plus élevé dans la dimension de la disponibilité des soins de santé primaires. (Tableau XX)



**Tableau XX: Les facteurs associés à un meilleur score d'accès aux soins de santé primaires**

	Facteurs associés	Valeur de p
Score total de l'accès aux soins de santé primaires	La langue française	0,001
Disponibilité	La religion	0,033
	Le secteur de l'université	0,017
	Le statut de boursier ou non	0,039
Adaptabilité	Le genre	0,025
	Le secteur de l'université	0,016
	Le statut de boursier ou non	0,009

## **II. Discussion des principaux résultats :**

### **1. La perception de l'accès aux soins de santé primaires :**

Les résultats de notre étude montrent que la perception de l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux varie en fonction des différentes dimensions de l'accès. En ce qui concerne l'accessibilité, le score moyen perçu, mesuré sur une échelle de 4 à 20, s'est établi à  $13,46 \pm 3,43$ . Bien que ce score soit légèrement au-dessus de la moyenne, il indique la présence de certaines barrières à l'accessibilité des services de santé.

La majorité des participants étaient d'accord avec les affirmations concernant l'accessibilité des services de soins, mais 58,5% des étudiants internationaux trouvent que l'accessibilité aux soins de santé était entravée par le fait que certains services dont ils avaient besoin n'étaient pas disponibles dans le centre de santé. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les centres de santé au Maroc ne dispensent que des services de soins de santé primaires. Si un patient a besoin de soins spécialisés, il sera référé vers une structure de soins de niveau supérieur pour consulter un spécialiste.

La perception de la disponibilité des services de santé chez les étudiants a été évaluée à l'aide d'un score moyen perçu, mesuré sur une échelle de 3 à 15, et qui s'est établi à  $9,37 \pm 2,17$ . La plupart des étudiants ne partageaient pas les affirmations, indiquant ainsi que les équipements et les installations des centres de santé ne répondaient pas à leurs besoins et que l'équipe de personnel soignant n'était pas adaptée au nombre de patients.

Il est important de noter que les constatations de cette étude ne sont pas surprenantes au regard de la situation de pénurie de médecins et autres professionnels de la santé que connaît le Maroc. En 2022, le pays recensait un total de 28 892 médecins, à la fois dans les secteurs public et privé, comparé à 27 881 en 2021. Néanmoins, cette offre demeure insuffisante pour répondre aux besoins d'une population estimée à 37 millions d'habitants. Le ratio de seulement 7,8 médecins pour 10 000 habitants est nettement inférieur aux normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui recommande un ratio de 15,3 médecins pour 10 000 habitant.[19]

De plus, les établissements hospitaliers publics au Maroc font face à un déficit en termes d'équipements médicaux, créant ainsi un environnement peu propice à la prestation de soins de qualité.[19]

Ces contraintes structurelles dans le système de santé marocain se traduisent inévitablement par des obstacles significatifs à l'accès aux soins de santé pour toute la population marocaine y compris les étudiants internationaux.

Le score moyen de l'acceptabilité perçue des services de santé, évalué sur une échelle de 14 à 45, s'est établi à  $29,97 \pm 5,16$ . Ce score reflète clairement la présence de multiples contraintes au sein de cette dimension. De fait, les étudiants ont exprimé en grande majorité leur désaccord face à diverses questions liées à l'acceptabilité des services de santé. Par exemple,

- La disponibilité des professionnels de santé : 61,2% des étudiants ne sont pas d'accord que les professionnels de santé consacrent suffisamment de temps à leur prise en charge ;
- La prise en compte des préférences de genre : 78,7% des étudiants estiment que leur demande d'être pris en charge par un professionnel de santé du même sexe n'est pas prise en considération ;
- La sensibilité culturelle : 62,3% des étudiants considèrent que les professionnels de santé ne sont pas familiers avec leur culture et ne communiquent pas de manière appropriée.

Ces résultats corroborent les constatations d'autres études, notamment celle de Roberta Rayan et al en 2016. Le manque de compréhension de l'organisation du système de santé et des différences culturelles constitue un obstacle significatif à l'accès complet et à l'utilisation des services de santé par les étudiants internationaux.[20]

Dans le cadre d'une étude qualitative portant sur la perception des prestataires de santé concernant la disponibilité, l'accessibilité et l'adéquation des services de santé pour les immigrés hispaniques à Philadelphie, il a été observé que le manque de prestataires de santé bien formés, culturellement compétents et correspondant sur le plan ethnique réduisait l'adéquation des services de santé pour les clients immigrés hispaniques.[21]

Le système de santé marocain suit un circuit précis pour l'accès aux soins. Conformément à ce circuit, tout patient doit d'abord se tourner vers un centre de soins primaires, sauf en cas d'urgence où il peut se rendre directement aux urgences hospitalières. En cas de besoin de soins spécialisés, de chirurgie ou d'examens complémentaires tels que des radiographies, scanners ou Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), le patient est référé vers des établissements de soins de niveau supérieur, notamment les hôpitaux et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de 3ème niveau.[9]

Comparativement, la Norvège a un système de santé universel qui garantit que tous les résidents ont le droit à des soins de santé de base de haute qualité. Les soins de santé primaires, tels que les visites chez le médecin généraliste et les soins infirmiers, sont largement accessibles à la population. Les patients sont encouragés à consulter d'abord leur médecin généraliste pour des problèmes de santé non urgents. Le médecin généraliste peut ensuite référer les patients à des spécialistes si nécessaire. Même s'ils existent l'assurance maladie et des couvertures complémentaires qui garantissent que les soins de santé de base sont pris en charge, y compris les consultations chez le médecin généraliste, les médicaments sur ordonnance et certains soins dentaires, il faut savoir que cette prise en charge notamment chez le médecin généraliste n'est pas couverte à 100% par l'assurance maladie et que le patient doit contribuer une petite part d'environ 15 euros[22] contrairement au Maroc où les soins de santé primaires sont gratuits.

Les centres de santé de première ligne offrent principalement des services de santé primaire, notamment des consultations de médecine générale, des soins infirmiers, un suivi de la santé maternelle et infantile, des services d'urgence médicale de proximité, ainsi que l'accès à des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose et le VIH/Sida. Il convient de noter que les services dispensés dans ces centres de santé sont gratuits, y compris les accouchements à l'hôpital.[9]

Ces dispositions expliquent en partie les résultats de notre étude, où une majorité d'étudiants internationaux consultent en premier lieu un médecin généraliste (60,1%) lorsqu'ils présentent des problèmes de santé. De plus, 58% des participants étaient d'accord pour dire qu'ils bénéficiaient de services de soins spécialisés conformément aux recommandations de leur médecin généraliste. Cette approche permet de réduire les barrières financières, souvent rencontrées dans la dimension de l'abordabilité. Pour renforcer l'accès aux soins de santé pour les étudiants universitaires, l'Office National des Œuvres Universitaires Sociales et Culturelles au Maroc (ONOUSC) met à disposition dans toutes les résidences universitaires au moins un Centre Médico-Social Universitaire (CMSU) de premiers soins.

