

Année 2025

Thèse N° 306

**Les difficultés rencontrées par les étudiants de
premier cycle de médecine de la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude
transversale descriptive et analytique.**

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11/12/2025

PAR

Mlle. Aya Naamane

Née Le 07 Janvier 2001 à Dakhla

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Étudiants en médecine – Contraintes académiques – Intégration
universitaire – Santé mentale – FMPM – Bien-être étudiant.

JURY

Mr.	H.A. BENJELLOUN Professeur de Pneumologie	PRESIDENT
Mr.	H. JANAHA Professeur de Pneumologie	RAPPOTEUR
Mr.	Y. DAROUASSI Professeur d'Oto-rhino-laryngologie	JUGES
Mr.	M.A LAFFINTI Professeur de Psychiatrie	
Mr.	H. JALLAL Professeur de Cardiologie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فَتَبَسَّ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ

رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ

وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ

وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ

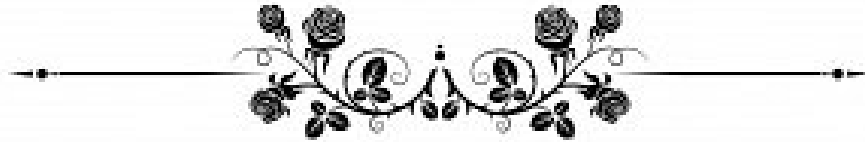
صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ﴿٣٢﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



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
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Said ZOUHAIR

Vice doyen de la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen des Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen Chargé de la Pharmacie

: Pr. Oualid ZIRAOUI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
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	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
20	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie

24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie

52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophthalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSI SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohamed Ilias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie

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

135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-pathologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie

162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie

190	EL-QADIRY Rabiy	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie
197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Noureddine	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	AMINE Abdellah	Pr Ag	Cardiologie
217	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie

218	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
219	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
220	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie-virologie
221	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
222	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
223	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
224	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
225	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
226	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
227	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
228	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie
229	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
230	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-faciale
231	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
232	SBAI Asma	MCHab	Informatique
233	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
234	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
235	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
236	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
237	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organnique
238	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
239	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
240	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
241	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
242	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
243	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
244	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
245	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques

246	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
247	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
248	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
249	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
250	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
251	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
252	AHMANNNA Hussein-choukri	MC	Radiologie
253	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
254	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
255	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
256	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
257	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
258	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
259	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique
260	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
261	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
262	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
263	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
264	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
265	NASSIRI Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
266	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
267	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
268	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
269	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
270	ZTATI Mohamed	MC	Cardiologie
271	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
272	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
273	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation

274	BENDAOUOUD Layla	MC	Dermatologie
275	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
276	CHATAR Achraf	MC	Urologie
277	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
278	HOUMAID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
279	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
280	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
281	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
282	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
283	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
284	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
285	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
286	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
287	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
288	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
289	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
290	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
291	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
292	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie
293	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
294	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
295	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
296	DAFIR Kenza	MC	Génétique
297	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
298	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
299	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
300	EL GUAZZAR Ahmed (Militaire)	MC	Chirurgie générale
301	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie

302	AMOUCH Abdelaziz	MC	Urologie
303	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
304	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
305	CHEHBOUNI Mohamed	MC	Oto-rhino-laryngologie
306	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
307	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
308	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
309	EL GHOUL Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
310	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
311	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
312	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
313	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
314	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
315	JENDOUI Omar	MC	Urologie
316	MANSOURI Maria	MC	Génétique
317	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
318	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
319	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
320	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
321	IJIM Mohamed	MC	Pneumo-phtisiologie
322	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
323	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
324	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation
325	BOUROUMANE Mohamed Rida	MC	Anatomie
326	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
327	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
328	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
329	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie

330	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
331	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
332	HATTAB Mohamed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
333	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
334	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
335	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
336	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
337	TOURAIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
338	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
339	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
340	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
341	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
342	SAADOUNE Mohamed	MC	Radiothérapie
343	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
344	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie
345	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
346	BERGHALOUT Mohamed	MC	Psychiatrie
347	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
348	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
349	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
350	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
351	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
352	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
353	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique
354	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie
355	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
356	ABDELKHALKI Mohamed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique

357	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie
358	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
359	HABBAB Mohamed	MC	Traumato-orthopédie
360	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
361	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
362	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
363	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
364	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
365	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
366	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
367	KAAKOUA Mohamed	MC	Oncologie médicale
368	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
369	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
370	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
371	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
372	HAOUANE Mohamed Amine	MC	Anatomie pathologique
373	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
374	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
375	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
376	AZRIOUIL Ouhb	MC	Traumato-orthopédie
377	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
378	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
379	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
380	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation

LISTE ARRÊTÉE LE 08/10/2025



DÉDICACES



La gratitude, c'est le secret de la vie. Celui qui ne sait pas remercier ne sait pas aimer. »

Albert Schweitzer

Ce travail représente l'aboutissement d'un long parcours et, je l'espère, le début d'une nouvelle aventure.

Ce chemin n'aurait pas eu la même saveur sans les personnes qui l'ont traversé, et je ne serais sans doute pas la même personne sans l'influence de chacun d'entre vous.

*C'est avec amour, respect et gratitude que je
dédie cette thèse à :*



*Louange à Dieu tout puissant,
Dont la lumière m'a guidée jusqu'à ce jour
tant espéré...*

À mes merveilleux parents,

Que ce modeste travail, né de vos sacrifices silencieux et de votre foi constante en mon avenir, soit le reflet des vœux que vous ne cessez de porter dans vos prières.

À vous, mes premiers repères et mes soutiens les plus constants, je dédie ces lignes, bien trop petites face à tout ce que je vous dois.

Je prie Dieu, le Tout-Puissant, de vous protéger, de vous accorder santé, bonheur et longue vie.

À ma très chère mère Fatima,

Tu es la douceur qui enveloppe, la force qui rassure, la générosité qui ne s'épuise jamais. Tu pardannes avec une facilité qui n'appartient qu'aux cœurs immenses, et ton sourire reste l'un des plus beaux refuges que la vie m'ait offerts. Tu m'as élevée par l'exemple, non pas avec des livres, mais avec une sagesse naturelle, une conscience fine du monde et une dignité qui inspire.

Si je suis arrivée jusqu'ici, c'est après Dieu grâce à toi. Tu as été mon modèle de courage, de patience et de persévérance. Même loin de toi, ta voix suffit à apaiser ce qui tremble en moi. Tu m'as accompagnée dans chaque épreuve, et savoir que tu comprenais ce que je vivais suffisait déjà à alléger mes peurs. Tu nous offres un foyer sûr, une paix qui existe rien que par ta présence.

Aucun mot ne suffirait à traduire ce que je ressens pour toi, ni la gratitude d'avoir la chance de te nommer "maman". Je suis fière d'être ta fille, fière d'avoir grandi dans ton ombre bienveillante, et même une vie entière ne suffirait pas pour te remercier.

Ce travail, et tout ce que je deviendrai, porte ton empreinte.

Je te le dédie avec tout mon cœur.

A mon très cher père Mohamed,

Aucun mot, aucun texte, même pas un livre entier, ne pourrait contenir tout ce que je ressens pour toi. Je crois sincèrement que Dieu m'a honorée en te choisissant, toi précisément, parmi tous les pères du monde, pour être le mien. Tu es un homme qui travaille avec une force silencieuse, un dévouement rare et une générosité qui ne cherche jamais les projecteurs. Ce que tu m'as permis de vivre dépasse tout ce que tu as toi-même eu la chance de vivre et tu me l'as offert sans jamais te plaindre, sans jamais rien demander en retour. Tes sacrifices sont innombrables, ton amour discret mais immense, et ton engagement envers nous est une leçon de vie.

Merci pour tes sacrifices et pour ton dévouement.

Merci de m'avoir transmis des valeurs qui sont devenues mes principes.

Merci pour toutes ces conversations qui m'ont guidée sans que tu le saches.

J'espère que ce modeste travail te rendra fier, et je te promets qu'il ne sera que le début d'une série d'accomplissements que je te dédie déjà. Tu es l'exemple que je regarde, la force qui m'inspire, l'être que je respecte profondément. Je resterai toujours ta petite fille.

Merci d'exister, Papa.

Ce travail, c'est le tien autant que le mien.

À mes sœurs,

À Salma,

Merci d'être la grande sœur que tu es. Tu es un pilier dans ma vie, et même si la distance nous sépare, tu restes toujours dans mon cœur. On a partagé tellement de choses ensemble, et je sais que je peux toujours compter sur toi.

À Chaïmae, mon pilier,

Ton soutien a été bien plus que précieux : il a été mon refuge. Nous ne sommes pas seulement sœurs, nous sommes des âmes sœurs, des meilleures amies liées par bien plus que le sang. Tes sourires ont été mes rayons de soleil dans les jours gris, ta bonne humeur mon antidote aux moments difficiles.

Merci du fond du cœur pour tout ce que tu es : ton soutien inconditionnel, ton aide sans faille, ta générosité qui n'a jamais compté ses efforts. Je ne serai jamais assez reconnaissante pour tout ce que tu m'as apporté.

Mes chères sœurs, ce travail, je vous le dédie. C'est aussi votre réussite, parce que vous avez toujours été là pour moi. Je prie Dieu pour qu'Il nous garde unies pour toujours, et qu'Il vous donne tout le bonheur, la santé et la réussite que vous méritez.

À ma chère grand-mère Mbaraka

À toi, qui as toujours été un pilier pour notre famille, je dédie ce travail avec beaucoup d'amour et de respect. Merci pour tes prières qui m'ont accompagnée tout au long de ce parcours. Qu'Allah te préserve, te donne santé, sérénité et longue vie.

À ma tante bien-aimée Loubna,

Tu as été pour moi tantôt une deuxième maman, tantôt une sœur, et parfois même une amie. Ta douceur, ta bienveillance et ta présence chaleureuse ont toujours illuminé ma vie. Tu es une personne formidable, intérieurement comme extérieurement, avec un cœur d'une beauté rare.

C'est toi qui as choisi mon nom à ma naissance, et rien que cela suffit à montrer la place que tu occupes depuis toujours dans mon histoire. Merci pour ton amour, ta sagesse et ta manière rassurante d'être là, toujours au bon moment.

Je suis reconnaissante de t'avoir dans ma vie.

Merci Tati.

À ma cousine Nguía,

Nina, on se ressemble tellement, toi et moi : même caractère, même folie ! Même si on ne se parle pas tous les jours, je sais que tu me comprends dès le premier mot. C'est ça, la magie entre nous. Je me souviens encore de nos jeux d'enfance, de nos fous rires, et de cette complicité qui n'a jamais disparu, même en grandissant.

Je te souhaite tout ce que tu désires dans la vie : du bonheur, de la réussite, et que tes rêves se réalisent un par un. Tu le mérites tellement.

À mes deux cousins adorés, Othmane et Badr,

Je vous souhaite de grandir dans la joie et la santé, d'avoir un avenir brillant rempli de réussite, et de voir vos rêves se réaliser. Que la vie vous protège et vous apporte du bonheur, aujourd'hui et toujours. Je vous aime, et je serai toujours là pour vous, à chaque étape de votre chemin.

À mon oncle Saïd,

Je me souviens de ce jour où tu as été hospitalisé dans le même hôpital où je faisais mon stage. Ce moment m'a rappelé à quel point la vie peut basculer sans prévenir. Te voir traverser cette épreuve me touche profondément.

Si tout était comme avant, tu serais certainement à mes côtés aujourd'hui. Je prie sincèrement pour que tu retrouves la santé très bientôt. J'ai confiance que, par la volonté de Dieu, tu regagneras en force et en mieux-être, et que la vie nous permettra de nous retrouver à nouveau, comme avant.

A tous les membres de ma famille maternelle : Bouhouir

A tous les membres de ma famille paternelle : Naamane

À ma deuxième famille, Joud,

Nous nous sommes rencontrées avant même que l'aventure de la médecine ne commence, sans imaginer qu'au fil de sept années, nous partagerions autant de vie : une ville, un toit, des nuits d'étude, des éclats de rire, quelques disputes passagères, et surtout une amitié qui a grandi avec nous.

Merci d'avoir été ce refuge silencieux et solide, cette présence qui a tenu malgré le chaos, les silences, la fatigue et les doutes. Merci d'avoir fait de cette ville un foyer, simplement en y étant toi.

Avancer à tes côtés a été l'un des plus beaux cadeaux de ces années. Tu as rendu ce parcours plus doux, plus léger, et parfois plus fort que je n'aurais pu l'être seule. Rien n'aurait eu la même saveur sans toi.

Où que la vie nous mène après cette étape, j'espère que nous resterons ce genre de « maison » l'une pour l'autre, un lieu sûr au-delà de la distance, du temps ou des circonstances.

Merci pour ton amitié, ta patience, ta fidélité et tout ce que tu as apporté à ma vie. Cette thèse porte une part de toi, de tout ce que tu m'as aidée à devenir.

À mon amie de toujours, Fati,

Depuis le collège, puis le lycée, et tout au long de cette longue route jusqu'à la médecine, tu as toujours été là. Une présence constante à travers les étapes, les changements, les doutes et les réussites. Dans une autre vie déjà, tu marchais à mes côtés, et aujourd'hui encore, tu es cette personne solide, discrète et essentielle que je considère comme un véritable pilier. Avec toi, la confiance n'a jamais eu besoin d'être expliquée : elle s'est imposée naturellement, comme une évidence. Je savais que je pouvais compter sur toi, demander conseil, t'accorder mes inquiétudes sans hésiter.

Nous avons vécu tant de moments qui marquent : les éclats de rire qui allègent tout, les discussions qui apaisent, les silences qui suffisent. Être avec toi a toujours été simple, vrai, authentique.

Je t'admire pour cela et pour tout ce que tu es, et je sais que notre amitié possède cette force tranquille qui traverse les années. Tu mérites tout ce qu'il y a de beau.

À celle dont la présence apaise, Chaïma,

Depuis mes premières années en médecine, nos chemins se croisaient sans vraiment se rencontrer. Puis, un jour, la reconnaissance s'est installée, et avec elle une amitié sincère qui s'est construite naturellement, sans effort, comme si elle avait toujours été là, patiente, attendant simplement son moment. Nous avons partagé tant de choses : des petits cafés complices, des marches improvisées, des fous rires comme des larmes, des critiques amusantes, des rêves confiés à cœur ouvert, des conversations qui dépassent les mots et des confidences qui demandent du courage. Merci de rendre les mauvais jours moins mauvais. Ta bonté n'a jamais été forcée ; elle est en toi, simple, vraie, évidente. Je te souhaite un avenir à la hauteur de ce que tu es, lumineux, généreux et prometteur. Tu le mérites profondément.

Merci pour tout ce que nous avons partagé et pour toutes les années à venir qui, j'en suis certaine, seront remplies de nouveaux souvenirs à construire ensemble.

À la lumineuse au sourire bienveillant : Imane,

Nous ne parlons pas tous les jours, ni même toutes les semaines, et pourtant, chaque fois que nos voix se retrouvent, c'est comme si le temps n'avait jamais passé.

Tu as traversé beaucoup, et malgré tout, tu avances avec une force tranquille qui inspire profondément. J'admire ton courage, ta constance, ta manière de rester toi-même malgré ce que la vie t'impose. Sans jamais chercher à l'être, tu es un exemple, simplement par la façon dont tu continues à tenir debout.

Ta présence, même espacée, a toujours compté. Tu fais partie de ces amitiés qui ne s'effacent pas, celles qui retrouvent leur place naturellement, comme si elles n'avaient jamais bougé.

Merci d'être toi.

Aux parents de mes amis,

Qui ont toujours été soucieux et d'une grande gentillesse envers moi.

À cette dame qui m'a aidée sans rien attendre en retour, Grâce à votre générosité, j'ai pu poursuivre le chemin qui m'a menée jusqu'à la médecine, et je vous en garde une gratitude profonde.

Je sais que vous ne lirez probablement jamais ces mots... Merci !

*Aux étudiants qui m'ont permis de diffuser le questionnaire, et à
ceux qui y ont répondu,*

Merci infiniment !

Aux patients qui m'ont permis d'apprendre.

*À toutes ces belles âmes qui, de près ou de loin, m'ont soutenue à
leur manière.*

*À ceux qui persévèrent, qui traversent les épreuves avec courage,
qui tremblent parfois, qui doutent aussi, mais poursuivent malgré
tout leur chemin avec dignité.*

I feel you

Aux étudiants en médecine, passés et à venir,

Enfin, à moi-même.

*Et à tous ceux qui me sont chers et que j'ai involontairement omis
de citer.*



REMERCIEMENTS



*A notre maître et président de thèse
Professeur BENJELLOUN HARZIMI Amine, Professeur de
Pneumologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.*

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant aimablement la présidence de cet honorable jury de thèse. Nous vous remercions pour le temps que vous y avez consacré malgré vos multiples engagements, ce qui représente pour nous une marque de considération profondément appréciée. Vos qualités humaines remarquables, votre modestie et votre disponibilité ont toujours suscité notre respect et notre admiration. Nous gardons un souvenir particulièrement marquant de notre premier stage de sixième année dans votre service : ce fut un moment fondateur, où votre manière d'être et votre façon d'incarner la médecine nous ont profondément inspirées et encouragées à poursuivre ce chemin avec détermination.

Veillez accepter, cher Maître, dans ce travail l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

*A notre maître et Rapporteur de thèse Professeur JANAH
Hicham, Professeur de Pneumologie à l'hôpital militaire Avicenne
de Marrakech.*

Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour avoir accepté d'encadrer ce sujet qui nous tient tant à cœur. Votre bienveillance, votre patience et votre disponibilité ont été pour nous une source constante d'inspiration. Vos conseils avisés et vos encouragements nous ont guidées tout au long de ce travail. Votre modestie, votre manière de transmettre, votre courtoisie et votre engagement envers les étudiants, notamment lors de notre passage en sixième année, ont marqué notre parcours. Malgré vos nombreuses responsabilités, vous nous avez toujours accueillies avec patience et amabilité, et nous vous en sommes sincèrement reconnaissantes.

Ce travail a été un véritable défi, et il n'aurait pu aboutir sans la qualité de votre encadrement et votre suivi attentif.

Qu'il soit le témoignage de notre profond respect, de notre admiration et de notre reconnaissance infinie.

Merci infiniment.

A notre maître et Juge de thèse
Professeur DAROUASSI Youssef, Professeur d'Oto-Rhino-
Laryngologie à l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech.

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Vous avez su nous transmettre, tout au long de notre cursus d'étudiants en médecine, la richesse de la spécialité Oto-Rhino-Laryngologie. Nous gardons un souvenir précieux de votre enseignement, marqué par votre rigueur, votre justesse et votre profonde humanité envers les patients.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et Juge de thèse Professeur LAFFINTI Mahmoud
Amine, Professeur de psychiatrie à l'Hôpital Militaire Avicenne
de Marrakech

Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour avoir accepté d'évaluer notre travail au sein de ce jury de thèse. Votre expertise et votre regard éclairé apportent une valeur essentielle à ce travail.