Ces CMSU offrent des services gratuits, dirigés par des équipes médicales compétentes composées de médecins et d'infirmières. Ils fournissent des consultations médicales à la demande, dirigent les étudiants vers des consultations spécialisées, assurent des soins infirmiers, suivent les patients atteints de maladies chroniques, offrent un soutien en santé physique, mentale et sociale, dispensent des informations en matière de santé, effectuent des examens médicaux systématiques, proposent des consultations en dermatologie et des dépistages dentaires, et supervisent l'aptitude physique des étudiants sportifs. En outre, ces CMSU prennent en charge la vaccination des étudiants.[23]

En ce qui concerne l'assurance maladie, depuis 2005, le Maroc a mis en place l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Initialement destinée aux employés des secteurs public et privé, cette assurance a été étendue en septembre 2015 aux étudiants de l'enseignement post-secondaire, ajoutant environ 260 000 bénéficiaires supplémentaires. Alors que l'AMO est gratuite pour les étudiants inscrits dans le secteur public, les étudiants du secteur privé doivent verser une cotisation annuelle de 400 Dh (36,70 €) pour bénéficier des avantages offerts par l'AMO, notamment la prise en charge totale ou partielle des consultations médicales, de l'hospitalisation, de la chirurgie, des soins dentaires, et le remboursement jusqu'à 70 % du coût des médicaments.[24] Comme le Maroc, l'assurance maladie des étudiants internationaux en France est gérée par le régime de la Sécurité sociale française. Conformément à la législation française, les étudiants internationaux de moins de 28 ans qui viennent en France pour étudier sont tenus de s'inscrire à ce régime. Les frais médicaux de base, y compris les consultations médicales et les médicaments, sont partiellement pris en charge par la Sécurité sociale française, généralement à hauteur de 70% des coûts. Les étudiants internationaux doivent avancer les frais médicaux et demander un remboursement par la suite. De plus, de nombreux étudiants internationaux souscrivent une mutuelle complémentaire (ou assurance santé privée) en plus de l'assurance maladie de base.

Cette mutuelle vise à couvrir les frais médicaux non remboursés par la Sécurité sociale, tels que les 30% restants des frais médicaux de base, les soins dentaires, l'optique, et d'autres prestations médicales. Les mutuelles peuvent varier en termes de coût et de couverture, en fonction des besoins individuels des étudiants.[25]

Toutefois, malgré ces améliorations, le coût des soins reste un obstacle pour 68,81% des étudiants, reflétant des difficultés similaires signalées dans des études précédentes comme celle de Martin et ses collègues qui ont montré que l'utilisation des services de santé par les étudiants internationaux présente des difficultés, principalement d'ordre financier et linguistique[26] . En France, le constat est le même. Depuis 1999, l'Union Nationale des Sociétés Étudiantes Mutualistes (USEM) renouvelle tous les deux ans une enquête nationale sur la santé des étudiants. Ses enquêtes permettent de suivre l'évolution de la perception de l'état de santé des étudiants, et elles s'organisent autour de différents thèmes : conditions de vie et de santé de l'étudiant, consommation de toxiques, perception par l'étudiant de son état de santé, profil socio démographique de la population étudiante. L'enquête « Santé des étudiants » de 2011 a conclu que les étudiants ayant quitté le logement familial comptent plus de difficultés pour accéder aux soins notamment le renoncement aux soins pour raisons financières malgré l'existence de la sécurité sociale pour étudiants.[27] Les coûts indirects, tels que les frais de transport pour se rendre dans un centre de santé pour les étudiants ne vivant pas dans une résidence universitaire où le CMSU est disponible (84,6% dans notre étude) , et les dépenses personnelles pour des médicaments indisponibles dans les centres de santé, peuvent constituer des barrières financières pour les étudiants.

Les résultats de notre étude révèlent une évaluation de l'adaptabilité perçue avec un score moyen de  $17,94 \pm 3,77$  sur une échelle de 6 à 30. Ce score témoigne du désaccord des étudiants concernant certaines affirmations relatives à l'adaptabilité. En effet, la majorité des participants ne sont pas d'accord avec plusieurs aspects, notamment :

- La prise de rendez-vous : 63,8% des participants considèrent que prendre un rendez-vous dans un centre de santé n'est pas aisé ;
- Le temps d'attente : 72,3% des participants estiment que le temps d'attente pour recevoir les services nécessaires n'est pas raisonnable ;
- La communication avec l'équipe soignante par téléphone : 84% des participants pensent qu'ils ne peuvent pas discuter de leurs problèmes de santé et de l'évolution de leur état avec l'équipe soignante par téléphone ;
- Les horaires de travail des centres de santé : 60,2% des participants considèrent que les horaires de travail des centres de santé ne sont pas adaptés pour bénéficier de leurs services ;
- L'adéquation de l'espace du centre de santé : 58% des participants estiment que l'espace du centre de santé n'est pas approprié pour la prestation de services de santé ;
- L'accessibilité d'équipements tels que les fauteuils roulants et les déambulateurs : 70,7% des participants ne trouvent pas ces équipements accessibles dans le centre de santé.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats. Les horaires de travail des centres de santé correspondent généralement aux heures de cours des étudiants, ce qui peut expliquer en partie pourquoi la majorité d'entre eux jugent ces horaires inadéquats. Ceci rejoint les conclusions d'autres études comme celle de Charlotte Tang et al aux États-Unis[28]

En outre, la littérature scientifique révèle des résultats similaires. Par exemple, une étude menée par Lai et al. sur les immigrés sud-asiatiques vieillissants à Calgary, Canada, a identifié diverses barrières entravant l'accès aux soins. Parmi ces barrières, 58,5% des répondants ont cité la longue durée d'attente comme un obstacle, 17,1% ont jugé les horaires de travail peu pratiques, 48,8% ont estimé que les professionnels de santé étaient trop occupés, 38,7% ont trouvé que les procédures d'utilisation des services étaient compliquées, et 20,3% n'étaient pas satisfaits des services de santé.[29]

La littératie en santé est une notion qui renvoie à la capacité d'un individu à localiser, expliquer, évaluer et interpréter des informations relatives à la santé, ainsi qu'à utiliser ces informations pour prendre des décisions en rapport avec sa propre santé. Plusieurs facteurs influencent le niveau de connaissance en matière de santé, dont le niveau d'éducation, la race, l'ethnie, l'âge et le revenu.[30]

L'évaluation de la littératie en santé parmi la population étudiante a révélé divers outils, principalement axés sur les compétences en lecture et en calcul. Les résultats de ces recherches indiquent généralement que les étudiants de l'enseignement supérieur obtiennent des scores plus élevés lorsqu'ils sont soumis à des tests de compétence en matière de santé. Cependant, il est important de noter que le niveau d'éducation ne garantit pas nécessairement une meilleure compréhension des informations de santé. Certains individus ayant un niveau d'éducation élevé peuvent encore rencontrer des difficultés à saisir les informations médicales. Cela peut s'expliquer par le fait que les tests prennent en compte les modèles culturels de la population évaluée. Lorsque la culture est prise en compte, la compréhension s'améliore, et cela peut influencer la décision d'un étudiant à recourir aux services de santé.[30]

Ces observations peuvent aider à expliquer les résultats de notre étude concernant la dimension du niveau de conscience. En dépit d'un score moyen de niveau de conscience perçu légèrement supérieur à la moyenne ( $16,63 \pm 3,26$  sur une échelle de 5 à 25), la majorité des étudiants n'étaient pas d'accord avec la plupart des affirmations relatives au niveau de conscience en santé. Parmi les principaux constats:

- L'éducation sanitaire : 54,8% des participants ne trouvent pas que l'éducation sanitaire dispensée au centre est facile à comprendre ;
- La communication des professionnels de santé : 54,2% des participants estiment que la communication des professionnels de santé (médecins, infirmiers, sage-femmes, etc.) avec les usagers n'est pas appropriée ;



- L'accessibilité des informations : 56,9% des participants sont d'accord sur le fait que les informations dont ils ont besoin ne sont pas exprimées dans un langage simple sans utilisation de termes compliqués ;
- La compréhension des informations : 50,5% des participants pensent que les professionnels de santé ne font pas suffisamment d'efforts pour s'assurer que les usagers ont bien compris les informations médicales fournies ;
- La prise en compte des conditions de vie : 69,1% des participants ne sont pas d'accord sur le fait que leurs conditions de vie, telles que l'état civil, la capacité de payer et les spécificités culturelles, sont prises en compte dans le cadre des services de santé.