Votre manière d'enseigner et tout ce que vous nous avez transmis sur la clinique psychiatrique, ont profondément marqué notre parcours et nourri notre intérêt pour cette discipline. Vos qualités humaines et professionnelles demeurent pour nous un modèle d'inspiration.

Permettez-nous, cher Maître, de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.

A notre maître et Juge de thèse Professeur JALLAL Hamid, Professeur de Cardiologie à l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

Nous vous remercions vivement de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail. Votre disponibilité, votre bonté, votre modestie, votre compréhension ainsi que vos qualités professionnelles ont toujours suscité chez nous une profonde estime.

Nous tenons également à souligner la qualité de votre accueil : malgré vos nombreuses responsabilités, vous nous avez toujours reçues avec bienveillance et considération, ce dont nous vous sommes sincèrement reconnaissantes.

Veillez trouver, cher Maître, dans ce travail l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

À tous mes professeurs et maîtres de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, qui ont partagé leur savoir avec une générosité lumineuse et ont guidé nos pas avec bienveillance.



Liste d'abréviations



Liste des abréviations

AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
AEMM	: Association des Étudiants en Médecine de Marrakech
BAPU	: Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
BDE	: Bureau des Étudiants
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 ^e édition
FMPM	: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech
FiF	: First in Family
GAD-7	: Generalized Anxiety Disorder, 7 items
GHQ-12	: General Health Questionnaire, 12 items
MBI	: Maslach Burnout Inventory
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OVE	: Observatoire National de la Vie Étudiante
PHQ-9	: Patient Health Questionnaire, 9 items
PSS-10	: Perceived Stress Scale, 10 items
QCM	: Questionnaire à Choix Multiples
QCU	: Questionnaire à Choix Unique
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
UG	: Undergraduate
PG	: Postgraduate
WHOQOL	: World Health Organization Quality of Life



LISTE DES FIGURES



LISTE DES FIGURE

- Figure 1 : Répartition des étudiants selon le genre
- Figure 2 : Répartition des étudiants selon l'âge
- Figure 3 : Répartition des étudiants selon l'année d'étude
- Figure 4 : Répartition des étudiants selon la zone d'origine (urbaine/rurale)
- Figure 5 : Répartition des étudiants étrangers selon la nationalité
- Figure 6 : Répartition selon l'année d'obtention du baccalauréat
- Figure 7 : Répartition selon le type de lycée fréquenté
- Figure 8 : Répartition selon la mention obtenue au baccalauréat
- Figure 9 : Hésitation avant le choix de la filière médicale.
- Figure 10 : Raisons principales de l'hésitation avant le choix de la médecine
- Figure 11 : Expérience universitaire antérieure
- Figure 12 : Sentiment de compétence pour réussir la filière médicale
- Figure 14 : Niveau d'étude des parents ou tuteurs financiers
- Figure 15 : Profession des parents ou tuteurs financiers
- Figure 16 : Répartition selon le type de logement
- Figure 17 : Source principale de financement des études
- Figure 18 : Bénéfice d'une bourse d'études
- Figure 19 : Activité professionnelle parallèle aux études
- Figure 20 : Motifs du travail à temps partiel
- Figure 21 : Moyen de transport utilisé pour se rendre à la faculté
- Figure 22 : Durée du trajet jusqu'à la faculté
- Figure 23 : Temps disponible pour les révisions et devoirs
- Figure 24 : Difficultés à assimiler le volume de connaissances
- Figure 25 : Perception de la compétition entre étudiants
- Figure 26 : Répartition des étudiants selon leur niveau d'estime de soi
- Figure 27 : Répartition selon la capacité d'adaptation
- Figure 28 : Répartition selon le niveau de stress général
- Figure 29 : Symptômes physiques et psychologiques liés au stress
- Figure 30 : Évaluation de la transition du lycée vers l'université
- Figure 31 : Niveau d'intégration à la faculté
- Figure 32 : Expériences de discrimination au sein de la faculté
- Figure 33 : Expériences de harcèlement ou de discrimination pendant les études
- Figure 34 : Impact des études médicales sur la vie sociale
- Figure 35 : Capacité à concilier vie sociale et études
- Figure 36 : Fréquence du stress académique
- Figure 37 : Pression sociale et familiale ressentie
- Figure 38 : Symptômes de dépression, d'anxiété ou de troubles émotionnels

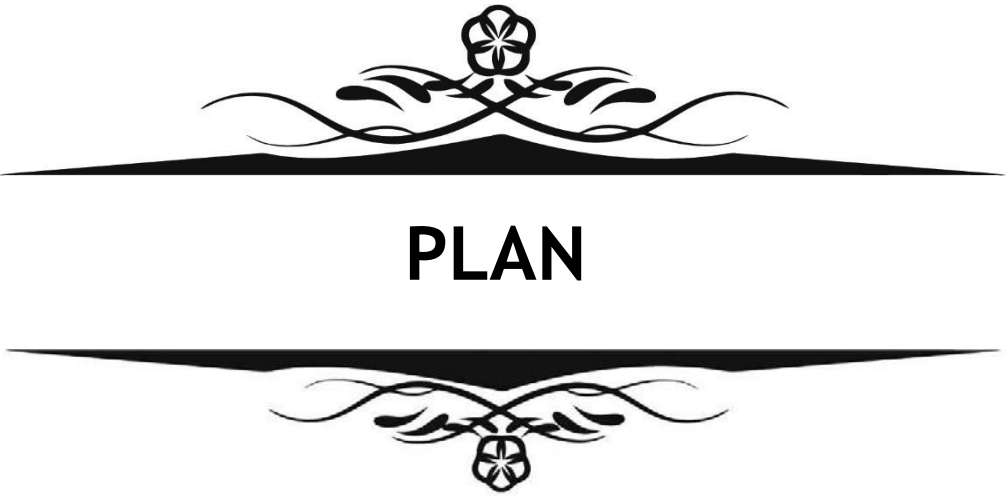
- Figure 39 : Recherche d'aide ou de soutien psychologique
- Figure 41 : Accès aux ressources supplémentaires
- Figure 42 : Principales contraintes rencontrées par les étudiants
- Figure 43 : Activités anti-stress pratiquées
- Figure 49 : Modèle des corrélations entre les variables psychologiques chez les étudiants en médecine de Marrakech



LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau I : Stratégies d'adaptation adoptées
- Tableau II : Mesures suggérées par les étudiants pour améliorer leur bien-être
- Tableau III : Niveau de stress selon les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales
- Tableau IV : Estime de soi selon les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales
- Tableau V : la présence de symptômes de dépression/anxiété/troubles émotionnels et les variables sociodémographiques et psychosociales.
- Tableau VI : Capacité d'adaptation selon les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales
- Tableau VII : Intégration à la faculté selon les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales
- Tableau VIII : Matrice des corrélations de Pearson entre l'estime de soi, l'adaptation, le stress, la dépression et l'intégration
- Tableau IX. Répartition par genre dans différentes études sur les étudiants en médecine
- Tableau X . Âge moyen des étudiants dans quelques études comparatives
- Tableau XI . Type de lycée selon les études
- Tableau XII . Comparaison du niveau d'instruction parentale / du tuteur financier
- Tableau XIII. Comparaison des profils professionnels parentaux / tuteurs
- Tableau XIV . Logement : comparaison campus / hors campus
- Tableau XV . Financement et emploi étudiant : comparaison entre études
- Tableau XVI . Comparaison des contraintes temporelles et de charge de travail dans notre étude et quelques travaux internationaux
- Tableau XVII . Comparaison des difficultés d'assimilation des connaissances
- Tableau XVIII . Sentiment de compétition dans notre étude et quelques études internationales
- Tableau XIX . Comparaison synthétique des niveaux de stress/burnout dans quelques études
- Tableau XX . Prévalence comparée des troubles émotionnels et de la détresse
- Tableau XXI . Facteurs de protection et de risque dans quelques études
- Tableau XXII . Transition et intégration : comparaison entre notre étude et quelques séries internationales
- Tableau XXIII . Principales recommandations : convergence entre notre étude et la littérature
- Tableau XXIV : Stratégies de coping « fonctionnelles » et « dysfonctionnelles »



PLAN



INTRODUCTION	1
○ Objectif principal	4
○ Objectifs secondaires	4
CADRE CONCEPTUEL de l'étude	6
MATÉRIEL ET MÉTHODES	18
I. Type d'étude	19
II. Lieu et période d'étude	19
III. Population cible	19
1. Critères d'inclusion	19
2. Critères d'exclusion	19
IV. Méthode d'échantillonnage	19
V. Instrument de collecte des données	20
VI. Déroulement de l'enquête et recueil des données	21
VII. Analyse des données	21
1. Analyse statistique	21
2. Gestion des données	21
VIII. Considérations éthiques	22
RÉSULTATS	23
A. ÉTUDE DESCRIPTIVE	24
I. Profil des étudiants	24
1. Genre	24
2. Âge	24
3. Année d'étude	25
4. Zone d'origine/Nationalité	26
II. Parcours scolaire et académique antérieur	27
1. Année d'obtention du baccalauréat	27
2. Type de lycée fréquenté	27
3. Mention obtenue au baccalauréat	28
4. Hésitation avant le choix de la médecine/Raisons de l'hésitation	29
5. Expérience universitaire antérieure	30
6. Sentiment de compétence pour réussir	30
7. Perception de la médecine comme filière socio-économiquement élevée	31
III. Situation socio-économique et conditions de vie	31
1. Niveau d'études des parents/tuteurs financiers	31
2. Profession des parents/tuteurs	32
3. Type de logement	33
4. Source de financement des études	34
5. Bourse	34
6. Travail à temps partiel	35
IV. Contraintes académiques et logistiques rencontrées par les étudiants de la FMPM	36
1. Moyen de transport et durée du trajet	36
2. Durée du trajet jusqu'à la faculté	37
3. Temps disponible pour les révisions	37
4. Difficultés à assimiler le volume de connaissances	38

5. Perception de la compétition entre étudiants	38
V. Bien-être et état psychologique	39
1. Estime de soi	39
2. Capacité d'adaptation	39
3. Niveau de stress général	40
4. Symptômes liés au stress	41
VI. Transition lycée–université et intégration	41
1. Transition lycée–université	41
2. Intégration à la faculté	42
3. Expériences de discrimination au sein de la faculté	43
4. Expériences de harcèlement ou discrimination pendant les études :	43
5. Impact des études sur la vie sociale	44
6. Capacité à concilier vie sociale et études	44
7. Fréquence du stress académique	45
8. Pression sociale et familiale	46
9. Symptômes de dépression, d'anxiété ou de troubles émotionnels	46
10. Recherche d'aide ou de soutien psychologique	47
11. Perception de l'adéquation du programme d'études avec le marché de la santé	47
12. Accès aux ressources supplémentaires	48
13. Principales contraintes rencontrées par les étudiants :	49
14. Activités anti–stress pratiquées :	49
15. Stratégies d'adaptation adoptées	50
VII. Recommandations des étudiants	51
1. Mesures suggérées pour améliorer le bien-être	51
B. ÉTUDE ANALYTIQUE	52
1. Niveau de stress selon les caractéristiques des étudiants de la FMPM	53
2. Estime de soi selon les caractéristiques des étudiants de la FMPM	54
3. Présence de symptômes de dépression/anxiété selon les caractéristiques des étudiants de la FMPM	55
4. Capacité d'adaptation selon les caractéristiques des étudiants de la FMPM	57
5. Intégration universitaire selon les caractéristiques des étudiants de la FMPM	58
DISCUSSION	62
I. Résumé des principaux résultats	63
1. Caractéristiques démographiques	63
2. Parcours scolaire & choix de la filière	63
3. Niveau socio–économique & conditions de vie	63
4. Contraintes académiques et logistiques	64
5. Bien-être & état psychologique	65
6. Transition lycée–université & vie étudiante	66
7. Contraintes majeures & stratégies / recommandations	67
II. Interprétation des résultats	67
1. Caractéristiques démographiques	67
III. Parcours scolaire et choix de filière	72
1. Année d'obtention du baccalauréat	72

2. Type de lycée	72
3. Mention au baccalauréat et niveau scolaire antérieur	73
4. Hésitation avant le choix de la médecine	74
5. Expérience académique antérieure	75
6. Sentiment de compétence pour réussir	76
7. Perception socio-économique de la filière médicale	77
IV. Niveau socio-économique	78
1. Niveau d'études du tuteur financier	78
2. Profession du tuteur	79
3. Logement	80
4. Financement des études	81
V. Contraintes académiques	83
1. Temps pour révisions	83
2. Difficulté d'assimilation des connaissances	84
3. Sentiment de compétition	86
4. Autres contraintes académiques et logistiques	88
VI. Bien-être et état psychologique	89
1. Estime de soi	89
2. Capacité d'adaptation	90
3. Niveau de stress	90
4. Symptômes liés au stress (fatigue, insomnie, anxiété, dépression, troubles somatiques)	92
5. Analyse psychologique et facteurs de risque	94
VII. Transition lycée-université et vie étudiante	97
1. Intégration	97
2. Discrimination et harcèlement	99
3. Impact sur la vie sociale, conciliation vie privée-études	100
4. Gestion du stress et stratégies d'adaptation	101
VIII. Améliorations et recommandations : mesures suggérées par les étudiants pour améliorer leur bien-être	103
FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	105
RECOMMANDATIONS	109
CONCLUSION	122
RESUMES	124
ANNEXES	131
BIBLIOGRAPHIE	146



INTRODUCTION



L'entrée en faculté de médecine constitue une étape décisive dans la vie des étudiants, marquée par des exigences académiques et personnelles considérables. Chaque année, des centaines de bacheliers intègrent la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech (FMPM), animés par une vocation scientifique et humanitaire. Cependant, cette transition s'accompagne souvent de difficultés psychosociales importantes, fréquemment sous-estimées. L'environnement universitaire se caractérise par une forte compétitivité, une charge de travail intense et un rythme soutenu. Ces conditions, combinées à des pressions familiales, économiques ou sociales, créent un terrain propice à l'apparition de troubles psychologiques tels que le stress, l'anxiété ou la dépression [1,2].

L'intérêt scientifique pour la santé mentale et les difficultés rencontrées par les étudiants en médecine s'est considérablement accru au cours des deux dernières décennies. Le nombre de publications internationales consacrées à ce thème a connu une progression exponentielle depuis les années 2010. Cette évolution traduit une prise de conscience mondiale des conséquences du stress académique et des contraintes psychosociales propres à la formation médicale. Elle souligne également la nécessité d'études contextualisées, notamment dans les pays en développement, où les spécificités socio-économiques et institutionnelles influencent fortement le vécu des étudiants (figure 1).

La littérature internationale souligne une prévalence élevée des troubles de santé mentale chez les étudiants en médecine, notamment le stress, le burnout et la dépression, avec des taux dépassant ceux d'autres filières universitaires [3,4,6]. Au Maroc, les études menées à la FMPM ont commencé à aborder ces enjeux, mais elles se sont souvent limitées à des contextes spécifiques, comme la pandémie de COVID-19 [5]. Pourtant, une période reste largement négligée : les deux premières années du premier cycle, une phase cruciale d'adaptation académique et sociale, déterminante pour la construction de l'équilibre personnel et la capacité à surmonter les défis des étudiants [6].

Cette période initiale de formation constitue un moment clé dans le développement des stratégies d'adaptation et des capacités de résilience face aux contraintes. Selon leurs

ressources personnelles et le soutien dont ils disposent, les étudiants adoptent des comportements plus ou moins efficaces pour faire face aux exigences de la formation : recherche de soutien, organisation du travail, mais parfois aussi évitement ou isolement [7,8]. Ceux qui mobilisent des stratégies efficaces maintiennent un meilleur équilibre psychologique, alors que ceux qui adoptent des mécanismes inadaptés s'exposent à un risque accru d'épuisement, de décrochage ou de troubles émotionnels[9] . L'absence de dispositifs de soutien adaptés à cette étape critique peut ainsi fragiliser durablement leur parcours. Ces observations s'inscrivent dans une littérature internationale montrant que les étudiants en médecine présentent des niveaux de qualité de vie parfois inférieurs à ceux d'autres étudiants et à ceux de la population générale [10], soulignant l'importance d'identifier ces contraintes et de comprendre leurs impacts.

Au Maroc, ces difficultés prennent une dimension particulière du fait de facteurs socio-économiques et culturels spécifiques : précarité financière, éloignement familial et forte valorisation sociale du métier de médecin. Ces éléments, souvent négligés dans la recherche, influencent profondément la santé mentale et la motivation des étudiants [11,12].

Les attentes familiales et sociales peuvent également devenir une source de pression supplémentaire. La profession médicale, perçue comme un symbole de réussite et de stabilité, crée parfois un poids psychologique pour les étudiants issus de milieux modestes, contraints de répondre à de fortes attentes. Cette tension entre ambition personnelle et obligations sociales peut accentuer le stress et le sentiment de culpabilité en cas de difficulté, aggravant ainsi les vulnérabilités des étudiants [13].

Dans l'esprit d'une démarche inédite et d'un brisement de la loi du silence entourant la santé mentale des étudiants en médecine, nous nous sommes penchées sur les réalités psychosociales vécues par les étudiants de première et deuxième année à la FMPM. Notre étude se distingue par trois aspects pionniers : un focus exclusif sur cette période d'initiation encore peu documentée au Maroc, une exploration des multiples dimensions des contraintes

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

(académiques, sociales, économiques et familiales), et une analyse conjointe des difficultés et des stratégies d'adaptation mobilisées, ouvrant la voie à des pistes d'intervention ciblées.

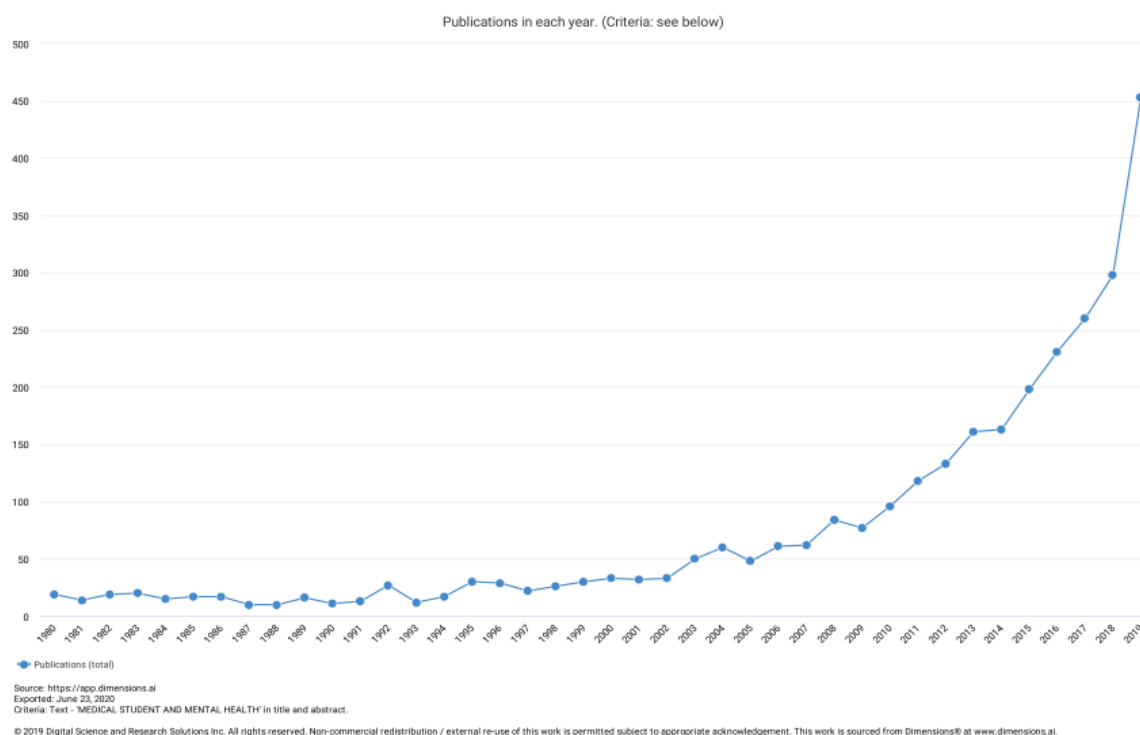


Figure 1 : Évolution du nombre de publications scientifiques consacrées à la santé mentale des étudiants en médecine selon l'année de publication.

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

Objectif principal :

Explorer et comprendre les contraintes psychosociales auxquelles sont confrontés les étudiants en médecine au cours du premier cycle, ainsi que les mécanismes d'adaptation qu'ils mobilisent pour y faire face.

Objectifs spécifiques :

- ✓ Identifier et analyser les principales sources de difficultés rencontrées par les étudiants (académiques, sociales, économiques et familiales).
- ✓ Étudier la nature et l'efficacité des stratégies d'adaptation adoptées par les étudiants pour gérer ces contraintes.

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

- ✓ Proposer des modalités de prise en charge et de soutien institutionnel destinées à améliorer la santé mentale et le bien-être des étudiants en difficulté.



CADRE CONCEPTUEL



Dans cette étude, quelques notions générales liées au bien-être et à la santé mentale sont présentées afin de situer le contexte psychologique des étudiants en médecine et de mieux comprendre leur expérience face aux exigences de la formation.

1. Santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale ou bien-être psychologique correspond à un état dans lequel l'individu est en mesure de mener une vie épanouissante, de tisser et maintenir des relations sociales, d'apprendre, de travailler, de participer à des activités de loisirs et de prendre des décisions importantes concernant sa vie quotidienne. Une altération de cet équilibre peut limiter ses capacités fonctionnelles, influencer ses choix et réduire sa qualité de vie ainsi que celle de son entourage et de sa communauté [14].

2. Détresse psychologique

La détresse psychologique, telle que décrite dans le DSM-5, regroupe un ensemble d'expériences subjectives et de symptômes émotionnels vécus comme inhabituels, préoccupants ou perturbants par la personne elle-même. Il s'agit d'un état qui témoigne souvent d'une difficulté d'adaptation ou d'un déséquilibre psychologique nécessitant attention ou soutien [15].

3. Bien-être psychologique

Conformément à la littérature internationale, le bien-être est conceptualisé comme une combinaison d'une bonne qualité de vie et d'affects positifs, se situant à l'opposé des états émotionnels négatifs tels que le stress, l'anxiété, le burnout ou les troubles de l'humeur. Il représente un équilibre dynamique entre les ressources personnelles et les exigences de l'environnement académique, social et émotionnel [16,17,18].

4. Stress

Selon le DSM-5, le stress correspond à une réponse spécifique ou non spécifique de l'individu face à des événements ou stimuli susceptibles de perturber son équilibre interne et

d'excéder ses capacités d'adaptation. Les éléments déclencheurs, appelés facteurs de stress ou stressseurs, peuvent être d'ordre émotionnel, physique, social, économique ou environnemental. Ils agissent en altérant l'équilibre physiologique, cognitif, émotionnel ou comportemental de la personne. Le stress se distingue de l'agent qui le provoque, même si, dans le langage courant, les deux termes sont souvent employés comme synonymes [15].

Bien que le stress et l'anxiété présentent des manifestations proches, ils correspondent à des phénomènes distincts. Dans les troubles anxieux, la réponse de stress dépasse sa fonction adaptative et devient excessive, auto-déclenchée ou auto-entretenu, même en l'absence de stressseurs identifiables ou après leur disparition [19].

5. Anxiété

L'anxiété est une émotion physiologique normale qui possède un rôle adaptatif face aux situations perçues comme nouvelles ou menaçantes. Elle se manifeste à travers trois registres : psychologique (inquiétude, appréhension), comportemental (évitement, agitation) et somatique (tension musculaire, tachycardie). Dans son fonctionnement habituel, l'anxiété constitue un signal d'alarme permettant à l'organisme d'augmenter sa vigilance et de mobiliser les ressources nécessaires pour faire face à une situation exigeante [20].

Elle devient pathologique lorsqu'elle apparaît de manière excessive, persistante, inadaptée ou en l'absence d'un danger identifiable. Contrairement à la peur, qui est une réaction déclenchée par un danger réel, immédiat et objectivable, l'anxiété se caractérise par une anticipation d'un danger futur, souvent imprécis ou disproportionné [21,22]. L'anxiété pathologique entrave alors les capacités d'adaptation, altère le fonctionnement quotidien et interfère avec la vie personnelle, sociale ou académique.

Le terme angoisse est parfois employé comme synonyme, mais une distinction existe : l'angoisse renvoie davantage à l'expression physiologique et corporelle du malaise, alors que l'anxiété est privilégiée dans le cadre de l'approche médicale et psychopathologique [23].

Selon le DSM-5, l'anxiété se définit comme une anticipation craintive d'un danger ou d'un malheur à venir, associée à un sentiment de tension, de détresse, et à des symptômes

somatiques. Les troubles anxieux regroupent plusieurs entités cliniques partageant un excès d'anxiété et des comportements d'évitement, se différenciant principalement par la nature des situations ou des objets déclencheurs [15]. Chez les étudiants en médecine, l'anxiété peut se manifester par des préoccupations excessives concernant les performances académiques, les examens, ou l'avenir professionnel [24]. Les troubles anxieux comptent parmi les troubles mentaux les plus fréquents dans les populations étudiantes [25].

6. Dépression :

La dépression se définit par un état pathologique marqué par une tristesse avec une douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur [26].

Selon l'OMS, la dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse,

la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles

du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration [27].

7. Burnout :

Le concept de burnout a été décrit pour la première fois par Herbert Freudenberger en 1974, qui le définissait comme un état d'épuisement physique et émotionnel, associé à une perte de motivation et d'accomplissement, résultant d'un investissement important dans une tâche ou une cause qui ne fournit pas les récompenses attendues [28].

Christina Maslach, psychologue sociale, a ensuite proposé le modèle de burnout le plus utilisé aujourd'hui. Selon elle, le burnout est un syndrome tridimensionnel comprenant :

1. l'épuisement émotionnel,
2. la dépersonnalisation (ou cynisme),
3. la réduction de l'accomplissement personnel.

Ce modèle a été développé initialement pour les professions caractérisées par une forte interaction avec autrui, en particulier les métiers de soin [29].

Cependant, des travaux plus récents ont élargi ce concept à des populations n'exerçant pas encore de rôle professionnel direct auprès de patients. Le burnout est désormais reconnu comme pouvant toucher tout individu exposé à une charge de travail importante, à un stress académique soutenu ou à une forte pression de réussite, indépendamment du type d'activité exercée [30].

Dans le contexte spécifique des étudiants en médecine du premier cycle, qui ne sont pas encore tous engagés dans une pratique clinique mais évoluent principalement dans un environnement d'apprentissage intensif (cours magistraux, travaux dirigés, évaluations fréquentes), le burnout peut se manifester selon les trois dimensions décrites par Maslach. Il s'agit donc d'un burnout académique, lié aux exigences de formation, à la compétition, à la surcharge de travail et au manque de récupération, plutôt qu'à la relation d'aide auprès de patients.

Dans cette étude, nous avons retenu la définition générale du burnout, applicable à l'ensemble des individus, car les étudiants en médecine du premier cycle ne sont pas encore en contact régulier avec les patients. Leur vécu s'apparente davantage à un burnout académique qu'à un burnout professionnel orienté vers la relation d'aide.

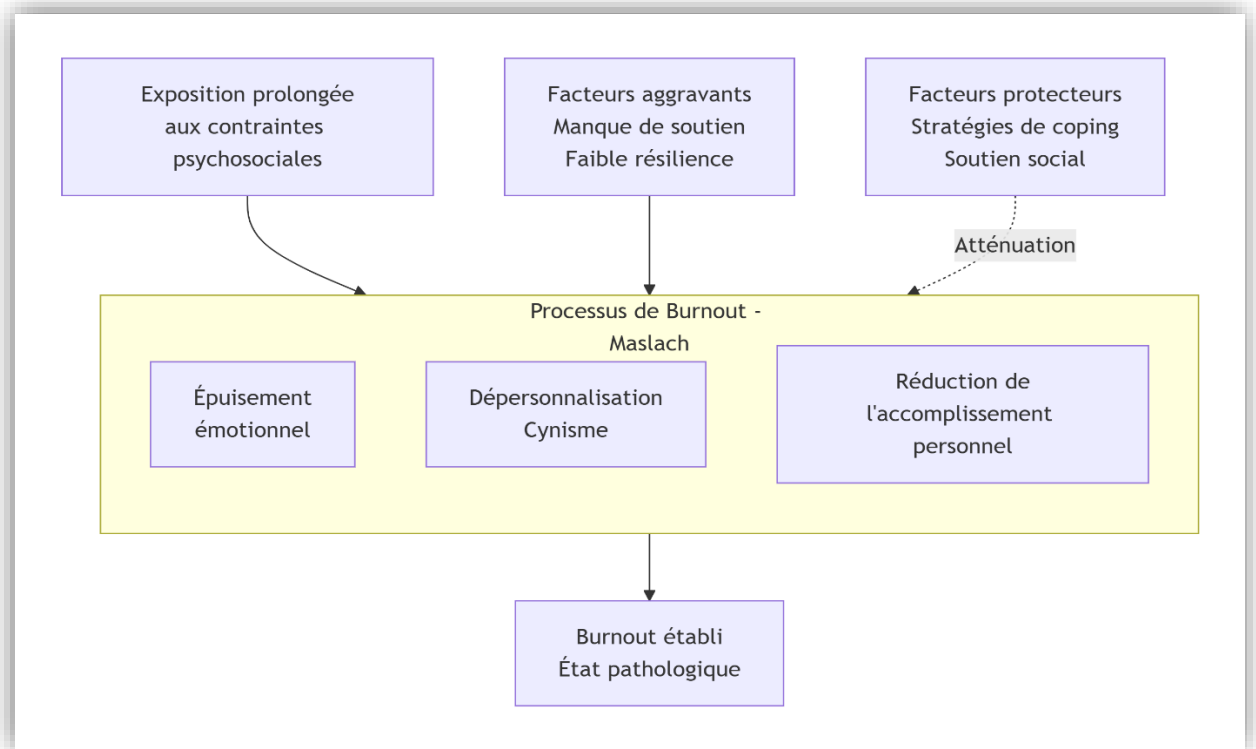


Figure 1 : Le Processus de Burnout selon le Modèle Tri-dimensionnel de Maslach

8. Le coping :

Selon le modèle transactionnel du stress développé par Lazarus et Folkman, la réponse au stress résulte de l'interaction entre l'individu et son environnement. Lorsqu'un événement potentiellement stressant survient, il fait l'objet d'une évaluation cognitive en deux étapes.

- L'évaluation primaire consiste à déterminer si la situation représente une menace, une perte ou un défi.
- L'évaluation secondaire correspond à l'analyse des ressources personnelles disponibles pour y faire face, incluant les capacités d'adaptation (coping).

Le stress apparaît lorsque la personne estime que les exigences de la situation dépassent ses ressources, créant un déséquilibre entre ces deux évaluations [31].

Ces évaluations sont influencées par les caractéristiques individuelles (personnalité, expériences antérieures) ainsi que par le contexte environnemental.

Le terme *coping* désigne l'ensemble des pensées et comportements qu'un individu mobilise pour gérer une situation perçue comme stressante ou menaçante. Il s'agit des stratégies mises en place pour maîtriser, tolérer ou réduire l'impact de la situation sur le bien-être psychologique et physique [32].

Lazarus et Folkman distinguent deux grands types de coping [31] :

8.1 Stratégies centrées sur le problème

Il regroupe les stratégies visant à agir directement sur la source du stress pour en réduire l'impact :

- Résolution de problèmes : analyse de la situation et mise en place de solutions concrètes.
- Réévaluation positive : recherche d'éléments constructifs ou d'opportunités dans la situation.
- Distanciation : prise de recul pour diminuer la charge émotionnelle.
- Confrontation : action directe visant à éliminer ou modifier le stresser.

Ces stratégies sont généralement considérées comme fonctionnelles, surtout lorsque la situation est contrôlable.

8.2 Stratégies centrées sur l'émotion

Il regroupe les stratégies visant à moduler les émotions liées à la situation :

- Autocontrôle émotionnel
- Fuite ou évitement (direct ou indirect)
- Auto-accusation : tendance à se blâmer pour les difficultés rencontrées.

Certaines de ces stratégies peuvent devenir dysfonctionnelles, notamment l'évitement prolongé ou les conduites addictives.

8.3 Stratégies centrées sur le soutien social

Ce type de coping implique la mobilisation de l'entourage :

- Soutien informationnel : recherche de conseils ou d'informations.
- Soutien émotionnel : recherche de réconfort, d'écoute ou d'encouragement [23].

Les auteurs soulignent qu'au-delà des catégories structurelles (problème / émotion / soutien), les stratégies peuvent être évaluées selon leur fonctionnalité :

- Fonctionnelles : efficaces à court et long terme, favorisent l'adaptation.
- Dysfonctionnelles : procurent un soulagement immédiat mais aggravent la situation à long terme (ruminant, évitement persistant, conduites addictives) [23].

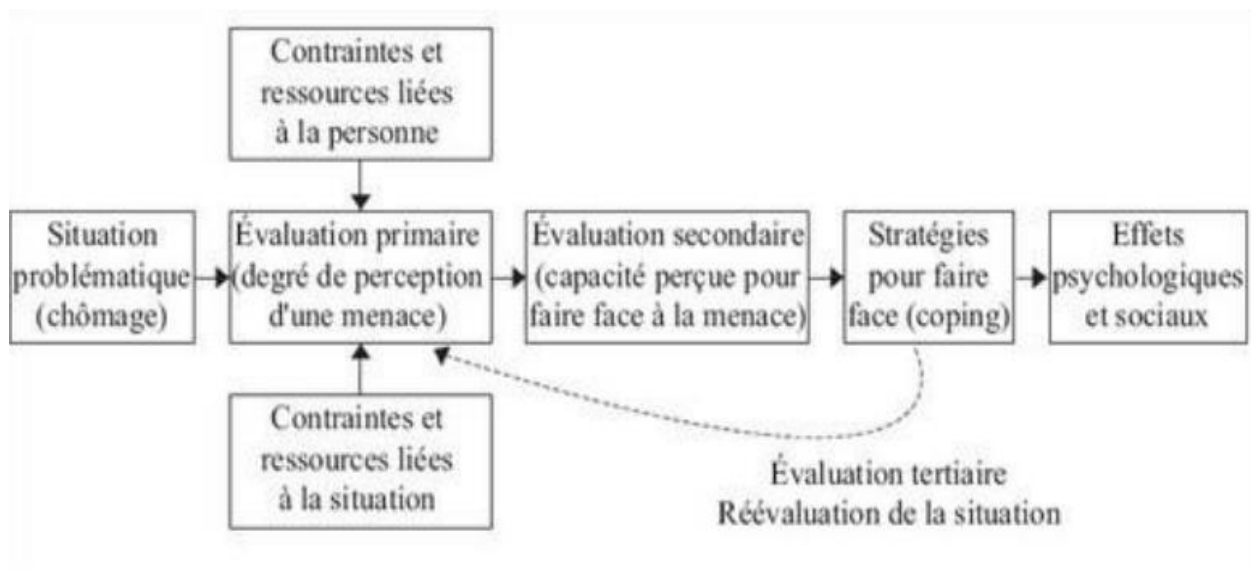


Figure 2 : Modèle transactionnel du stress et du coping de Lazarus et Folkman

Certains facteurs ont montré leur efficacité contre les troubles de santé mentale chez les étudiants en médecine tels que la résilience, le soutien social, l'optimisme, le locus de contrôle et l'auto-efficacité [33,34,35].

9. Résilience

La résilience désigne la capacité d'un individu à s'adapter efficacement face à l'adversité et à maintenir un bien-être psychologique malgré les défis rencontrés [36]. Elle représente un processus dynamique impliquant adaptation et ajustement, ainsi que la capacité de « rebondir » après des expériences difficiles [37]. Dans le contexte des études médicales, la résilience permet aux étudiants de maintenir leur santé mentale malgré les exigences académiques élevées, les situations cliniques difficiles, et l'exposition précoce à la souffrance humaine [38].

La résilience n'est pas une caractéristique fixe mais peut être apprise et renforcée par des interventions ciblées [39]. Les étudiants résilients présentent une meilleure capacité à gérer le stress académique et affichent des taux plus faibles de burnout et de dépression [40]. Des recherches récentes soulignent l'importance d'intégrer le développement de la résilience dans le curriculum médical, en particulier lors des stages cliniques où les étudiants font face à des situations émotionnellement chargées [41].

10. Soutien social

Le soutien social est le réseau sur lequel la personne peut s'appuyer en cas de besoin [42].

11. Optimisme

L'optimisme est la tournure d'esprit qui dispose à prendre les choses du bon côté, en négligeant leurs aspects fâcheux ainsi que le sentiment de confiance dans l'issue d'une situation [43].

12. Locus de contrôle

Locus de contrôle ou lieu de maîtrise ou lieu de contrôle est la tendance que les individus ont à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions ou, au contraire, qu'ils sont le fait de facteurs externes sur lesquels ils n'ont que peu d'influence, par exemple la chance, le hasard, les autres, les institutions ou l'État. La notion de Locus de contrôle est donc une caractéristique individuelle qui reflète lors d'un événement ce que le sujet considère comme relevant de sa responsabilité (locus dit interne) et de celle des autres ou des circonstances extérieures (locus dit externe) [44].

13. Auto-efficacité

L'auto-efficacité ou sentiment d'auto-efficacité se définit par la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche [45,46,47]. Elle influence la manière dont les individus pensent, se sentent, se motivent et agissent face aux défis académiques et cliniques [48].