En somme, ces résultats suggèrent que, malgré un niveau de conscience perçu relativement élevé, les étudiants considèrent que l'éducation sanitaire, la communication avec les professionnels de santé et l'accessibilité des informations nécessitent des améliorations. Une attention particulière aux aspects culturels et linguistiques pourrait contribuer à une meilleure compréhension des informations de santé et encourager davantage d'étudiants à recourir aux services de santé de manière éclairée.

**Tableau XXI: Les différentes perceptions d'accès aux soins de la population migrantes dans le monde**

Auteur	Pays	Population	Année	Échantillon	Résultats
Haince et al[9]	Maroc	Migrants	2020	26	Système de soins marocain bien structuré
Roberta Ryan et al[20]	Australie	Étudiants internationaux	2016	603	-Difficultés de navigation du système de soins -Difficultés culturelles
Martin et al[26]	USA	Étudiants internationaux	2017	19	Difficultés financières et linguistiques
Alice Noblin et al[30]	USA	Étudiants internationaux	2022	30	Bon niveau de littératie en santé
Charlotte Tang et al[28]	USA	Étudiants internationaux	2018	30	-Inadéquation des horaires des services de soins et des cours
Notre étude	Maroc	Étudiants internationaux	2023	188	-Limitations dans la disponibilité, l'adaptabilité et l'acceptabilité -Inadéquation des horaires des services de soins et des cours

## 2. Les facteurs associés à un meilleur accès aux soins de santé primaires :

La disponibilité de données dédiées à l'accès aux soins de santé des étudiants internationaux est notablement limitée dans la littérature existante. Néanmoins, les rares études consacrées à cette population ont réussi à identifier une panoplie de facteurs intrinsèques et extrinsèques associés à l'amélioration de leur accès aux services de santé et à l'augmentation de leur utilisation. Par exemple, une étude menée par Masai et ses collègues avait pour dessein d'explorer l'accès aux soins de santé au sein d'un échantillon d'étudiants internationaux inscrits dans des établissements d'enseignement supérieur situés à Ankara, tout en s'attendant à la détection d'éventuelles barrières entravant une utilisation complète des soins de santé. Les résultats de leur enquête ont mis en évidence que les étudiants ayant résidé en Turquie pendant une période excédant cinq ans bénéficiaient d'un accès amélioré aux services d'urgence, aux soins médicaux généraux et aux soins dentaires.[31]

De plus, le genre est un facteur significatif. Les études menées dans divers pays ont montré que les femmes ont tendance à recourir plus fréquemment aux services de santé, notamment pour des soins préventifs, des services de santé mentale et des consultations médicales régulières. Par exemple, Masai et ses collègues ont examiné les variations spécifiques au genre en ce qui concerne la santé des étudiants internationaux et leur accès aux services de santé. Bien que la plupart des résultats n'aient pas révélé de différences significatives entre les participants masculins et féminins, il a été observé que les étudiantes avaient eu plus fréquemment recours aux soins dentaires et aux services d'urgences. Ces constatations confirment celles rapportées par Skromanis et ses collaborateurs, qui avaient montré que les étudiants de sexe masculin présentaient un moins bon état de santé et étaient moins enclins à solliciter des services de soins de santé[32].

Tout comme relevé par Masai et ses collègues et Skromanis et ses co-auteurs, notre étude a également identifié le genre comme un facteur influençant l'accès aux soins de santé.

En effet, les étudiants de sexe masculin ont obtenu des scores plus élevés dans la dimension de l'adaptabilité des soins de santé primaires que leurs homologues féminins avec un  $p=0,025$ .

Le pays d'origine peut également influencer l'accès aux soins. En effet, les expériences antérieures en matière de soins de santé dans le pays d'origine des étudiants internationaux ou des migrants en général ainsi que les systèmes de santé dans lesquels ils évoluent, influencent les perceptions et les attentes des individus en matière de soins de santé. Cela affecte leur satisfaction à l'égard des services de santé dans le pays d'accueil et, par conséquent, détermine les types de soins de santé qu'ils recherchent dans ces services. C'est ce qui a été retrouvé dans plusieurs études dans le passé concernant les facteurs associés à l'accès aux soins des migrants[35].

Bien que certains des résultats rapportés par les auteurs précités correspondent à notre étude, des différences notables existent. Dans notre recherche, nous avons exploré les facteurs associés à un score total perçu plus élevé en matière d'accès aux soins de santé en effectuant des analyses bivariées avec diverses variables. Le principal facteur qui a montré une valeur significative était la maîtrise de la langue française ( $p=0,001$ ). Les étudiants qui parlaient couramment le français avaient une perception plus favorable de l'accès aux soins de santé, suggérant ainsi moins de difficultés de communication avec les professionnels de la santé. Cette conclusion peut être considérée comme logique, car le français reste l'une des langues officielles au Maroc notamment dans l'enseignement supérieur, et la maîtrise de cette langue est une condition d'admission dans les universités. De plus, les étudiants originaires de pays où le français n'est pas la langue officielle suivent six mois de cours de français avant le début de leurs études supérieures.

Par ailleurs, la maîtrise de la langue du pays d'hôte n'est pas forcément associée à un meilleur accès aux soins.

En effet, dans une étude menée aux États-Unis sur les étudiants internationaux concernant les obstacles qu'ils ont perçus dans l'utilisation du nouveau système de soins de santé et les solutions alternatives qu'ils ont utilisées pour surmonter ces obstacles, Charlotte Tang et al ont montré que leur participants ont également été confrontés à des barrières linguistiques et de communication, bien qu'ils aient reçu une éducation supérieure aux États-Unis en Anglais. Ils n'étaient pas familiers avec la terminologie et le langage utilisés dans les soins de santé. Ce qui peut empêcher de consulter un médecin, car les étudiants pensaient que le médecin serait probablement un locuteur natif et qu'ils ne seraient peut-être pas en mesure d'exprimer clairement leurs préoccupations en matière de santé[28]. Toujours dans l'étude de Charlotte Tang, le coût élevé des services de santé aux États-Unis était un facteur associé à l'accès et l'utilisation des services de soins malgré l'existence d'une assurance maladie[28]. Les soins de santé primaire étant gratuits au Maroc, cela aurait pu entraîner une absence d'association entre le niveau économique des étudiants et l'accès aux soins de santé.

Outre cela, la dimension religieuse, l'établissement universitaire fréquenté et le statut de boursier des étudiants internationaux ont été identifiés comme des facteurs corrélés à un accès amélioré aux soins de santé dans diverses dimensions au sein de notre étude. Plus précisément, concernant la disponibilité des services de soins de santé primaires, les étudiants de confession musulmane ont obtenu des scores supérieurs par rapport à leurs pairs non affiliés à cette religion. De plus, ceux fréquentant une université privée et ne bénéficiant pas d'une bourse affichaient des scores plus élevés en ce qui concerne la disponibilité et l'adaptabilité des soins de santé primaires.

Bien qu'ils n'aient pas été explorés dans cette étude, le contexte culturel et l'ethnicité jouent un rôle important dans la production de croyances sociales sur la santé et la maladie, l'interprétation des symptômes, la perception des besoins en matière de santé et la reconnaissance de l'importance de recevoir des soins de santé précoces[35,36].