14. Contraintes psychosociales

14.1 Définition générale

Les contraintes psychosociales désignent l'ensemble des facteurs liés à l'environnement social, économique, familial et académique qui exercent une pression sur le bien-être psychologique et le fonctionnement des individus [49]. Dans le contexte des études médicales, ces contraintes incluent les exigences académiques intensives, la compétition entre pairs, les pressions familiales, les difficultés financières, et l'isolement social [50]. Ces facteurs représentent des déterminants sociaux de la santé mentale qui influencent profondément le vécu des étudiants [51].

14.2 Contraintes académiques

Les contraintes académiques comprennent la surcharge de travail, la vaste étendue du contenu à maîtriser, la fréquence des évaluations, le manque de temps pour réviser, et la peur de l'échec [52]. Ces facteurs sont identifiés comme les sources de stress les plus prévalentes chez les étudiants en médecine, dépassant souvent les stressseurs rencontrés dans d'autres filières universitaires [53]. La compétition académique et les attentes de performance élevées contribuent significativement à l'anxiété et au burnout des étudiants, affectant leur bien-être global et leurs performances académiques [54].

14.3 Contraintes sociales et familiales

Les contraintes sociales incluent l'isolement social, le manque de temps pour les relations interpersonnelles, et les difficultés à maintenir un équilibre satisfaisant entre vie académique et vie personnelle [55]. Les attentes familiales, particulièrement élevées pour les étudiants en médecine issus de milieux modestes, peuvent constituer une source de pression psychologique supplémentaire, créant un conflit entre ambitions personnelles et obligations familiales [56]. Ces pressions sont souvent associées à des sentiments de culpabilité et peuvent aggraver les vulnérabilités psychologiques des étudiants.

14.4 Contraintes économiques

La précarité financière, les coûts élevés associés à la formation médicale, et la nécessité de travailler en parallèle des études constituent des stressseurs importants qui peuvent affecter négativement les performances académiques et la santé mentale des étudiants [57]. Ces difficultés économiques sont souvent exacerbées par l'éloignement du domicile familial et les frais de logement et de subsistance [58]. Les étudiants confrontés à des difficultés financières présentent des taux plus élevés d'anxiété et de symptômes dépressifs.

15. Qualité de vie

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité de vie est définie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » [59]. Elle englobe quatre dimensions principales : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales, et l'environnement, mesurées par le questionnaire WHOQOL-BREF [60].

Des études comparatives ont montré que les étudiants universitaires, y compris ceux en médecine, présentent une qualité de vie inférieure à celle de la population générale, avec des scores particulièrement bas dans les domaines physique, psychologique et environnemental [61]. Cette altération de la qualité de vie est associée à des niveaux élevés de stress académique, d'anxiété, et de symptômes dépressifs, avec des implications potentielles sur les performances académiques et le bien-être futur des médecins [62].

16. Bien-être étudiant

Le bien-être étudiant fait référence à un état positif de santé physique, mentale et sociale permettant aux étudiants de s'épanouir dans leur environnement académique tout en maintenant un équilibre satisfaisant entre les différentes sphères de leur vie [63]. Il inclut des dimensions subjectives (satisfaction de vie, émotions positives) et psychologiques (autonomie, croissance personnelle, relations positives, maîtrise de l'environnement) [64].

Le bien-être des étudiants en médecine est particulièrement menacé par les exigences académiques intenses, les horaires prolongés, l'exposition précoce à la souffrance humaine, et les préoccupations concernant les performances académiques [65]. Le maintien du bien-être étudiant est essentiel non seulement pour la réussite académique, mais aussi pour la prévention du burnout et le développement d'une pratique médicale future de qualité, centrée sur le patient [66].

17. Estime de soi

L'estime de soi désigne l'évaluation globale qu'un individu fait de sa propre valeur en tant que personne [67]. Selon Rosenberg (1965), elle représente une attitude positive ou négative envers le soi dans sa totalité, reflétant le degré auquel une personne se considère comme capable, importante et digne de respect [68]. L'estime de soi comprend deux dimensions principales : une composante cognitive (l'évaluation de ses qualités et défauts) et une composante affective (les sentiments éprouvés envers soi-même) [69]. Elle constitue une ressource psychologique protectrice contre les troubles psychologiques et influence la manière dont les individus réagissent aux événements stressants et gèrent le stress [70].

18. Intégration universitaire

L'intégration universitaire fait référence au processus par lequel les étudiants s'adaptent et s'insèrent dans l'environnement académique et social de l'université [71]. Selon le modèle de Tinto (1993), l'intégration universitaire comporte deux dimensions complémentaires : l'intégration académique, qui concerne l'adaptation aux exigences intellectuelles et pédagogiques de la formation, et l'intégration sociale, qui renvoie à l'établissement de relations satisfaisantes avec les pairs, les enseignants et la communauté universitaire [72]. Une intégration réussie est associée à une meilleure persévérance académique, à un bien-être psychologique accru, et à une réduction du risque d'abandon des études [73]. Les étudiants bien intégrés développent un sentiment d'appartenance à leur institution, participent activement aux activités académiques et sociales, et mobilisent efficacement les ressources de soutien disponibles [71].



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique, menée auprès des étudiants en premier cycle de médecine à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech (FMPM). Cette étude vise à évaluer les contraintes (académiques, sociales et psychologiques) auxquelles les étudiants sont confrontés, ainsi qu'à analyser les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour y faire face

II. Période et lieu de l'étude :

L'étude s'est déroulée sur une durée de 6 mois, de mars 2025 à août 2025, au sein de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech (FMPM).

III. Population cible :

La population étudiée comprenait tous les étudiants inscrits en 1ère et 2ème année de médecine pour l'année universitaire 2024–2025. La participation était volontaire et anonyme.

1. Critères d'inclusion :

- Étudiants inscrits en 1ère ou 2ème année à la FMPM durant l'année universitaire étudiée.
- Étudiants ayant donné leur consentement éclairé après lecture de la note d'information.

2. Critères d'exclusion :

- Étudiants n'ayant pas rempli le questionnaire.
- Étudiants d'autres facultés ou d'années supérieures.
- Questionnaires incomplets ou invalides.
- Étudiants ayant participé au pré-test.

IV. Méthode d'échantillonnage :

- Un échantillonnage de convenance (non probabiliste), incluant tous les étudiants volontaires ayant répondu au questionnaire. Cette méthode a permis de recruter un

échantillon représentatif des étudiants de 1^{ère} et 2^{ème} année disponibles et disposés à participer à l'étude. Les questionnaires ont été distribués aux étudiants via :

- Plateforme en ligne : Diffusion du questionnaire via Google Forms dans les groupes d'entraide des promotions ciblées (1^{ère} et 2^{ème} année).
- Directement à la faculté lors de rencontres dans les salles de cours et amphithéâtres.

V. Instrument de collecte des données :

Le questionnaire, anonyme et auto-administré, et comportant huit sections principales (voir Annexe 1) :

1. Consentement éclairé : approbation des participants pour répondre au questionnaire.
2. Caractéristiques démographiques : genre, âge, année d'étude, origine géographique (urbaine/rurale/étrangère).
3. Parcours scolaire et choix de filière : année d'obtention du baccalauréat, type de lycée, mention, hésitation avant le choix de la médecine, expérience académique antérieure.
4. Niveau socio-économique : éducation et profession des parents, logement, sources de revenu, bourse, emploi pendant l'année universitaire.
5. Contraintes académiques : temps pour révisions, difficulté d'assimilation des connaissances, sentiment de compétition.
6. Bien-être et état psychologique : estime de soi, capacité d'adaptation, niveau de stress, symptômes liés au stress (fatigue, insomnie, anxiété, dépression, troubles digestifs, maux de tête).
7. Transition lycée-université et vie étudiante : intégration, discrimination, harcèlement, impact sur la vie sociale, gestion du stress, stratégies d'adaptation.
8. Améliorations et recommandations : mesures suggérées par les étudiants pour améliorer leur bien-être.

Le questionnaire comprenait principalement des questions à choix multiple et des échelles de Likert (1 à 5) pour évaluer le stress, l'estime de soi et l'adaptation. Quelques questions ouvertes ont été incluses pour permettre aux étudiants de préciser certaines réponses ou expériences personnelles.

VI. Déroulement de l'enquête et recueil des données

Avant la collecte, le questionnaire a été pré-testé auprès de 10 étudiants (non inclus dans l'échantillon final) afin d'assurer la clarté des questions et la faisabilité de la passation. La durée moyenne de remplissage était estimée à 10-15 minutes.

VII. Analyse des données :

1. Analyse statistique :

- Logiciels : Saisie sur Microsoft Excel 2016, analyses avec IBM SPSS Statistics 27.

Analyse descriptive :

- Variables qualitatives : Fréquences et pourcentages
- Variables quantitatives : Moyennes et écarts-types

Analyse comparative :

- Test du Chi² de Pearson pour comparer les proportions entre groupes.
- Corrélations de Pearson pour évaluer les liens entre variables quantitatives.
- Seuil de significativité : Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Dans la partie descriptive, les variables mesurées sur une échelle ont été présentées sous forme de pourcentages pour faciliter la lecture, puis résumées par une moyenne et un écart-type. Dans la partie statistique, les analyses ont été réalisées à partir de la distribution des pourcentages.

2. Gestion des données

- La gestion bibliographique a été assurée par Zotero (version 7.0.15).

VIII. Considérations éthiques

L'étude a respecté les principes éthiques suivants :

- Consentement éclairé des participants.
- Anonymat et confidentialité stricts des réponses.
- Utilisation des résultats exclusivement à des fins académiques et scientifiques.



RESULTATS



A. Étude descriptive :

I. Profil des étudiants de la FMPM :

Cette étude a inclus un total de 217 étudiants (N = 217).

Certaines questions permettent des réponses multiples, ce qui explique que le total dépasse parfois 217. À l'inverse, pour les questions non obligatoires, le total peut être inférieur en raison de non-réponses.

1. Le genre :

L'échantillon était majoritairement féminin 70,5% (n=153) contre 29,5% d'hommes (n=64), soit un sex-ratio H/F de 0,42 (Figure 1).

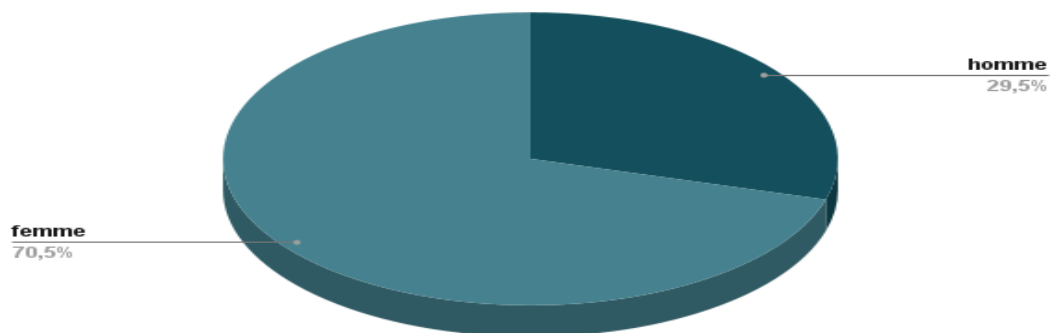


Figure 1 : Répartition des étudiants selon le genre

2. Âge :

La moyenne d'âge des étudiants de notre échantillon était de 18,9 ans \pm 1,1 (Figure 2) (N = 217).

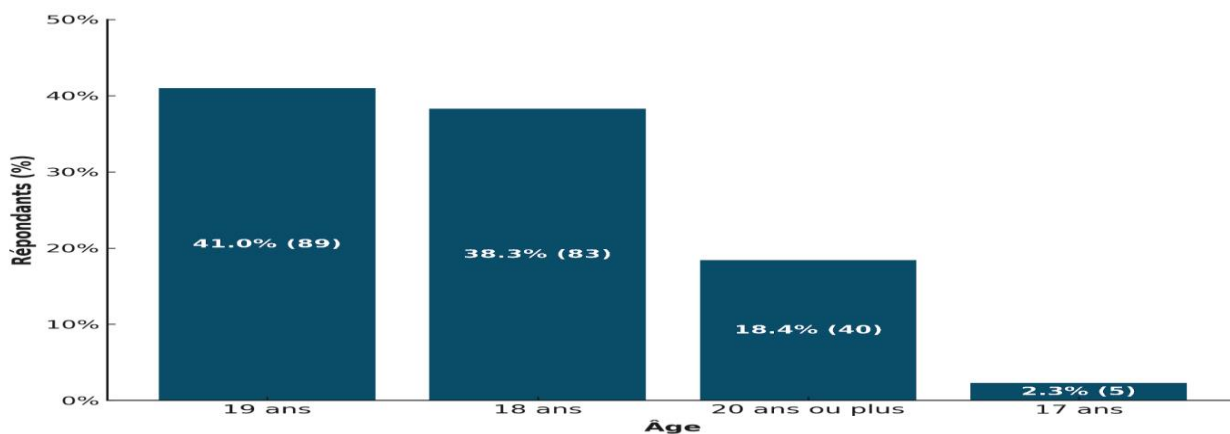


Figure 2 : Répartition des étudiants selon l'âge

3. Année d'étude :

L'étude de la répartition des étudiants selon leur année d'étude a retrouvé un maximum de participation de la part des étudiants de la 1ère année (67,7 %, n = 147) du total des répondants (Figure 3) (N = 217).

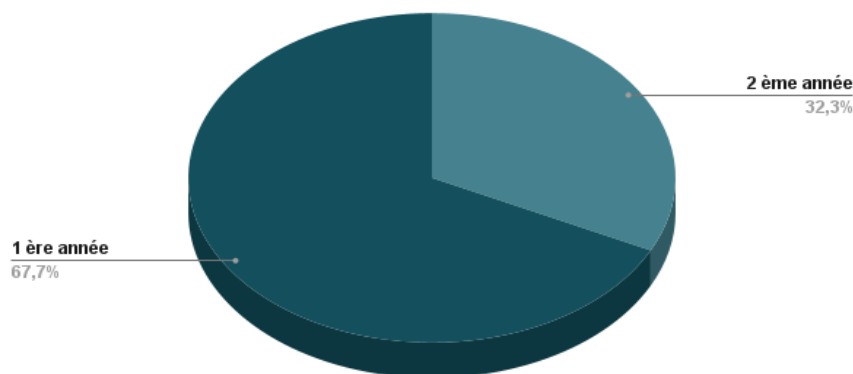


Figure 3 : Répartition des étudiants selon l'année d'étude

4. La zone d'origine :

L'étude de la répartition géographique des étudiants selon la zone d'origine révèle que 93,8 % (n = 195) provenaient du milieu urbain, contre 6,3 % (n = 13) du milieu rural (N=208) (Figure 4).

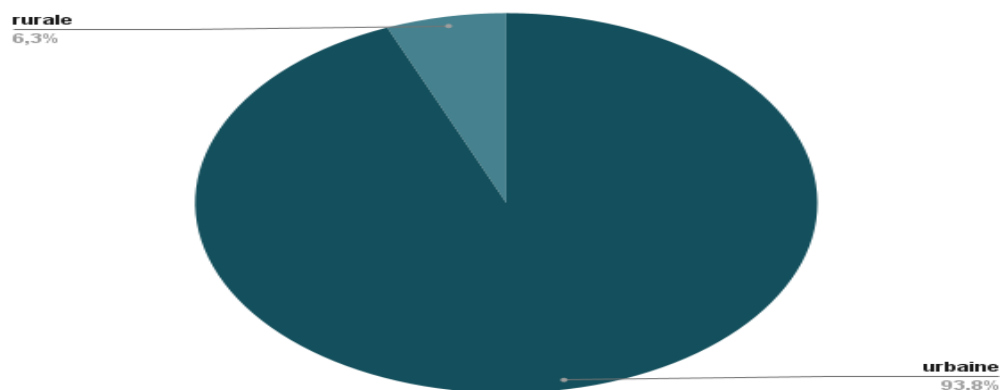


Figure 4 : Répartition des étudiants selon la zone d'origine (urbaine/rurale)

Les étudiants étrangers (n = 6) provenaient de trois nationalités distinctes, avec des proportions de 50,0% (n = 3), 33,3% (n = 2) et 16,7% (n = 1). (Figure 5).

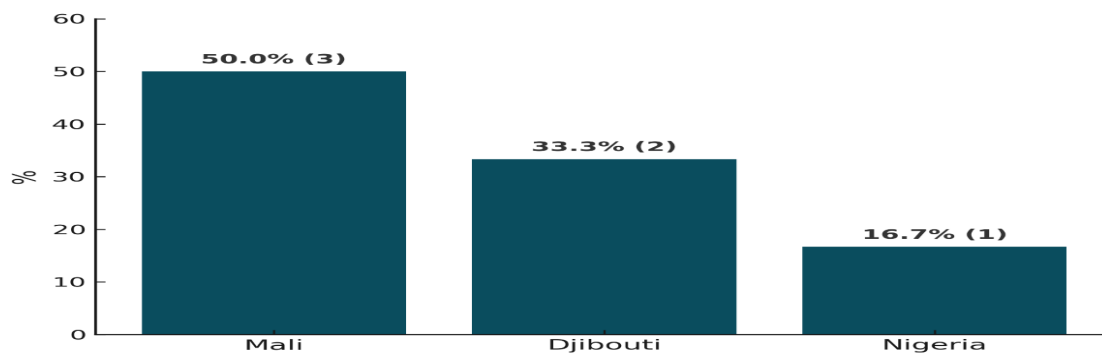


Figure 5 : Répartition des étudiants étrangers selon la nationalité

II. Parcours scolaire et académique antérieur des étudiants de la FMPM:

1. Année d'obtention du baccalauréat :

La majorité des participants étaient diplômés de 2024, avec 57,1% (124) des répondants, suivis des promotions 2023 (35,0%, 76), 2022 (7,4%, 16) et 2021 (0,5%, 1) (Figure 6) (N = 217).

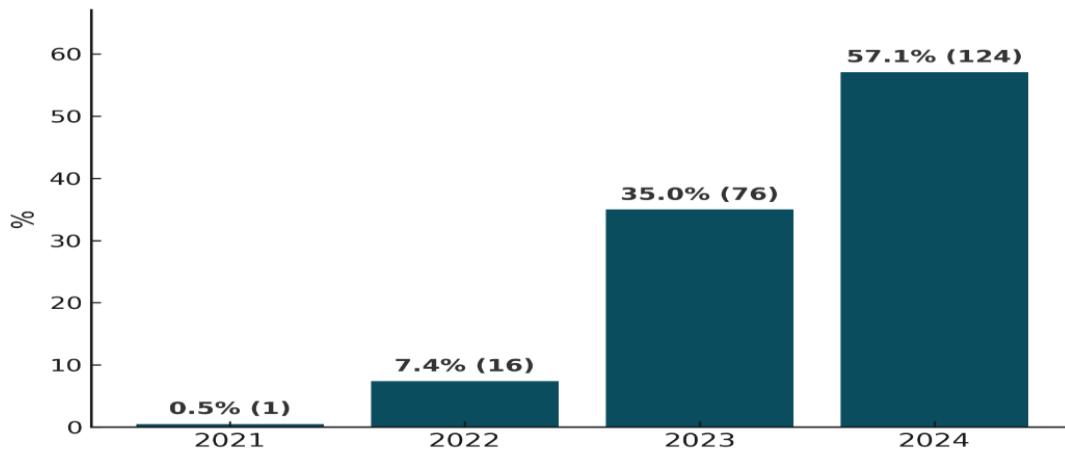


Figure 6 : Répartition selon l'année d'obtention du baccalauréat

2. Type de lycée fréquenté :

La répartition des participants selon le type de lycée fréquenté a montré une légère prédominance du secteur privé, représentant 51,6 % (n = 112) des répondants, contre 48,4

% (n = 105) issus du secteur public (Figure 7) (N = 217).