**Tableau XXII: Les différents facteurs associés à l'accès aux soins de la population migrante dans le monde**

Auteurs	Pays	Population	Année	Échantillon	Facteurs associés aux soins
Masai et al[31]	Turquie	Étudiants internationaux	2021	535	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La durée du séjour</li> <li>• Le genre</li> </ul>
Sarah Skromanis et al[32]	Australia	Étudiants internationaux asiatiques et les étudiants nationaux	2018	1395	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le genre</li> </ul>
Charlotte Tang et al[28]	USA	Étudiants internationaux	2018	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La langue</li> <li>• Le coût des soins</li> </ul>
Kwok et al[33]	Australia	Femmes d'origine asiatique	2007	20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pays d'origine</li> </ul>
Ivanov et al[34]	USA	Femmes originaires de l'ancienne union soviétique	2001	31	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pays d'origine</li> </ul>
Anderson et al [35]	USA	Revue de la littérature	2003	6 études	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le contexte culturel – L'ethnicité</li> </ul>
Notre étude	Maroc	Étudiants internationaux	2023	188	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La langue</li> <li>• La religion</li> <li>• Le genre</li> <li>• Le secteur de l'université</li> <li>• Le statut de boursier ou non</li> </ul>

### 3. Les barrières à l'accès aux soins de santé primaires :

Dans notre étude, nous avons catégorisé les barrières à l'accès aux soins en utilisant la classification HCAB, en les divisant en barrières structurelles, cognitives et financières. En ce qui concerne les barrières cognitives, la seule barrière identifiée par une majorité d'étudiants (61,2 %) était "J'avais des symptômes qui ne me semblaient pas importants". Ce constat rejoint les conclusions de Skromanis et al., qui ont montré que les étudiants internationaux percevaient leurs problèmes de santé comme mineurs et estimaient qu'ils pouvaient gérer leurs problèmes de santé par eux-mêmes.[32] D'autres études antérieures ont également montré que les étudiants internationaux hésitent à recourir aux services de santé et retardent souvent les visites médicales lorsqu'ils sont malades.[31,37]

En ce qui concerne les barrières structurelles, la principale barrière identifiée était la longue attente pour recevoir des soins (57,9 %). Le manque de personnel de santé, la surcharge de travail, le manque de motivation et l'insatisfaction des professionnels de la santé publique, telles que rapportées par Adeline Boughnisa dans son mémoire sur l'accès aux soins des migrants subsahariens au Maroc[13], pourraient expliquer ces obstacles. De plus, ces résultats correspondent aux conclusions de nombreuses études sur les obstacles à l'accès aux soins de la population migrante.[29,37] En ce qui concerne les barrières financières, 56,4 % des étudiants ont identifié "Je n'ai pas d'argent" comme une barrière à l'accès aux soins. Bien que les soins de santé primaires soient gratuits dans les centres de santé au Maroc, ce résultat peut s'expliquer par les frais indirects liés à l'accès, tels que le coût du transport pour se rendre au centre de santé ou l'achat de médicaments non disponibles dans les centres de santé. De plus, 33,9 % des étudiants ont déclaré s'être d'abord rendus dans une clinique privée lorsqu'ils avaient besoin de soins, ce qui peut s'expliquer par un manque d'informations et d'orientation dans le système de soins marocain. Cela a entraîné des coûts, malgré l'existence de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), car il faut avancer les frais avant d'être remboursé.

Ce processus met en lumière les limites de l'AMO car même si les frais de soins seront remboursés, un étudiant peut se retrouver dans l'incapacité de payer ses soins au départ, ce qui peut entraver son accès aux soins. Dans une étude menée aux États-Unis sur les pratiques de

maintien de la santé et les expériences en matière de soins de santé chez les étudiants universitaires internationaux, Suzanne Martin et al. ont également constaté que de nombreux participants rencontraient des difficultés financières pour accéder aux soins de santé notamment les frais de souscription à une assurance maladie.[26] Même si le système de santé des États-Unis diffère de celui du Maroc et que les modalités de l'assurance sont différentes, il est clair que les difficultés financières constituent une barrière à l'accès aux soins pour la population étudiante, comme le montrent les deux études.

**Tableau XXIII: Les différentes barrières à l'accès aux soins de la population migrante dans le monde**

Auteurs	Pays	Population	Année	Échantillon	Barrières
Sarah Skromanis et al[32]	Australie	Étudiants internationaux asiatiques et les étudiants nationaux	2018	1395	• Barrière cognitive (peur du stigma)
Lai et al[29]	Canada	Immigrés asiatiques	2007	329	• Barrières structurelles (longue durée d'attente, horaires de travail peu pratiques, etc..)
Masai et al[31]	Turquie	Étudiants internationaux	2021	535	• Barrières cognitives(hésitation, retard)
Menon et al[37]	Inde	Étudiants en médecine	2014	461	• Barrières cognitives (hésitation, retard)
Boughnisa et al [13]	Maroc	Migrants sub-sahariens	2018		• Barrières structurelles (manque de personnel, manque de motivation du personnel, etc)
Martin et al[26]	USA	Étudiants internationaux	2016	19	• Barrières financières et linguistiques
Notre étude	Maroc	Étudiants internationaux	2023	188	• Barrières cognitives (J'avais des symptômes qui ne me semblaient pas importants) • Barrières structurelles (longue durée d'attente) • Barrières financières



### III. Recommandations :

Afin d'assurer un accès effectif à la santé pour les étudiants internationaux, nous formulons des recommandations qui s'appuient sur l'interprétation de nos résultats.

Tout d'abord, il est essentiel de sensibiliser les étudiants internationaux aux structures et aux ressources disponibles. Cela peut être réalisé en organisant des séances d'information au sein des universités, en distribuant des brochures d'information lors des inscriptions, ou en mettant en place des panels d'experts pour répondre à leurs questions. En effet, comme l'ont montré des études antérieures, les informations que les étudiants internationaux reçoivent sur la recherche et l'accès aux soins de santé pendant leur séjour à l'université peuvent être communiquées lors d'une pratique de socialisation commune[38].

Étant donné le nombre limité d'études sur l'accès aux soins des étudiants internationaux, non seulement au Maroc, mais aussi dans le monde, il est nécessaire de promouvoir la recherche dans ce domaine pour approfondir nos connaissances sur le sujet notamment en effectuant une étude comparative avec la population étudiante marocaine dans le but de juxtaposer nos résultats avec les découvertes ultérieures.

Il serait également bénéfique de former les professionnels de la santé à la prise en charge culturellement et linguistiquement appropriée des patients internationaux. La création de services de santé au sein des établissements d'enseignement supérieur, dotés d'un personnel diversifié, pourrait faciliter l'accès à des soins de santé primaires, en particulier pour les étudiants internationaux. Cette approche favoriserait une prise en charge plus efficace et adaptée à leurs besoins spécifiques. En effet, la recherche médicale et les pratiques éducatives existantes montrent que la compétence culturelle des prestataires de soins de santé peut être améliorée par la formation et l'embauche de prestataires transculturels pour aider à fournir des soins culturellement adaptés aux patients d'origines culturelles diverses[39-41]. Étant donné que les jeux vidéo peuvent faciliter l'immersion des utilisateurs dans une variété de contextes culturels qu'il serait difficile de mettre en place dans le monde réel, nous recommandons de

concevoir des jeux vidéo similaires à CultureCopia pour la formation des compétences transculturelles des infirmières[42] afin d'améliorer la compétence culturelle des prestataires de soins de santé. De cette manière, les nouveaux arrivants se sentiraient plus à l'aise avec des prestataires de soins de santé culturellement compétents lorsqu'ils recherchent une aide médicale dans le nouveau système de soins de santé.

En somme, en suivant ces recommandations, nous pouvons contribuer à garantir un accès équitable et effectif aux soins de santé pour les étudiants internationaux.

#### **IV. Limites et avantages :**

La période d'envoi du questionnaire, y compris les relances, s'est étendue sur plusieurs mois qui n'étaient pas idéaux en termes de calendrier étudiant. En effet, de juin à août, les étudiants étaient concentrés sur leurs derniers examens de rattrapage et profitaient de leurs vacances. Par conséquent, cette période n'était peut-être pas la plus propice pour obtenir un grand nombre de réponses de la part des étudiants, qui étaient très occupés et peu enclins à consacrer du temps à un questionnaire potentiellement chronophage. De plus l'utilisation du questionnaire comme outil de collecte de données est une limite dans la quête de la perception réelle de l'accès aux soins car les réponses peuvent être considérées comme subjectives et limitées en rapport avec les différentes questions.