Figure 7 : Répartition selon le type de lycée fréquenté

3. Mention obtenue au baccalauréat :

Concernant la mention au baccalauréat, l'échantillon présentait un niveau académique élevé, avec 84,3 % (n = 183) de mentions « Très bien », suivies de « Bien » (15,2 %, n = 33) et « Assez bien » (0,5 %, n = 1) (Figure 8) (N = 217).

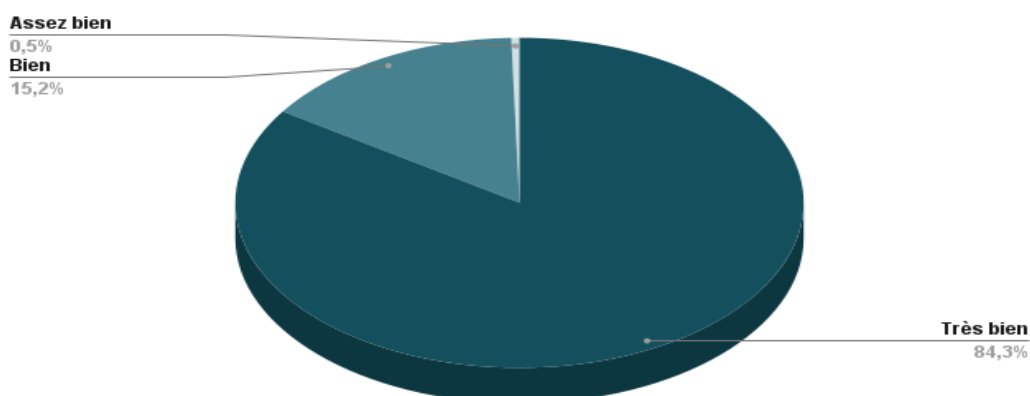


Figure 8 : Répartition selon la mention obtenue au baccalauréat

4. Hésitation avant le choix de la médecine :

60,8 % (n = 132) des participants ont déclaré ne pas avoir hésité, tandis que 39,2 % (n = 85) ont exprimé avoir eu des doutes avant de s'orienter vers cette filière (Figure 9) (N = 217).

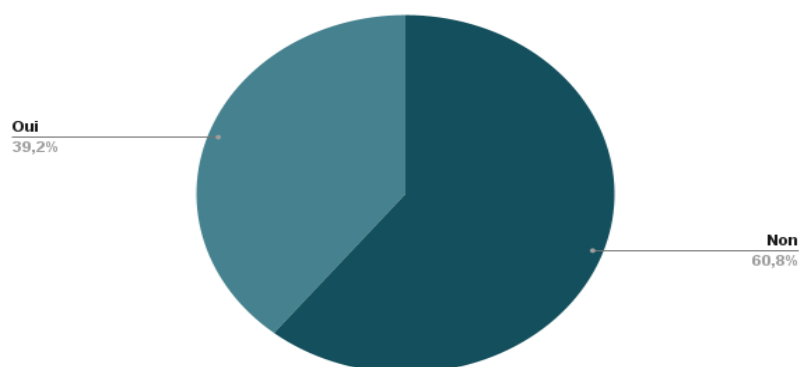


Figure 9 : Hésitation avant le choix de la filière médicale.

4.1 Raisons de l'hésitation :

Les principales raisons évoquées par ces derniers concernaient d'autres options de carrière (31,2 %), le manque d'intérêt initial (25,0 %), la durée et la difficulté des études (22,5 %), les problèmes du système médical (10,0 %), et un rêve d'enfance pour d'autres domaines (6,2 %). La catégorie « Autres » (5,0 %) regroupait des facteurs personnels tels que la pression familiale ou la peur de l'échec (Figure 10).

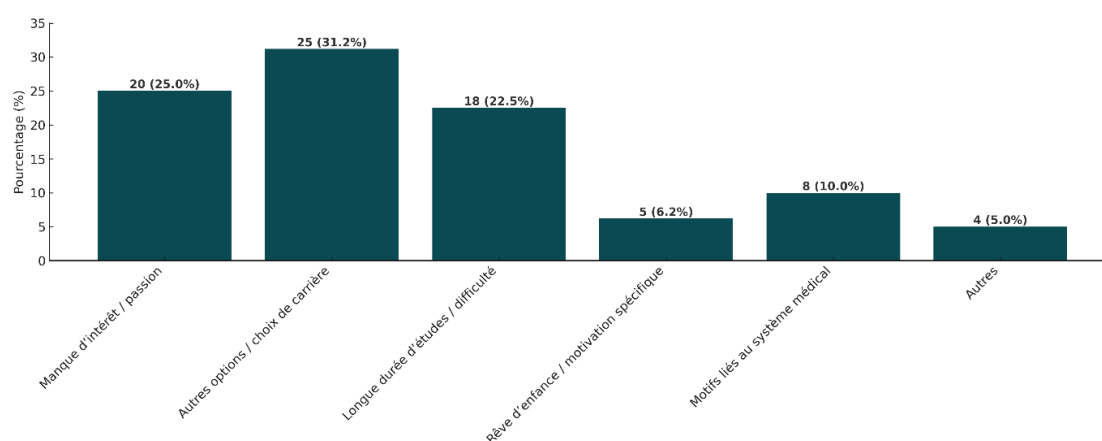


Figure 10 : Raisons principales de l'hésitation avant le choix de la médecine

5. Expérience universitaire antérieure :

Avant leur admission à la FMPM, 74,9 % (n = 162) des étudiants n'avaient jamais poursuivi d'études universitaires, tandis que 25,1 % (n = 55) disposaient d'une expérience universitaire antérieure (Figure 11) (N = 217).

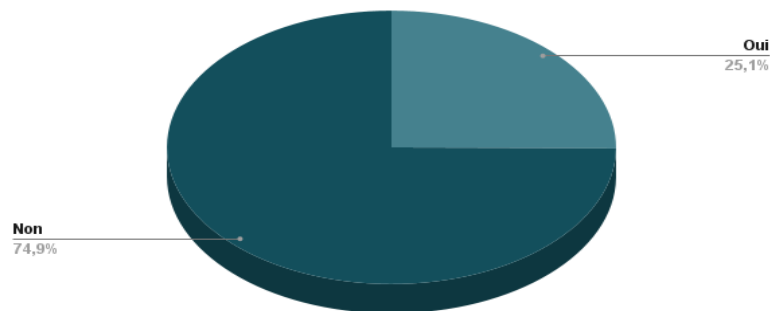


Figure 11 : Expérience universitaire antérieure

6. Sentiment de compétence pour réussir la filière médicale :

L'évaluation du sentiment de compétence des étudiants pour réussir la filière de médecine a révélé que 59,9% (n = 130) des répondants se sentent confiants dans leur capacité à réussir, tandis que 37,8% (n = 82) ne sont pas sûrs de leur réussite, et 2,3% (n = 5) ont répondu non (N = 217). (Figure 12)

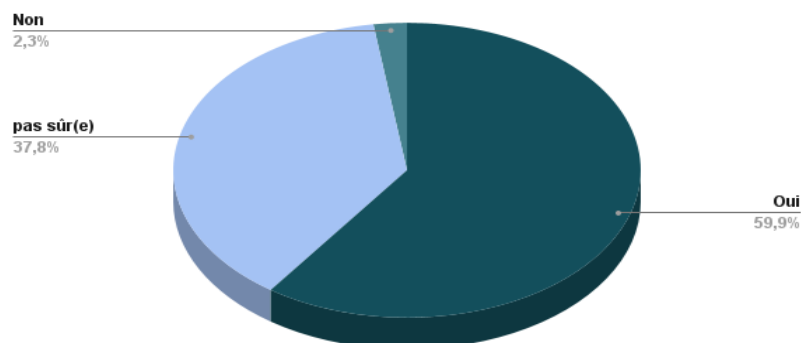


Figure 12 : Sentiment de compétence pour réussir la filière médicale

7. Perception de la médecine comme filière socio-économiquement élevée :

Seulement 38,2 % des étudiants (n = 83) perçoivent la médecine comme une filière associée à un niveau socio-économique élevé, tandis que 61,8 % (n = 134) ne partagent pas cette opinion (N = 217). (Figure 13)

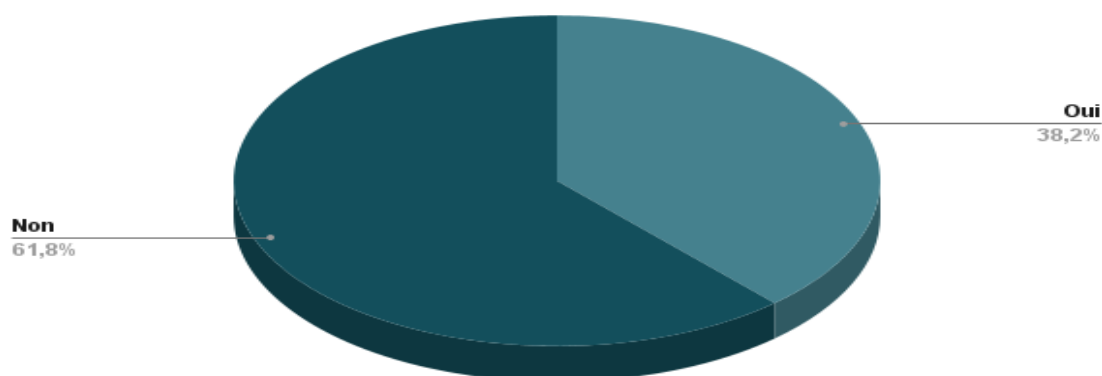


Figure 13 : Perception de la médecine comme filière socio-économiquement élevée

III. Situation socio-économique et conditions de vie des étudiants de la FMPM :

1. Niveau d'étude des parents / tuteurs financiers :

62,6% des tuteurs financiers avaient un diplôme de niveau licence ou plus, contre 24,2% de niveaux intermédiaires et 18,5% de niveaux inférieurs au bac. 10,9% des étudiants ignoraient ce niveau (N = 245) (Figure 14). le total dépasse celui des étudiants 217 car certains ont indiqué le niveau d'étude de leurs deux parents/tuteurs.

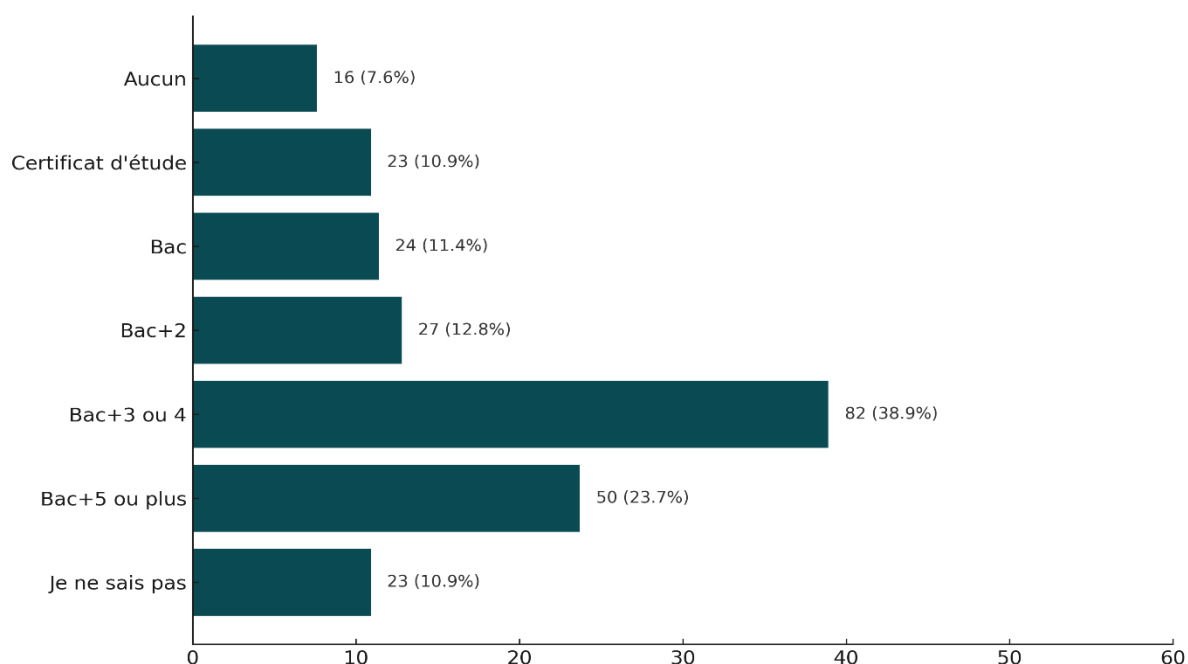


Figure 14 : Niveau d'étude des parents ou tuteurs financiers

2. Profession des parents / tuteurs financiers :

Les tuteurs financiers des étudiants étaient majoritairement issus du secteur de l'enseignement et de l'éducation (32,8 %, n = 60), suivis des fonctionnaires et agents de l'administration publique (23,0 %, n = 42) et des ingénieurs et techniciens (18,0 %, n = 33). Les professions médicales (7,1 %, n = 13), libérales (5,5 %, n = 10), ainsi que les commerçants, artisans et indépendants (6,6 %, n = 12) représentaient des proportions plus modestes. Enfin, les retraités (4,4 %, n = 8) et une catégorie diverse (2,7 %, n = 5) complètent cette répartition (N = 183) (Figure 15). Le total des réponses est inférieur au nombre total d'étudiants, car certains n'ont pas renseigné la profession de leurs parents/tuteurs.

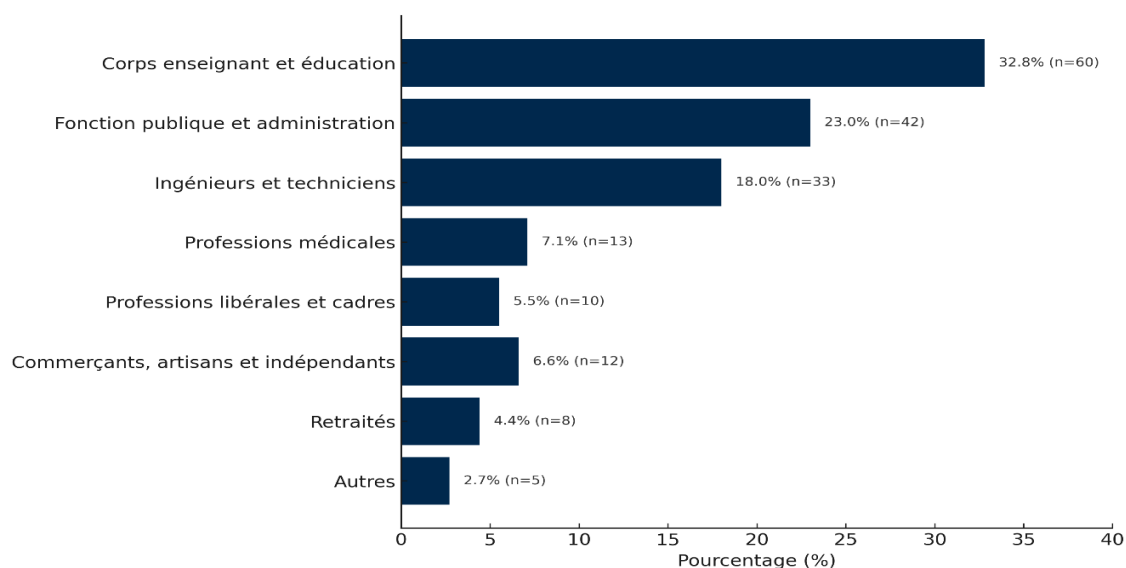


Figure 15 : Profession des parents ou tuteurs financiers

3. Type de logement :

Dans notre étude, 43,8% des étudiants résidaient chez leur famille, 25,5% en location individuelle, 24,5% en colocation, 3,1% en cité universitaire, 2,6% dans une maison de famille et 0,5% dans leur propre logement. (N = 192) (Figure 16).

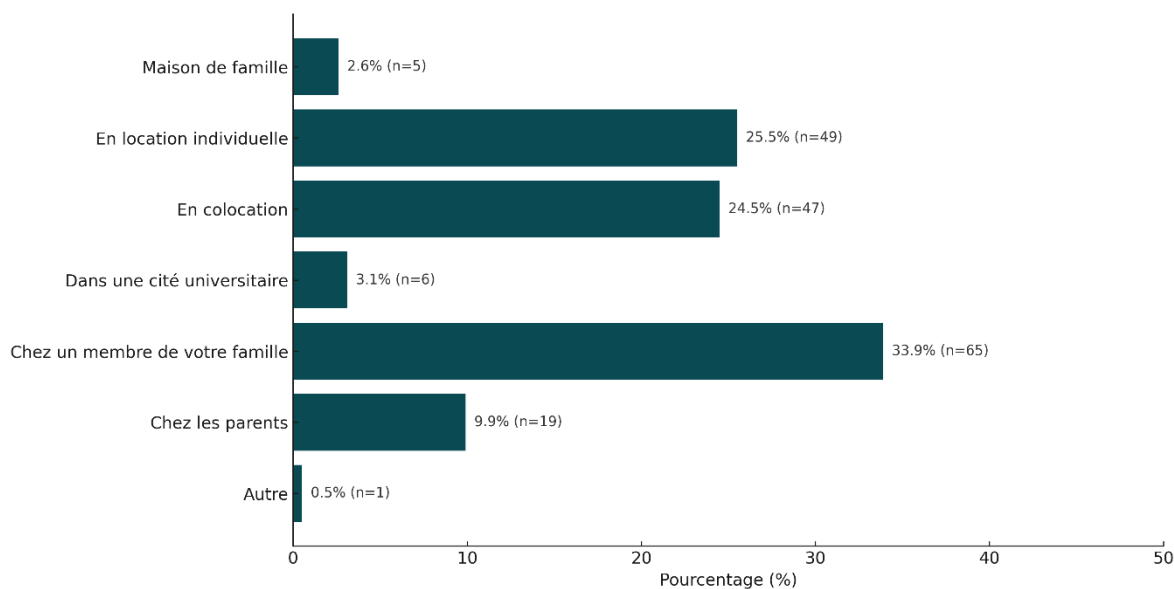


Figure 16 : Répartition selon le type de logement

4. Source de financement des études :

Dans notre échantillon, 93,0% des étudiants étaient financés par leurs parents, 4,1% par une bourse, 1,4% par un travail à temps partiel, et 1,5% par d'autres sources combinées (N = 217). (Figure 17)

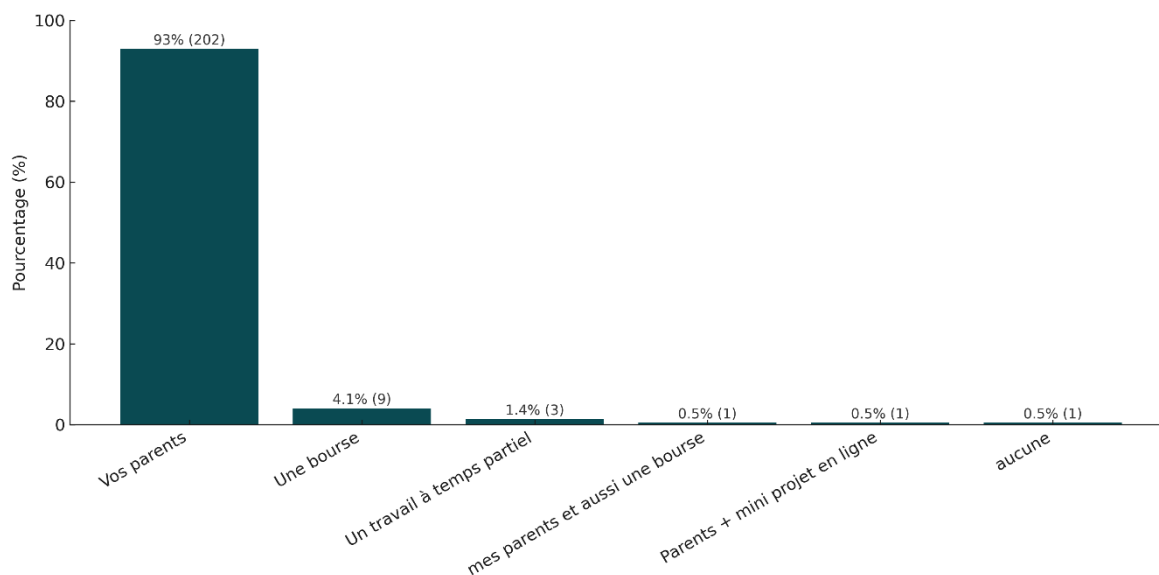


Figure 17 : Source principale de financement des études

5. Bourse :

Un peu plus de la moitié des étudiants déclaraient ne pas bénéficier d'une bourse 57,6 % (n = 125), tandis que 42,4 % (n = 92) affirmaient en être bénéficiaires (N = 217). (Figure 19)

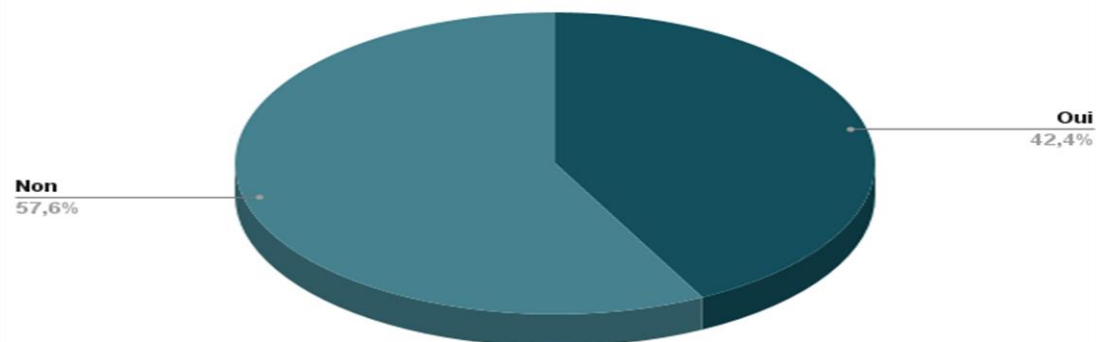


Figure 18 : Bénéfice d'une bourse d'études

6. Travail à temps partiel :

En ce qui concerne l'activité professionnelle des étudiants, les résultats montrent que la quasi-totalité d'entre eux n'exercent pas de travail à temps partiel 94,5 % (n = 205). Seule une minorité de 5,5 % (n = 12) déclare occuper un emploi rémunéré parallèlement à leurs études.(N = 217) (Figure 20)

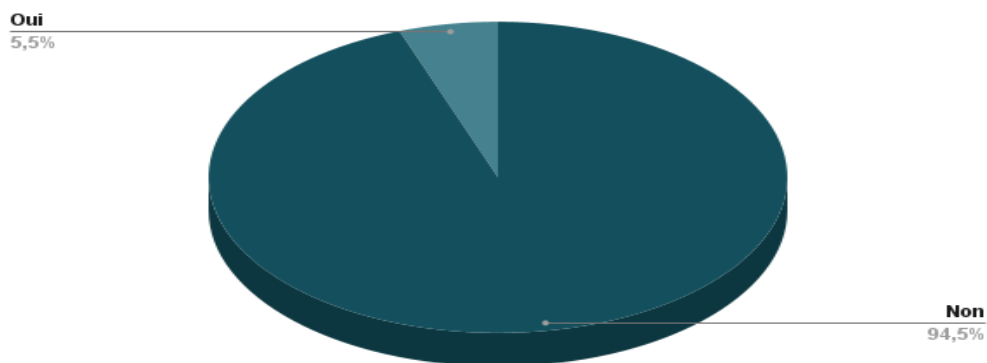


Figure 19 : Activité professionnelle parallèle aux études

6.1 Motifs de travail à temps partiel :

Parmi les étudiants exerçant une activité à temps partiel, 58,3% (n = 7) ont déclaré travailler principalement par nécessité financière, contre 25,0% (n = 3) motivés par le désir de vivre de nouvelles expériences, et 16,7% (n = 2) cherchant à cultiver un sentiment d'indépendance. (Figure 20)

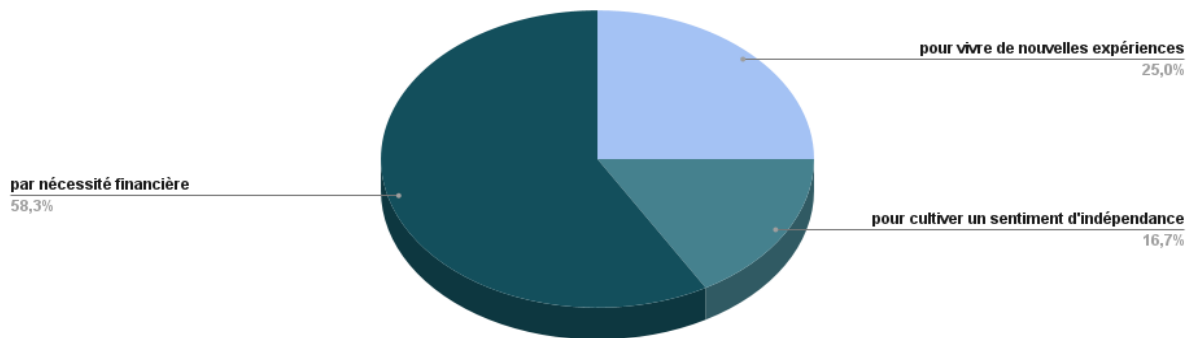


Figure 20 : Motifs du travail à temps partiel

IV. Contraintes académiques et logistiques rencontrées par les étudiants de la FMPM :

1. Moyen de transport utilisé pour se rendre à la faculté :

Les étudiants se rendent principalement à la faculté à pied (33,2 %, n = 72), suivis de la voiture (18,0 %, n = 39) et de la moto (17,1 %, n = 37). Le bus (16,6 %, n = 36) et le taxi (9,7 %, n = 21) sont moins utilisés, tandis que le covoiturage et le vélo restent marginaux (2,8 %, n = 6 chacun) (N = 217). (Figure 21)

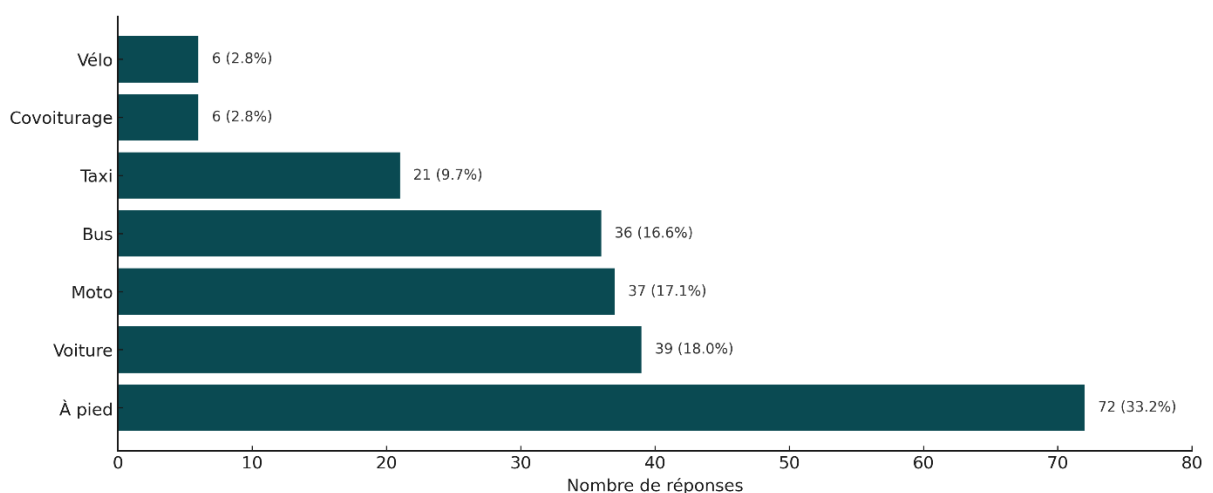


Figure 21 : Moyen de transport utilisé pour se rendre à la faculté

2. Durée du trajet jusqu'à la faculté :

La majorité des étudiants mettent moins de 30 minutes pour se rendre à la faculté (67,7 %, n = 147). 27,2 % (n = 59) déclarent un trajet de 30 minutes à 1 heure, tandis qu'une minorité (5,1 %, n = 11) dépasse plus d'une heure de trajet (N = 217). (Figure 22)

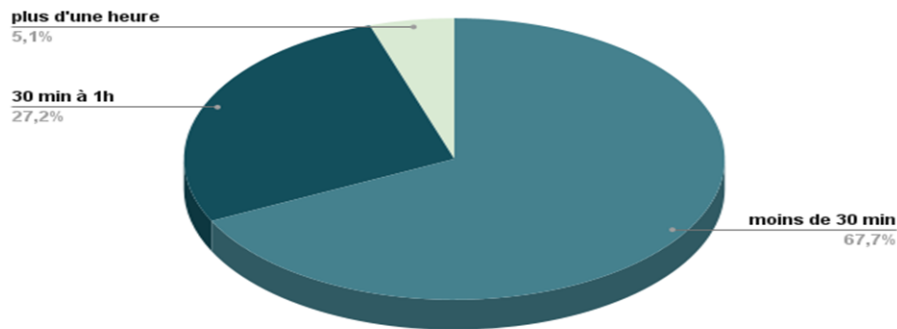


Figure 22 : Durée du trajet jusqu'à la faculté

3. Temps disponible pour les révisions et devoirs :

Une légère majorité des étudiants estiment ne pas avoir suffisamment de temps pour leurs révisions et devoirs (57,9 %). En revanche, 42,1 % des étudiants déclarent en disposer assez (N = 217). (Figure 23)

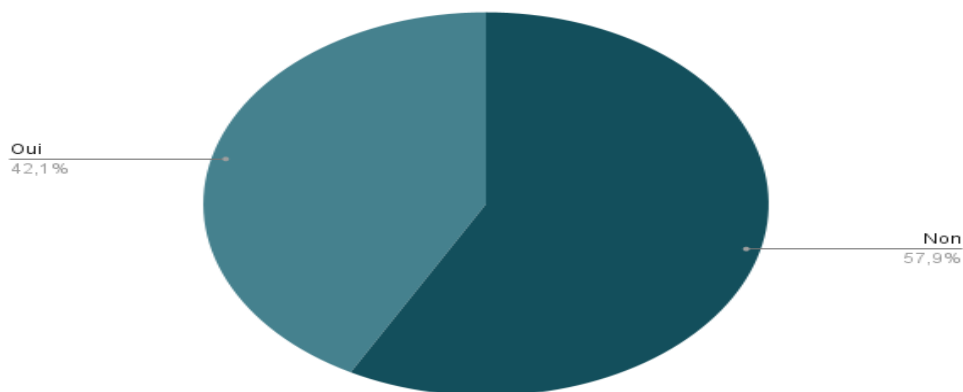


Figure 23 : Temps disponible pour les révisions et devoirs

4. Difficultés à assimiler le volume de connaissances :

89,8% des étudiants jugeaient la quantité de connaissances difficile à assimiler contre 10,2% qui ne signalaient pas de difficultés (N = 217). (Figure 24)

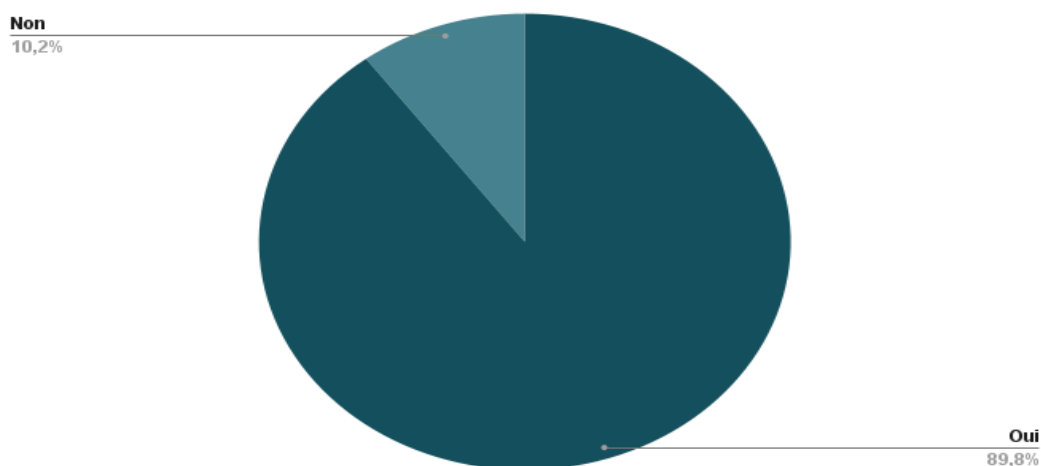


Figure 24 : Difficultés à assimiler le volume de connaissances

5. Perception de la compétition entre étudiants :

Plus de la moitié des étudiants (55,8 %) déclarent ressentir un niveau modéré de compétition entre pairs, alors que 22,6 % la jugent importante et 21,2 % inexistante (N = 217) (Figure 25).

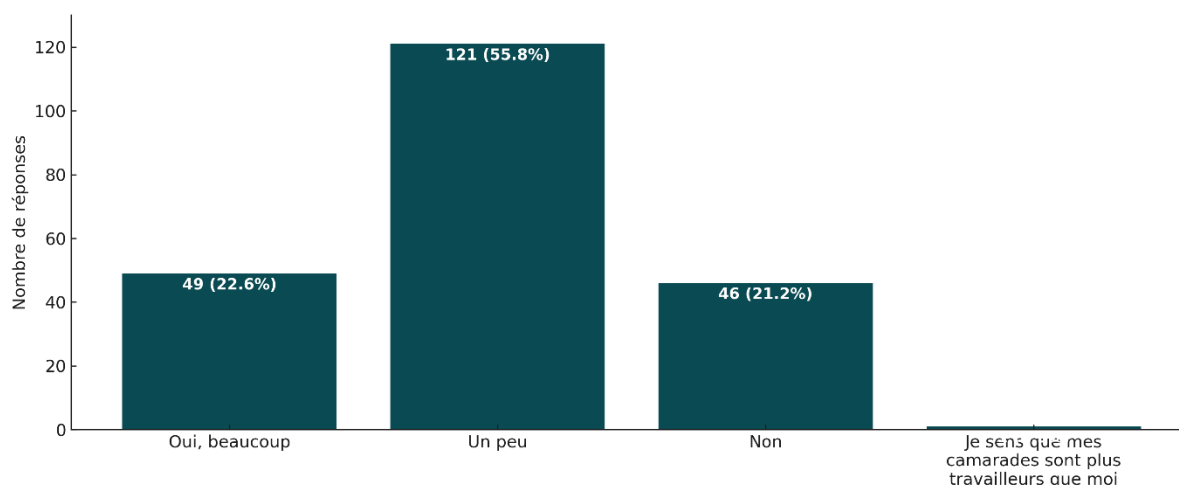


Figure 25 : Perception de la compétition entre étudiants

V. Bien-être et état psychologique des étudiants de la FMPM :

1. Estime de soi (échelle 1-5) :

Concernant l'évaluation de l'estime de soi sur une échelle de 1 à 5, 35,9 % (n = 78) des participants ont déclaré une estime de soi moyenne, 31,8 % (n = 69) une estime de soi élevée, 14,7 % (n = 32) une estime de soi faible, 12,9 % (n = 28) une estime de soi très élevée, et 4,6 % (n = 10) une estime de soi très faible. La moyenne du score global d'estime de soi était de $3,34 \pm 0,9$, (N = 217) (Figure 26).

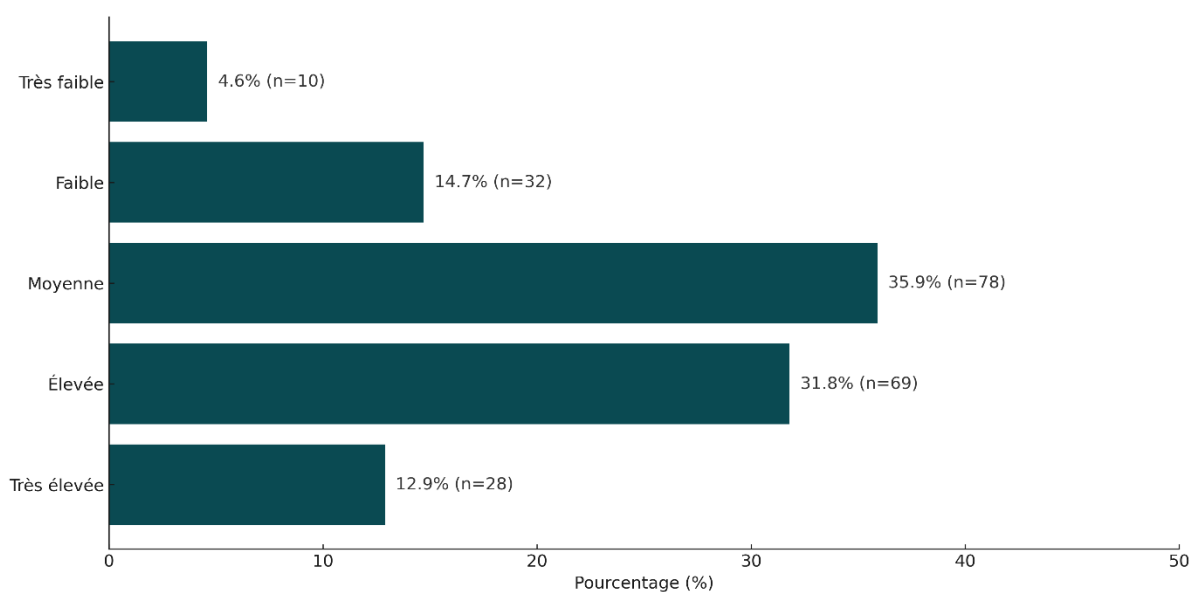


Figure 26 : Répartition des étudiants selon leur niveau d'estime de soi

2. Capacité d'adaptation (échelle 1-5) :

Sur une échelle de 1 à 5, la capacité d'adaptation se répartissait comme suit : moyenne (38,7 %, n = 84), élevée (33,6 %, n = 73), très élevée (14,7 %, n = 32), faible (9,7 %, n = 21), et très faible (3,2 %, n = 7). La moyenne du score global d'adaptation était de $3,47 \pm 0,9$ (N = 217) (Figure 27).