Notre étude se distingue par son caractère novateur, étant la première enquête réalisée au Maroc sur l'accès aux soins de santé primaire des étudiants internationaux. Elle s'inscrit dans le cadre du plan stratégique santé et immigration du ministère marocain de la santé et de la protection sociale. De plus, notre étude présente un échantillon relativement représentatif, avec des participants originaires de diverses contrées du monde et résidents dans différentes villes du Maroc, chacun apportant des perspectives différentes.



## CONCLUSION



L'accès aux soins et l'amélioration de l'expérience de soins des migrants au Maroc demeure une priorité pour le gouvernement marocain. Ainsi, dans son plan stratégique national santé immigration, le ministère de la santé a appelé les services de santé publique à renforcer les recherches sur la santé de la population migrante. C'est dans cet élan que nous avons décidé de mener une étude pour décrire les modalités d'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux au Maroc et d'identifier les barrières entravant leur accès aux soins.

D'après les résultats de notre enquête, l'accès aux soins de santé primaires des étudiants se trouve limité dans plusieurs dimensions. En effet, même si les services et les prestations de soins restent disponibles, accessibles et abordables, le manque d'information et d'orientation, la qualité des soins et les problèmes de communication empêchent les étudiants d'accéder pleinement aux services de soins. De plus, les étudiants se heurtent plus souvent à des barrières cognitives et structurelles que financières. Par conséquent, les données obtenues montrent la nécessité de fournir des services de santé ciblés aux étudiants internationaux au Maroc, et elles serviront de base à la mise en place de ces services. En particulier, elles appellent à davantage de campagnes de sensibilisation parmi les étudiants internationaux sur la manière, le moment, le lieu et la personne auprès de laquelle certains services liés à la santé peuvent être obtenus. Cette étude offre aux décideurs politiques et aux administrateurs d'hôpitaux un aperçu des expériences vécues par les étudiants internationaux, dont la plupart n'ont pas de moyen direct de faire part de leurs commentaires aux principaux décideurs. Cela dit, les efforts déployés par le gouvernement marocain pour inclure les étudiants internationaux dans le parcours de soins sont louables et permettent à des milliers d'étudiants de bénéficier d'un accès amélioré aux soins de santé.

Afin d'aborder de façon complète la question de l'accès aux soins des étudiants, une approche qualitative à travers des interviews est en cours de réalisation pour obtenir des informations détaillées et en profondeur sur les expériences, les perceptions et les défis spécifiques rencontrés par les étudiants internationaux en matière d'accès aux soins de santé.



# ANNEXES



## Annexe 1 : Questionnaire sur la perception de l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux au Maroc

### La perception de l'accès aux soins de santé primaire des étudiants internationaux au Maroc/ International students' perceptions about access to primary healthcare in Morocco

Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre d'une étude portant sur l'accès aux soins des étudiants internationaux au Maroc.

Ce travail est encadré par le département de santé publique et de médecine communautaire de la FMPM.

Les investigateurs:

Dr Essoli: [samiraessolifmpm@gmail.com](mailto:samiraessolifmpm@gmail.com)

M. Papa El-hadji Kéba Ciré TOURE: [papakebatoure09@gmail.com](mailto:papakebatoure09@gmail.com)

Ce questionnaire est anonyme, et vos données sont confidentielles.

Temps estimé de : 10 minutes

Nous vous remercions pour votre participation.

This questionnaire was developed as part of a study about access to healthcare for international students in Morocco.

This work is supervised by the FMPM Department of Public Health and Community Medicine.

Investigators:

Dr Samira ESSOLI [samiraessolifmpm@gmail.com](mailto:samiraessolifmpm@gmail.com)

Mr Papa El hadji

Keba Cire TOURE [papakebatoure09@gmail.com](mailto:papakebatoure09@gmail.com)

This questionnaire is anonymous, and your data is confidential.

Estimated time : 10 minutes

We thank you for your participation

---

\* Indique une question obligatoire

1. Je consens à participer à cette étude/I consent to participate in this study \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

Section sans titre

2. Vous préférez continuer en / Would you like to continue in \*

*Une seule réponse possible.*

Français/French

Anglais/English *Passer à la question 75*

**Caractéristiques socio-démographiques**

3. Quel est votre âge? \*

\_\_\_\_\_

4. Êtes-vous ...? \*

*Une seule réponse possible.*

Femme

Homme

5. Quelle est votre nationalité? \*

\_\_\_\_\_

6. Quelle est votre situation matrimoniale? \*

*Une seule réponse possible.*

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

7. Quelle est votre religion?

*Une seule réponse possible.*

Musulmane

Chrétienne

Juive

Autre : \_\_\_\_\_

8. Quelles sont les langues que vous parlez? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

Français

Anglais

Arabe

Autre : \_\_\_\_\_



9. Quelle est votre origine ethnique? \*

*Une seule réponse possible.*

- Maghrébin
- Sub-saharien
- Moyen-orient
- Caucasien
- Asiatique
- Autre : \_\_\_\_\_

10. Depuis combien d'années êtes-vous installé au Maroc? \*

\_\_\_\_\_

11. Dans quelle ville habitez-vous au Maroc? \*

\_\_\_\_\_

12. Dans quelle université faites-vous vos études au Maroc? \*

\_\_\_\_\_

13. Est-ce une université privée ou publique? \*

*Une seule réponse possible.*

- Privée
- Publique

14. Quelle est votre filière d'études? \*

\_\_\_\_\_

15. Où habitez-vous? \*

*Une seule réponse possible.*

- À la cité universitaire/ au campus de l'université
- En dehors de la cité universitaire/ en dehors du campus de l'université

16. Avec qui habitez-vous? \*

*Une seule réponse possible.*

- Seul
- Des colocataires
- La famille
- Autres

17. Est-ce que vous recevez une bourse d'études supérieures? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

**Etat de santé et habitudes de vie**

18. Quel est votre poids? \*

\_\_\_\_\_

19. Quelle est votre taille en centimètres? \*

\_\_\_\_\_

20. Est-ce que vous êtes tabagique? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

21. Est-ce que vous êtes alcoolique? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

22. Est-ce que vous avez une maladie chronique? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

23. Comment évalueriez-vous votre état de santé sur une échelle de 1 à 10? \*

\_\_\_\_\_

24. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre état de santé? \*

*Une seule réponse possible.*

Pas du tout satisfait

Plutôt insatisfait

Plutôt satisfait

Tout à fait satisfait

**La perception de l'accès aux soins de santé primaire**

Veillez lire attentivement et exprimer votre degré d'accord concernant les affirmations suivantes

25. 1-Les services dont j'ai besoin sont dispensés au niveau du centre de santé \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

26. 2- La distance entre le centre de santé et ma maison est raisonnable \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

27. 3- Le temps nécessaire pour atteindre le centre de santé est raisonnable \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

28. 4- Aller et revenir du centre de santé est facile pour moi \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

29. 5- Les services dont j'ai besoin ( vaccination, visite médicale, planification familiale, la santé de la mère et de l'enfant, les injections, etc...) sont disponibles au centre de santé \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

30. 6- Les locaux et les équipements du centre de santé répondent aux besoins de la population \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

31. 7- L'effectif du personnel soignant est adapté au nombre de la population et à leurs besoins \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

32. 8- La qualité des services dispensés au niveau du centre est acceptable \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

33. 9- Le personnel du centre de santé répond aux besoins de la population de diverses façons notamment en les orientant vers les associations, clubs musicaux, sportifs, etc... \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

34. 10- Les professionnels de santé écoutent attentivement ce que j'ai à dire \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

35. 11- Les professionnels de santé me consacrent assez de temps \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