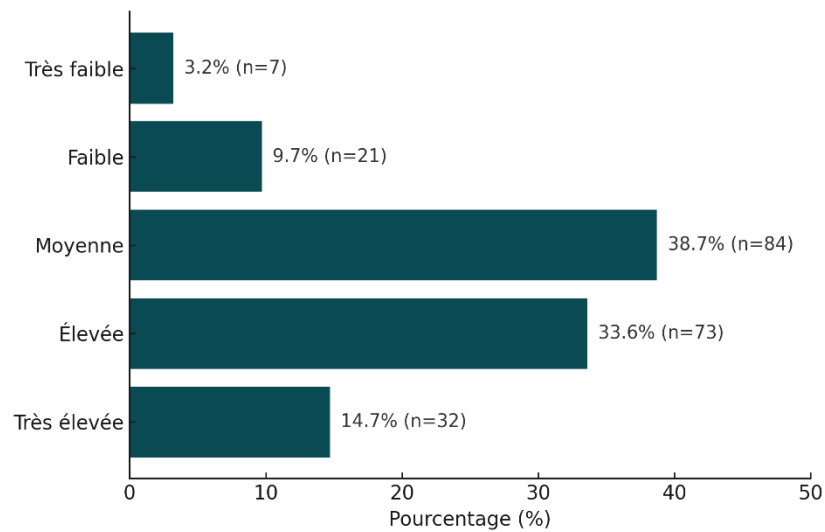


Figure 27 : Répartition selon la capacité d'adaptation (échelle 1-5)

3. Niveau de stress général :

L'évaluation du niveau de stress général révèle une prévalence importante : la moitié des étudiants (50,2 %, n = 109) rapportaient un stress élevé ou très élevé, 41,9 % (n = 91) un stress modéré, et seulement 7,8 % (n = 17) un stress faible (N = 217) (Figure 28).

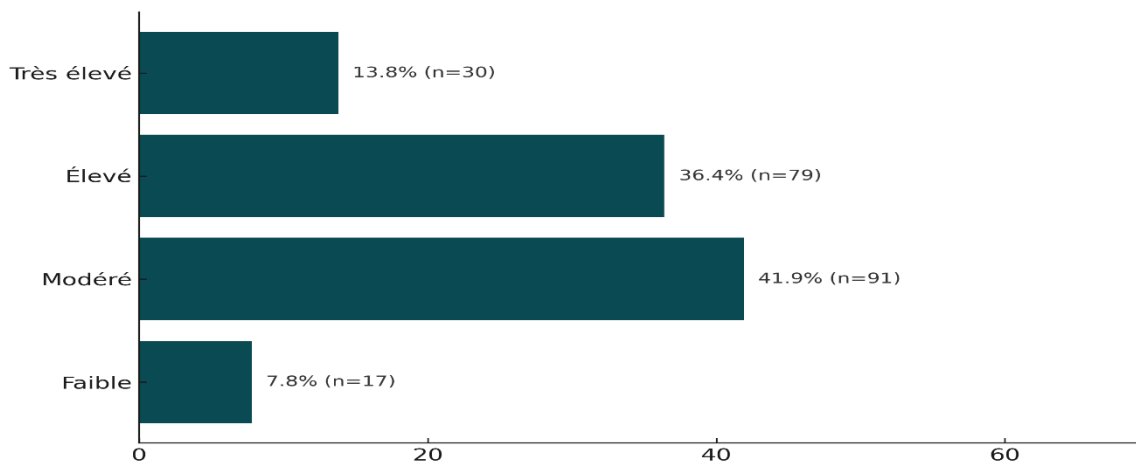


Figure 28 : Répartition selon le niveau de stress général

4. Symptômes liés au stress :

Les symptômes les plus fréquents liés au stress étaient la fatigue chronique (55,3 %) et l'anxiété (50,7 %). Les étudiants ont également rapporté des insomnies (43,7 %) et des maux de tête (34,0 %), suivis de la dépression (27,6 %) et des troubles digestifs (20,8 %). Enfin, 4,6 % des répondants ont mentionné d'autres symptômes, tels que l'irritabilité, la prise de poids, le manque de motivation, et, dans un cas isolé, des idéations suicidaires. Le total dépasse 217, car certains répondants ont rapporté plusieurs symptômes. (Figure 29)

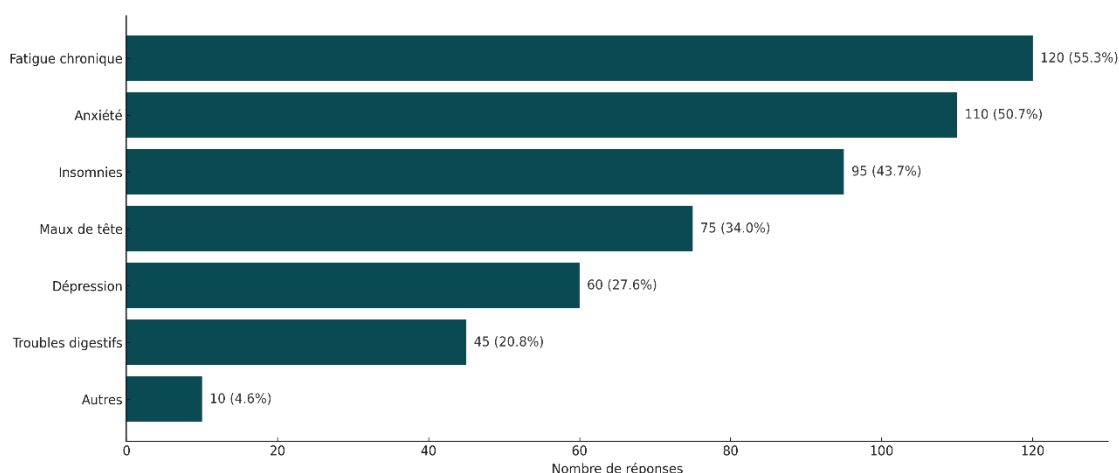


Figure 29 : Symptômes physiques et psychologiques liés au stress

VI. Transition lycée-université et intégration universitaire des étudiants de la FMPM :

1. Transition lycée-université :

La majorité des étudiants ont évalué leur transition vers l'université comme moyenne (33,6 %, n = 73). Tandis que 25,8 % l'ont trouvée plutôt facile et 12,4 % fluide. En revanche, 28,1 % (catégories "difficile" et "très difficile") ont rencontré des difficultés marquées. La moyenne du score global de transition était de $3,10 \pm 1,0$ (N = 217) (Figure 30).

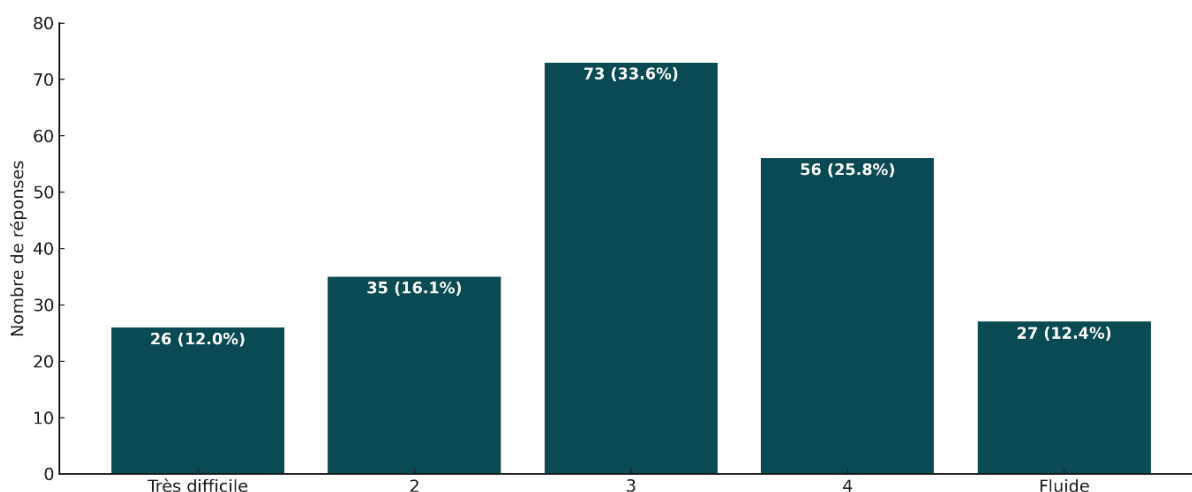


Figure 30 : Évaluation de la transition du lycée vers l'université

2. Intégration à la faculté :

L'analyse des réponses montre que la majorité des étudiants (54,8 %, n = 119) se déclaraient plutôt bien intégrés à la faculté, tandis que 17,5 % (n = 38) estimaient être totalement intégrés. En revanche, 23,5 % (n = 51) se sentaient plutôt non intégrés, et 4,1 % (n = 9) déclaraient ne pas du tout se sentir intégrés. (N = 217) (Figure 31)

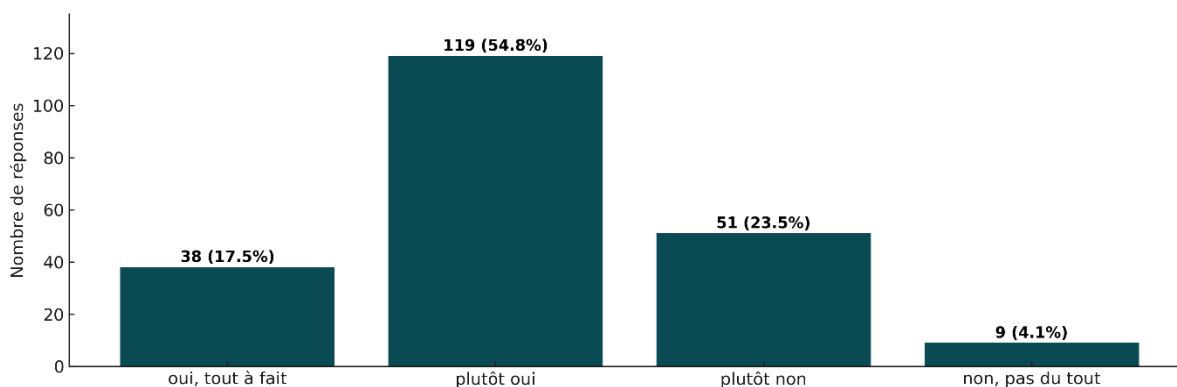


Figure 31 : Niveau d'intégration à la faculté

3. Expériences de discrimination au sein de la faculté :

La quasi-totalité des étudiants (97,7 %, n = 212) n'ont pas été victimes de discrimination au sein de la faculté. Seuls 2,3 % (n = 5) ont déclaré en avoir subi (N = 217). (Figure 32)

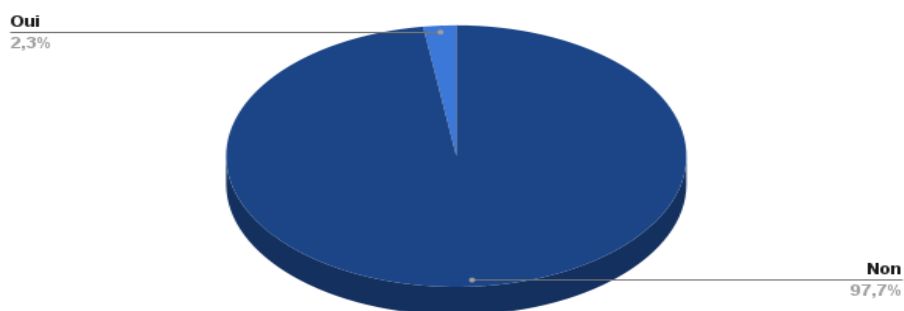


Figure 32 : Expériences de discrimination au sein de la faculté

Parmi les 5 étudiants (2,3%) ayant déclaré avoir subi une discrimination, aucun motif spécifique n'a été prédominant. Les raisons évoquées concernaient notamment le niveau socio-économique, la nationalité ou d'autres ressentis individuels.

4. Expériences de harcèlement ou de discrimination pendant les études :

Le harcèlement et la discrimination concernent 4,6 % des étudiants (n = 10), la grande majorité (95,4 %, n = 207) n'en rapportant pas (N = 217). (Figure 33)

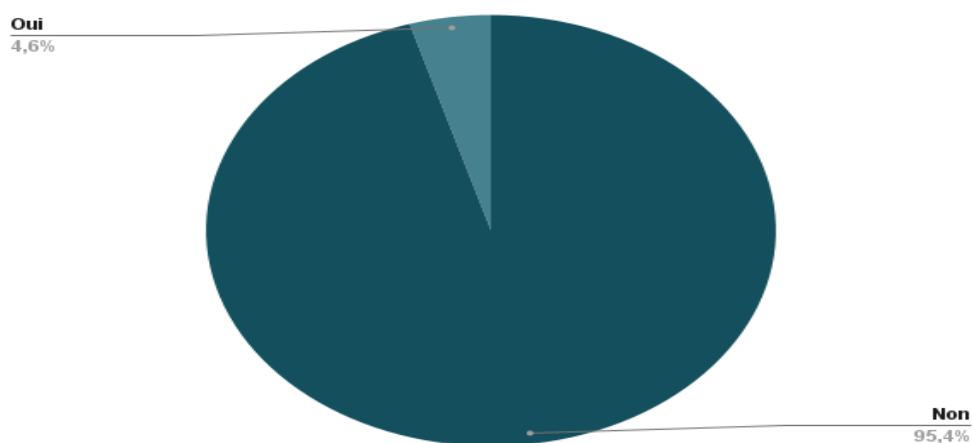


Figure 33 : Expériences de harcèlement ou de discrimination pendant les études

5. Impact des études sur la vie sociale :

Les exigences des études médicales influençaient la vie sociale de la majorité des étudiants : 24,0 % (n = 52) déclaraient une atteinte significative, 20,7 % (n = 45) considérable et 14,3 % (n = 31) importante. Seuls 19,8 % (n = 43) rapportaient un impact léger, et 21,2 % (n = 46) peu ou pas d'effet (N = 217). (Figure 34)

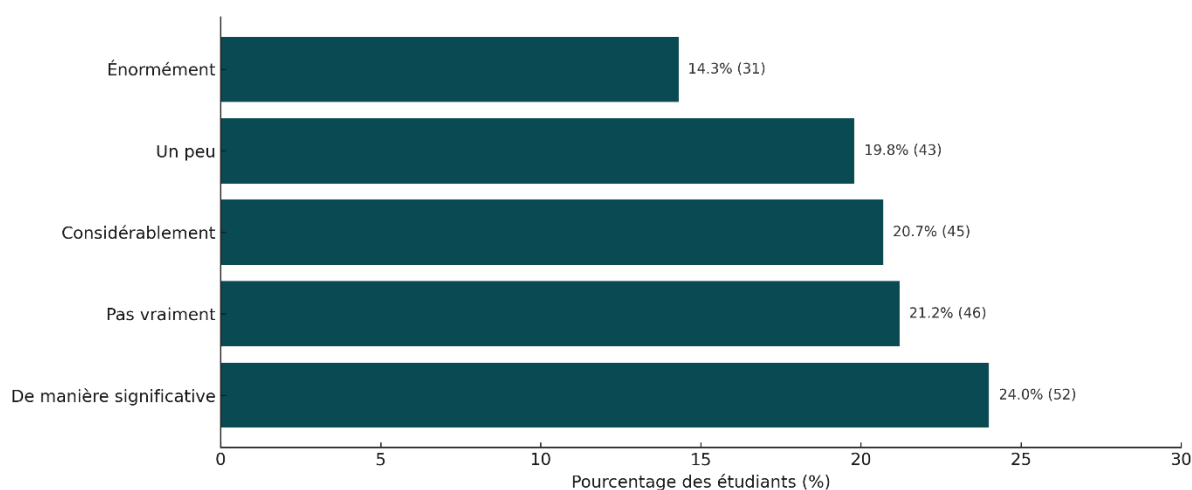


Figure 34 : Impact des études médicales sur la vie sociale

6. Capacité à concilier vie sociale et études :

La majorité des étudiants (41,9 %, n = 91) déclaraient parvenir modérément à concilier leur vie sociale avec les exigences des études médicales. Près d'un quart (25,8 %, n = 56) estimaient y parvenir difficilement, tandis que 18,9 % (n = 41) rapportaient une conciliation satisfaisante. À l'inverse, 10,6 % (n = 23) affirmaient ne pas y parvenir du tout, et seulement 2,8 % (n = 6) déclaraient y parvenir pleinement. Score moyen $2,78 \pm 0,9$ (N = 217) (Figure 35)

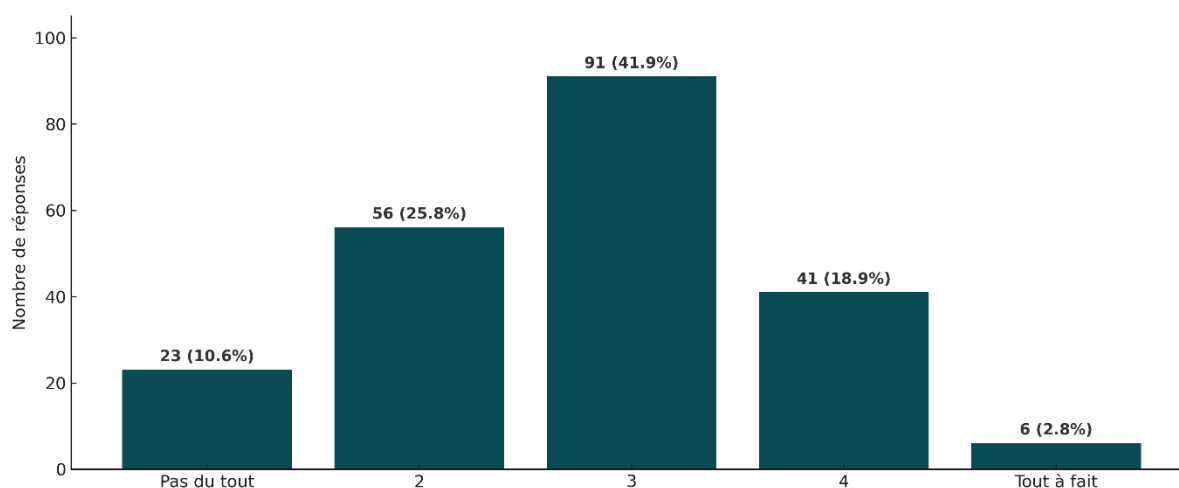


Figure 35 : Capacité à concilier vie sociale et études

7. Fréquence du stress académique :

L'analyse de la fréquence du stress académique révèle une exposition quasi-constante : 83,8 % (n = 182) des étudiants ressentait du stress de manière quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle, avec une répartition relativement homogène entre ces trois catégories (27,6 %, 27,2 % et 29,0 % respectivement). Seuls 15,2 % (n = 33) rapportaient un stress rare, et à peine 0,9 % (n = 2) n'en ressentait jamais (N = 217). (Figure 36).