36. 12- Je fais confiance aux avis de l'équipe soignante (médecins, infirmières, sage-femmes, etc...) concernant mon état de santé \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

37. 13- Ma demande d'être pris en charge par un personnel soignant du même sexe que moi est prise en considération \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

38. 14- J'accepte les services de dépistage/diagnostic précoce comme le dépistage du cancer ou les maladies sexuellement transmissibles \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

39. 15- L'équipe soignante du centre de santé est respectueuse \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord



40. 16- Les professionnels de santé (médecins, infirmiers, sage-femmes, etc...) sont familiers avec la culture de la population et communiquent avec eux de façon appropriée \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

41. 17- Pour résoudre mon problème de santé, je consulte d'abord un médecin généraliste \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

42. 18- Je bénéficie des services de soins spécialisés selon les recommandations du médecin généraliste \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

43. 19- Le coût des soins est une barrière à l'usage des services de santé \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

44. 20- C'est facile de prendre un rendez-vous au centre de santé \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

45. 21- Le temps d'attente pour recevoir les services dont j'ai besoin est raisonnable \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

46. 22- Je peux discuter de mes problèmes de santé et de l'évolution de mon état par téléphone avec l'équipe soignante en personne \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

47. 23- Les horaires de travail du centre de santé sont adaptés pour bénéficier de leur service \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

48. 24- L'espace du centre de santé est adapté pour recevoir les services de santé \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

49. 25- Certains équipements tels que les fauteuils roulants et les déambulateurs, etc... \*  
sont accessibles dans le centre de santé

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord  
 Pas d'accord  
 Neutre  
 D'accord  
 Tout à fait d'accord

50. 26- L'éducation sanitaire qui m'est donné au centre est facile à comprendre \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord  
 Pas d'accord  
 Neutre  
 D'accord  
 Tout à fait d'accord

51. 27- Les informations dont j'ai besoin sont exprimées dans un langage simple sans \*  
utiliser des mots compliqués

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord  
 Pas d'accord  
 Neutre  
 D'accord  
 Tout à fait d'accord

52. 28- La communication des professionnels de santé (médecins, infirmières, sages-femmes, etc...) avec la population est appropriée \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

53. 29- Les professionnels de santé s'assurent que j'ai bien compris les informations sanitaires fournies \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

54. 30- Mes conditions de vie sont prises en compte tels que mon état civil, la capacité de payer et les spécificités culturelles \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Neutre
- D'accord
- Tout à fait d'accord

■ **Le système de soins au Maroc**

55. Avez-vous déjà été en situation de demande de soins au Maroc? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non    *Passer à la question 59*

***The health care system in Morocco***

56. Où êtes-vous parti en premier? \*

*Une seule réponse possible.*

- Centre de santé
- Urgences
- Clinique privée
- Pharmacie
- Autre : \_\_\_\_\_

57. Comment jugeriez-vous cette expérience? \*

*Une seule réponse possible.*

- Pas du tout satisfaisante
- Pas satisfaisante
- Satisfaisante
- Très satisfaisante

58. Pourriez-vous expliquer votre réponse précédente?

---

---

---

---

---

***The health care system in Morocco***

59. Existe-t-il une structure de santé dans la zone où vous habitez? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

60. Quelles sont les alternatives auxquelles faites-vous recours lorsque vous avez un problème de santé?

---

---

---

---

---

***Barrières à l'accès aux soins***

Veillez exprimer votre degré d'accord sur les affirmations suivantes concernant vos barrières d'accès aux soins de santé primaire au Maroc

61. J'avais des symptômes qui ne me semblaient pas importants \*

*Une seule réponse possible.*

- Totalement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Totalement d'accord

62. Je n'ai pas eu le temps \*

*Une seule réponse possible.*

- Totallement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Totallement d'accord

63. Je ne savais pas où aller \*

*Une seule réponse possible.*

- Totallement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Totallement d'accord

64. Je n'avais pas d'argent \*

*Une seule réponse possible.*

- Totallement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Totallement d'accord

65. Ma famille/mes amis m'ont découragé(e) \*

*Une seule réponse possible.*

- Totallement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Totallement d'accord



66. Les professionnels ne comprennent pas ma langue \*

*Une seule réponse possible.*

- Totallement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Totallement d'accord

67. Je voulais résoudre le problème moi-même \*

*Une seule réponse possible.*

- Totallement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Totallement d'accord

68. J'ai des difficultés de transport \*

*Une seule réponse possible.*

- Totallement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Totallement d'accord

69. Je préfère obtenir des formes alternatives de soins( soins spirituels, traditionnels) \*

*Une seule réponse possible.*

- Totallement en désaccord
- En désaccord
- D'accord
- Totallement d'accord

70. J'ai peur du racisme \*

*Une seule réponse possible.*

- Totalement en désaccord  
 En désaccord  
 D'accord  
 Totalement d'accord

71. Une durée d'attente longue pour obtenir une consultation ou un traitement \*

*Une seule réponse possible.*

- Totalement en désaccord  
 En désaccord  
 D'accord  
 Totalement d'accord

72. Je n'ai pas confiance à la qualité des soins prodigués \*

*Une seule réponse possible.*

- Totalement en désaccord  
 En désaccord  
 D'accord  
 Totalement d'accord

73. Avez-vous rencontré d'autres difficultés pour accéder aux services de soins?

---

---

---

---

---

74. Pourriez-vous nous laisser votre adresse mail ou numéro de téléphone dans l'éventualité de vous contacter pour des entretiens à propos de vos perceptions sur l'accès aux soins?

---

Fin du questionnaire

Merci pour votre participation



# RÉSUMÉS



## Résumé

**Introduction** : La migration est aujourd'hui l'un des principaux enjeux de santé à l'échelle mondiale. Le Maroc attire de plus en plus d'étudiants internationaux dans ses établissements d'enseignement supérieur, ce qui représente un enjeu pour l'accès aux soins de santé. Aucune étude a documenté l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux au Maroc d'où notre intérêt pour ce sujet.

**Objectifs** : Décrire l'accès aux soins de santé primaires des étudiants internationaux au Maroc en identifiant les facteurs associés à l'accès aux soins et les barrières.

**Méthodes**: Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et analytique auprès des étudiants internationaux inscrits dans une université marocaine au cours de l'année scolaire 2022-2023 et ayant séjourné au Maroc durant au moins 1 année. Les étudiants ayant une double nationalité ont été exclus. L'étude s'est déroulée de Juin 2023 à Août 2023. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire développé à partir d'une revue de la littérature, et ont été analysées par le logiciel SPSS version 21.

**Résultats**: Un total de 188 étudiants ont répondu au questionnaire. La moyenne d'âge des participants était de  $23,5 \pm 3$  ans. Les hommes étaient majoritaires avec un sexe ratio homme/femme de 1,6. La majorité des étudiants venait de l'Afrique sub-saharienne (93%) avec une participation plus élevée des étudiants venant du Sénégal (20,2%). Les réponses au questionnaire sur la perception de l'accès aux soins ont montré des limites beaucoup plus dans les dimensions de l'acceptabilité et de l'adaptabilité.

Divers facteurs, notamment la langue, la religion, le genre, le type d'établissement universitaire fréquenté, ainsi que le statut de boursier ou non, ont été identifiés comme étant associés à des scores plus élevés dans différentes dimensions de l'accès aux soins de santé primaires. Les trois principales barrières les plus observées sont: « J'avais des symptômes qui ne me semblaient pas importants »(61,2%); une longue durée d'attente pour obtenir des soins (57,9%) et le manque d'argent (56,4%).

**Conclusion:** L'enquête révèle que l'accès aux soins de santé primaire des étudiants internationaux au Maroc est limité en raison de problèmes tels que le manque d'information, la qualité des soins et les difficultés de communication, qui sont des barrières plus fréquentes que les obstacles financiers.

## Abstract

**Introduction:** Migration is now one of the main global health issues. Moreover, Morocco is attracting more and more international students in higher education institutions, which constitutes a challenge for access to health care. No study has documented access to primary health care for international students in Morocco.

**Objectives:** To describe access to primary health care for international students in Morocco and identifying factors associated to access to care.

**Methods:** We conducted a cross-sectional descriptive and analytical study among international students enrolled in a Moroccan university during the 2022–2023 academic year and who stayed in Morocco for at least 1 year. Students with dual citizenship were excluded. We collected data from June 2023 to August 2023 through a questionnaire developed from a literature review, and were analysed by the SPSS software version 21.

**Results:** A total of 188 students completed the questionnaire. The average age of participants was  $23.5 \pm 3$  years. Sex-ratio male/female was 1.6. The majority of students came from sub-Saharan Africa (93%), and more specially from Senegal (20.2%). The perception of access to care showed much more difficulties in the dimensions of acceptability and adaptability. A variety of factors, including language, religion, gender, type of university attended, as well as scholarship, were identified as being associated with higher scores in different dimensions of access to primary health care. The three most common barriers were: "I had symptoms that didn't seem important to me" (61.2%); long wait times for care (57.9%) and lack of money (56.4%).

**Conclusion:** The survey reveals that access to primary health care for international students in Morocco is limited due to problems such as lack of information, quality of care and communication difficulties, which are more frequent barriers than financial barriers.

## خلاصة

**مقدمة:** المغرب تستقطب، أكثر فأكثر، طلابا دوليين في مؤسسات التعليم العالي، الأمر الذي يمثل رهانا للوصول إلى الرعاية الصحية. ففي هذا المنظور قررنا القيام بدراسة لتقييم الوصول إلى الرعاية الصحية للطلاب الدوليين بالمغرب.

**الأهداف:** وصف الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية للطلاب الدوليين بالمغرب، مع تحديد عقبات الوصول إلى الرعاية الصحية والحاجة إليها.

**المنهج:** قمنا بدراسة مستعرضة ذات اتجاه وصفي عند الطلاب الدوليين المسجلين في جامعة مغربية خلال السنة الدراسية 2022-2023، والمقيمين بالمغرب مدة سنة واحدة على الأقل. الدراسة تمت ما بين يونيو 2023 و أغسطس 2023.

تم أخذ المعطيات بفضل استمارة مطورة من مراجعة أدبية، و تحليلها بواسطة البرنامج

SPSS نسخة 21.

**النتائج:** إجمالي 188 طالبا أجابوا عن الاستمارة. العمر المتوسط هو للمشاركين 23,  $3 \pm 5$  سنين. يشكل الرجال الأغلبية بنسبة الجنس 1,6 رجالا/نساء.

أغلب الطلاب جاؤوا من إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى (93% بمشاركة أعلى من الطلاب القادمين من سنغال. 20,2%)

كانت هناك عوامل عدة، خاصة اللغة، الدين، الجنس، نوع المؤسسة الجامعية المعهودة، وكذلك وضعية المنحة أم غيرها، تم تحديدها بصفقتها تنضم إلى أعلى الأرقام المسجلة في أبعاد مختلفة للوصول إلى العناية الصحية الأساسية

الإجابات عن الاستمارة حول التصور للوصول إلى الرعاية الصحية تبين قصورا أكثر في الاستقبال والإقامة.



بالنسبة للعقبات، فقد تم تحديد ثلاثة رئيسية" : كانت عندي أعراض تبدو غير مهمة (61,2% مدة انتظار طويلة للحصول على الرعاية الصحية (57,9% و العجز المالي 56,4%).

**الخاتمة:** التحقيق كشف أن الوصول إلى الرعاية الصحية الأساسية للطلاب الدوليين بالمغرب محدود بسبب مشاكل، مثل : قلة المعلومات، نوعية الرعاية الصحية و صعوبة التواصل؛ وهي العقبات الأكثر جرياناً من العراقيل المالية.



# BIBLIOGRAPHIE



1. **ONU Migration M de la S.**  
Plan Stratégique National Santé et Immigration 2021–2015.  
*2019.*
2. **Haut commissariat des Nations Unies OM de la santé.**  
Le droit à la santé.  
*2009.*
3. **Organisation des Nations Unies.**  
Normes internationales sur le droit à la santé physique et mentale | OHCHR [Internet].  
[cited 2023 Mar 29].  
Available from: <https://www.ohchr.org/fr/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health>
4. **Bayefsky AF. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. In: Bayefsky A, editor.**  
The UN Human Rights Treaty System in the 21 Century [Internet]. Brill | Nijhoff; 2000  
[cited 2023 Mar 28]. p. 451–8.  
Available from:  
[https://brill.com/view/book/edcoll/9789004502758/B9789004502758\\_s044.xml](https://brill.com/view/book/edcoll/9789004502758/B9789004502758_s044.xml)
5. **Fatimata Pilabre FP.**  
Accès aux soins de santé: expérience de migrants sans assurance maladie à Montréal, Canada.  
*2018.*
6. **Waters HR.**  
Measuring equity in access to health care. Social Science & Medicine.  
*2000 Aug;51(4):599–612.*
7. **Hoseini–Esfidarjani SS, Negarandeh R, Delavar F, Janani L.**  
Psychometric evaluation of the perceived access to health care questionnaire. BMC Health Serv Res.  
*2021 Dec;21(1):638.*

8. **World Health Organization, Fund (UNICEF) UNC.**  
A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. World Health Organization; 2018 [cited 2023 Mar 30]. Report No.: WHO/HIS/SDS/2018.15.  
*Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>*
9. **Haince MC, Mouro YB, Mansour HA, Ksikes D.**  
Les déterminants socioculturels d'accès à la santé des personnes migrantes au Maroc.
10. **Philip G. Altbach.**  
Trends in Global Higher Education: Tracking an Academic Revolution.  
2009.
11. **Ouhemmou M.**  
International Students, a National Asset or a Poisonous Alumni: An Empirical *Investigation of the Experience of Sub-Saharan Students in Morocco*.  
2020;1.
12. **Étudiants internationaux [Internet].**  
Portail sur les données migratoires. 2023 [cited 2023 Mar 28].  
*Available from: <https://www.migrationdataportal.org/fr/themes/etudiants-internationaux>*
13. **Boughnisa A.**  
L'accès aux soins des migrants subsahariens au Maroc : une analyse de situation *dans le cadre de la mise en œuvre du PSRSI de Casablanca-Settat*. *Santé Publique*.
14. **Cu A, Meister S, Lefebvre B, Ridde V.**  
Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework- a scoping review. *Int J Equity Health*.  
2021 May 7;20:116.
15. **Levesque JF, Harris MF, Russell G.**  
Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of *health systems and populations*. *Int J Equity Health*.  
2013;12(1):18.

16. **Carrillo JE, Carrillo VA, Perez HR, Salas-Lopez D, Natale-Pereira A, Byron AT.**  
Defining and Targeting Health Care Access Barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved.*  
2011 May;22(2):562-75.
17. **Roy Penchansky, J. William Thomas.**  
The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction.  
1981;14.
18. **Gana K, Boudouda NE, Ben Youssef S, Calcagni N, Broc G.**  
Adaptation transculturelle de tests et échelles de mesure psychologiques : guide pratique basé sur les Recommandations de la Commission Internationale des Tests et les Standards de pratique du testing de l'APA. *Pratiques Psychologiques.*  
2021 Sep;27(3):223-40.
19. **Santé Maghreb.**  
Ressources humaines, infrastructures, équipements,... Les derniers indicateurs de la santé chiffrés. 2023 Mai;  
Available from: <http://www.santemaghreb.com/actus.asp?id=34300#haut>
20. **Ben Dowler RR.**  
The wellbeing of international students in the City of Sydney [Internet]. Institute for Public Policy and Governance; 2016.  
Available from:  
[https://www.uts.edu.au/sites/default/files/Research+into+the+Wellbeing+of+International+Students+in+the+City+of+Sydney\\_Final\\_27+July+2016.pdf](https://www.uts.edu.au/sites/default/files/Research+into+the+Wellbeing+of+International+Students+in+the+City+of+Sydney_Final_27+July+2016.pdf)
21. **Martinez-Donate AP, Dsouza N, Cuellar S, Connor G, Zumaeta-Castillo C, Lazo-Elizondo M, et al.**  
Provider perceptions of availability, accessibility, and adequacy of health and *behavioral services for Latino immigrants in Philadelphia: a qualitative study.* *BMC Public Health.*  
2022 Aug 30;22(1):1645.

22. **Ingrid Sperre Saunes MK. Norway:**  
Health System Review [Internet]. World Health Organization; 2020. Available from:  
<https://www.who.int/publications/i/item/HiT-22-1-2020>
23. **Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de l'Innovation.**  
Office National des Oeuvres Universitaires, Sociales et Culturelles [Internet]. Available  
from: [onousc.ma](http://onousc.ma)
24. **Oxford Business Group.**  
Access to healthcare broadens in Morocco. 2016; Available from:  
<https://oxfordbusinessgroup.com/reports/morocco/2016-report/economy/forward-steps-access-to-care-has-broadened-and-infrastructure-improved-but-challenges-remain>
25. **Code de la sécurité sociale [Internet].**  
Légifrance. 2023. Available from:  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006106050/#LEGISCTA000006106050](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006073189/LEGISCTA000006106050/#LEGISCTA000006106050)
26. **Martin S, Dyer J.**  
Health maintenance practices and healthcare experiences among international *university students*. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2017 Nov;29(11):651-7.
27. **Marine Burger.**  
Évaluation des besoins de santé de la population étudiante de l'université Nice *Sophia Antipolis pour la création d'un centre de santé universitaire*. 2013.
28. **Tang C, Gui X, Chen Y, Magueramane M.**  
New to a Country: Barriers for International Students to Access Health Services and Opportunities for Design. In: Proceedings of the 12th EAI International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare [Internet]. New York NY USA: ACM; 2018 [cited 2023 Nov 4]. p. 45-54. Available from:  
<https://dl.acm.org/doi/10.1145/3240925.3240969>

29. **Lai DWL, Surood S.**  
Effect of Service Barriers on Health Status of Aging South Asian Immigrants in Calgary, Canada. *Health & Social Work.*  
*2013 Feb 1;38(1):41-50.*
30. **Noblin A, Gabriel MH, Cortelyou-Ward K, Holmes K.**  
Health literacy among visiting college students in the U.S.: A pilot study. *Journal of American College Health.*  
*2022 Feb 17;70(2):589-97.*
31. **Masai AN, Güçüz-Doğan B, Ouma PN, Nyadera IN, Ruto VK.**  
Healthcare services utilization among international students in Ankara, Turkey: a *cross-sectional study.* *BMC Health Serv Res.* *2021 Dec;21(1):311.*
32. **Skromanis S, Cooling N, Rodgers B, Purton T, Fan F, Bridgman H, et al.**  
Health and Well-Being of International University Students, and Comparison with Domestic Students, in Tasmania, Australia. *IJERPH.*  
*2018 Jun 1;15(6):1147.*
33. **Kwok C, Sullivan G.**  
Health seeking behaviours among Chinese-Australian women: implications for health promotion programmes. *Health (London).*  
*2007 Jul;11(3):401-15.*
34. **Ivanov LL, Buck K.**  
Health Care Utilization Patterns of Russian-Speaking Immigrant Women Across Age Groups. *2001;*
35. **Anderson LM, Scrimshaw SC, Fullilove MT, Fielding JE, Normand J.**  
Culturally competent healthcare systems. *American Journal of Preventive Medicine.*  
*2003 Apr;24(3):68-79.*
36. **Smith GD, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R.**  
Ethnic inequalities in health: A review of UK epidemiological evidence. *Critical Public Health.* *2000 Dec;10(4):375-408.*

37. **Menon V, Sarkar S, Kumar S.**  
Barriers to healthcare seeking among medical students: a cross sectional study from South India. *Postgraduate Medical Journal.*  
*2015 Sep 1;91(1079):477-82.*
38. **Carmack HJ, Bedi S, Heiss SN.**  
International Students, University Health Centers, and Memorable Messages About Health. *Jis.*  
*2016 Jan 1;6(1):52-72.*
39. **Shen Z.**  
Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. *J Transcult Nurs.*  
*2015 May;26(3):308-21.*
40. **Smith LS.**  
Cultural competence: A nurse educator's guide. *Nursing.*  
*2017 Sep;47(9):18-21.*
41. **Dauvrin M, Lorant V.**  
Leadership and Cultural Competence of Healthcare Professionals: A Social Network Analysis. *Nursing Research.*  
*2015 May;64(3):200-10.*
42. **Wehbe-Alamah H, Farmer M, McFarland M, Tower A, Jones M, Shah V, et al.**  
Development of an Extensible Game Architecture for Teaching Transcultural Nursing. *Ojccnh.org* [internet]. 2015 oct 1 [cited 2023 nov 5];5(1).  
*Available from: <http://ojccnh.org/pdf/v5n1a5.pdf>*





# قسم الطبيب

## أقسِمُ بِاللّهِ الْعَظِيمِ

أَن أراقِبَ اللهَ في مِهْنَتِي.

وَأَن أَصُونَ حياةَ الإنسانِ في كَافَّةِ أطوارها في كلِّ الظروفِ

والأحوالِ باذلاً وسَعِي في إنقاذها مِنَ الهلاكِ والمرَضِ

و الأَلمِ والقَلقِ.

وَأَن أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كَرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَ أَكْتُمَ

سِرَّهُمْ.

وَأَن أَكُونَ عَلَى الدَّوامِ مِنَ وسائلِ رحمةِ اللهِ، باذلاً رعايتي الطَّبيةَ للقريبِ والبعيدِ، للصالحِ

والطَّالِحِ، والصديقِ والعدوِّ.

وَأَن أَثابِرَ عَلَى طَلبِ العِلْمِ، وَأَسخَّرَهُ لِنَفْعِ الإنسانِ لا لِأذاهِ.

وَأَن أُوَقِّرَ مَنْ عَلمَنِي، وَأَعْلَمَ مَنْ يَصغُرُنِي، وَأَكُونَ أَخاً لِكُلِّ رَميلٍ في المِهْنَةِ الطَّبيَّةِ مُتَعاونينَ

عَلَى البِرِّ وَ التَّقوى.

وَأَن تَكُونَ حَيَاتِي مِصْداقَ إيمانِي في سِرِّي وَعَلائِيتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاهَ

اللهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنينَ.

واللهِ عَلَى ما أَقولُ شَهِيدٌ





## الرعاية الصحية للطلاب الدوليين بالمغرب

### الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2023/12/19  
من طرف

**السيد بابا الهاجي كيبا سيري توري**

المزداد في 06 فبراير 1997 بزيغينشور السنغال

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

### الكلمات الأساسية:

طلاب دوليون – رعاية صحية اولية - حصول على الرعاية – المغرب

### اللجنة

الرئيس	السيد	م. أمين
		أستاذ في علم الأوبئة السريرية
المشرف	السيدة	ل. أدرموش
		أستاذة في طب المجتمع
	السيدة	م. صباني
		أستاذة مبرز في طب المجتمع
الحكام	السيد	م. الشوللي
		أستاذ في علم الأوبئة العصبية
	السيدة	س. أيت بطاهر
		أستاذة في علم الأوبئة