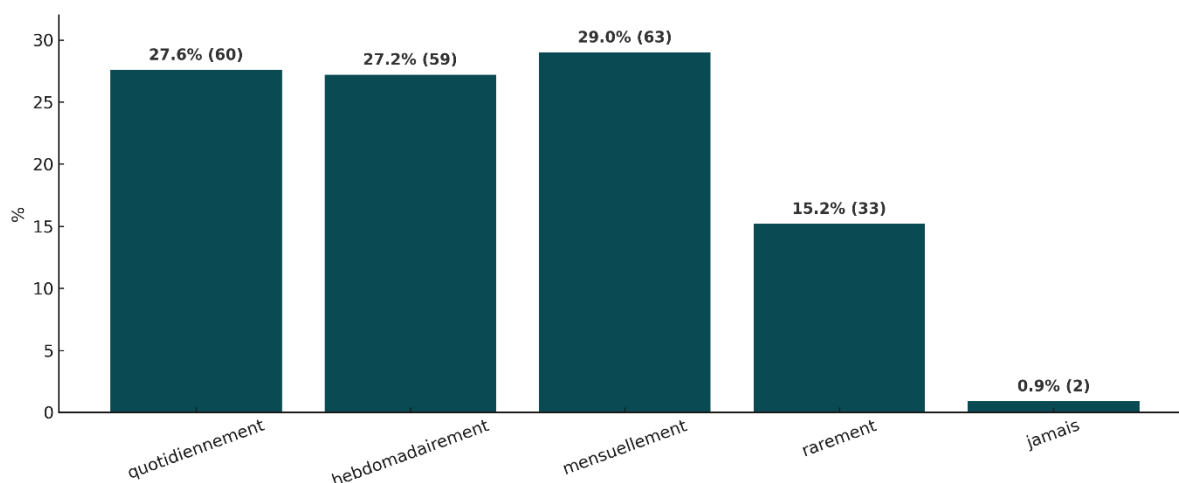


Figure 36 : Fréquence du stress académique

8. Pression sociale et familiale :

L'analyse de la pression sociale et familiale révèle qu'une large majorité d'étudiants (71,9 %, n = 156) en ressentait, soit de manière constante (30,9 %, n = 67), soit occasionnellement (41,0 %, n = 89). Seuls 28,1 % (n = 61) déclaraient ne pas être soumis à cette pression (N = 217) (Figure 37).

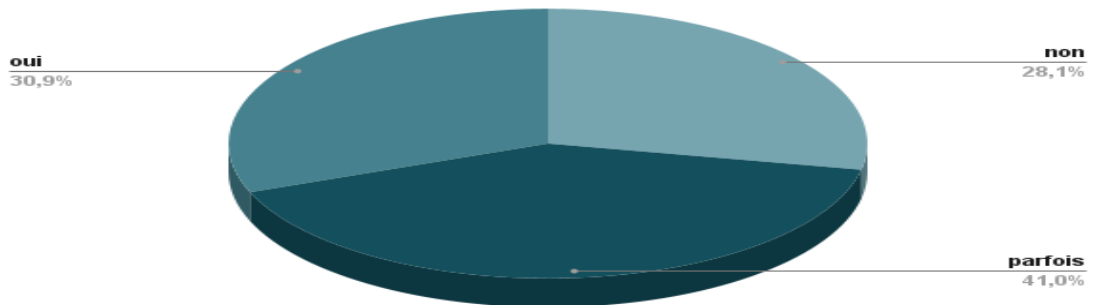


Figure 37 : Pression sociale et familiale ressentie

9. Symptômes de dépression, d'anxiété ou de troubles émotionnels :

Parmi les participants, 66,4 % (n = 144) ont ressenti des symptômes de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels depuis leur arrivée à l'université, 19,8 % (n = 43) étaient incertains, et 13,8 % (n = 30) n'en ont pas ressenti (N = 217) (Figure 38).

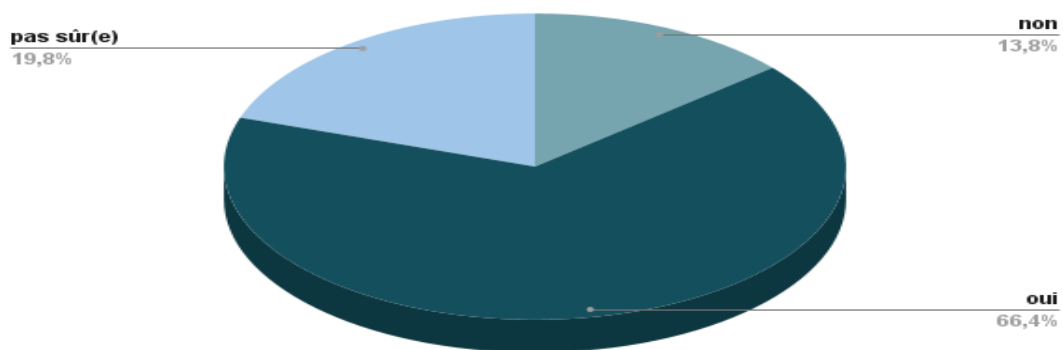


Figure 38 : Symptômes de dépression, d'anxiété ou de troubles émotionnels

10. Recherche d'aide ou de soutien psychologique :

Parmi les 144 étudiants rapportant des symptômes psychologiques, seuls 19,5 % (n = 28) ont cherché de l'aide, contre 80,5 % (n = 116) qui n'ont entrepris aucune démarche (N = 144) (Figure 39).

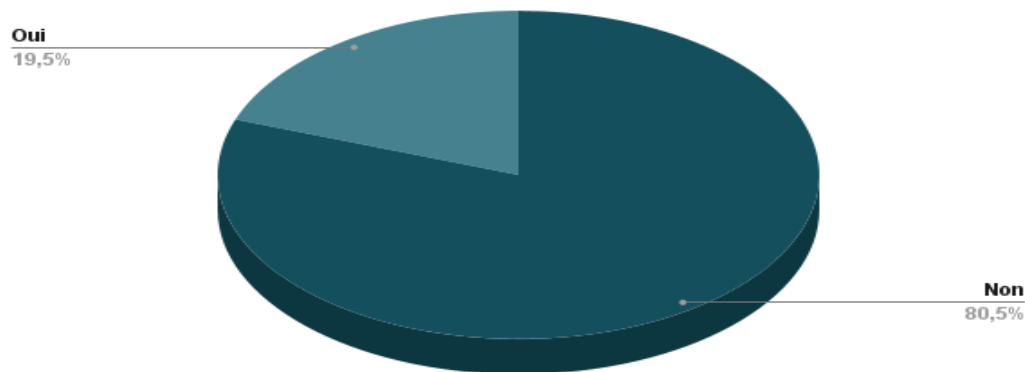


Figure 39 : Recherche d'aide ou de soutien psychologique

11. Perception de l'adéquation du programme d'études avec le marché de la santé :

La majorité des étudiants estiment que leur programme d'études est assez bien aligné (39,3 %, n = 77) ou partiellement aligné (34,2 %, n = 67) sur les besoins réels du marché de la santé. Une minorité le juge insuffisant (14,3 %, n = 28), tandis que 11,2 % (n = 22) le considèrent comme très bien aligné. Enfin, 1,0 % (n = 2) pensent qu'il n'est pas du tout aligné. (N = 196) (Figure 40)

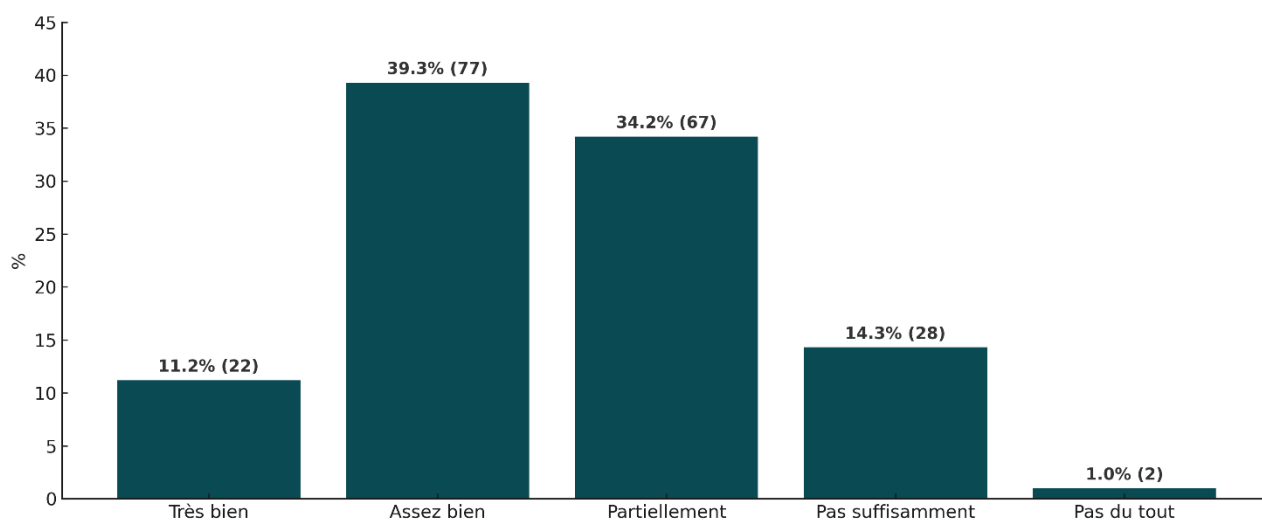


Figure 40 : Perception de l'adéquation du programme d'études avec le marché de la santé

12. Accès aux ressources supplémentaires :

Une majorité d'étudiants (63,1 %) déclarent ne pas avoir accès à des ressources supplémentaires telles que des tutorats, des groupes d'étude ou des séances de conseil académique. En revanche, 36,9 % des étudiants affirment en bénéficier. (Figure 41)

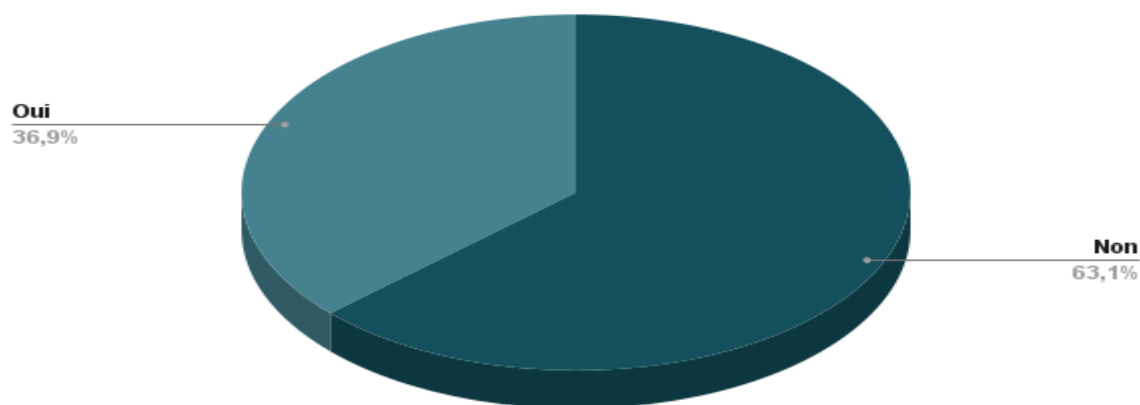


Figure 41 : Accès aux ressources supplémentaires (tutorat, groupes d'étude, etc.)

13. Principales contraintes rencontrées par les étudiants :

La charge de travail académique est la contrainte la plus fréquemment citée par les étudiants (87,1 %, n = 189), suivie des difficultés à gérer son temps (73,7 %, n = 160). La pression pour performer académiquement est également un défi majeur pour 63,1 % des étudiants (n = 137). D'autres contraintes incluent l'isolement ou la solitude (30,9 %, n = 67), la pression financière (22,6 %, n = 49), et, dans une moindre mesure, les problèmes de logement (13,8 %, n = 30) Le total des répondants dépasse l'effectif global, car plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. (Figure 42)

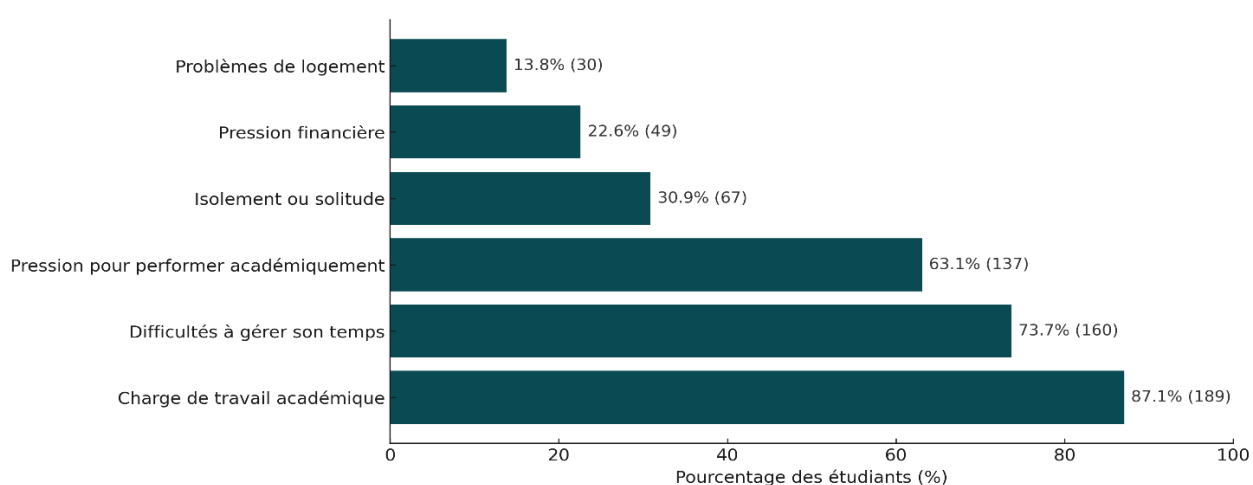


Figure 42 : Principales contraintes rencontrées par les étudiants

14. Activités anti-stress pratiquées :

Une légère majorité des étudiants (54,8 %, n = 115) déclarent pratiquer des activités telles que le sport, les loisirs ou les sorties pour gérer leur stress. En revanche, 45,2 % (n = 95) des étudiants indiquent ne pas avoir le temps pour de telles activités. (N = 210) (Figure 43)

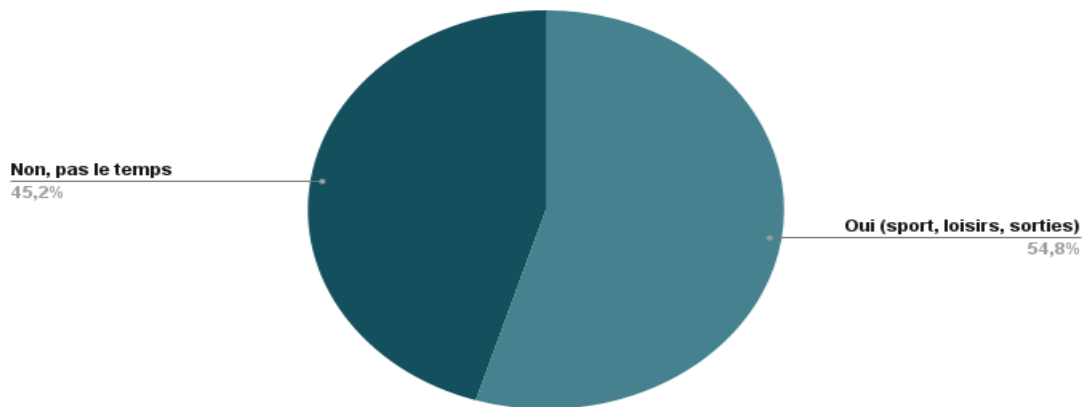


Figure 43 : Activités anti-stress pratiquées

15. Stratégies d'adaptation adoptées :

La stratégie la plus adoptée par les étudiants est l'établissement d'une routine saine incluant sommeil, alimentation, gestion du temps et loisirs (63,6%). Fixer des objectifs réalistes et clairs pour leur carrière est également une approche courante (46,1 %, n = 100), suivie de l'appel à un proche pour un soutien émotionnel (41,5 %, n = 90). La participation à des activités parascolaires ou à des clubs étudiants est également citée par près d'un tiers des répondants (29%). Enfin, demander de l'aide auprès de professionnels de la santé mentale (6,9 %, n = 15) et chercher de l'aide auprès des enseignants ou tuteurs (2,3 %, n = 5) sont des pratiques moins fréquentes. Enfin, quelques étudiants (2,3%) ont évoqué d'autres stratégies personnelles, telles que la prière, la méditation ou encore le repli sur soi. L'effectif total dépasse N, car les étudiants pouvaient sélectionner plusieurs choix (tableau I).

Tableau I : Stratégies d'adaptation adoptées

Stratégies d'adaptation	Nombre de répondants (n)	Pourcentage (%)
Essayez d'établir une routine saine (alimentation, sommeil, gestion du temps, sport, loisirs...)	138	63,6
Fixez des objectifs réalistes et clairs pour votre carrière	100	46,1
Appelez quelqu'un de proche pour obtenir un soutien émotionnel	90	41,5
Participez activement aux activités parascolaires ou aux clubs étudiants	63	29,0
Demandez de l'aide auprès de professionnels de la santé mentale	15	6,9
Cherchez de l'aide auprès de vos enseignants ou de tuteurs en cas de difficultés académiques	5	2,3
Autres	5	2,3

VII. Recommandations et mesures d'amélioration du bien-être étudiant à la FMPM :

1. Mesures suggérées par les étudiants pour améliorer leur bien-être :

Tableau II : Mesures suggérées par les étudiants pour améliorer leur bien-être

Mesures proposées par les étudiants	Nombre de répondants (n)	Pourcentage (%)
Moins de charge de travail	142	67,3
Plus de soutien psychologique	115	54,5
Plus d'activités parascolaires	98	46,4
Plus de flexibilité dans les cours/examens	176	83,4
Autres (gestion du temps, sport...)	10	4,7

L'analyse des suggestions des étudiants met en évidence que la flexibilité dans les cours et examens (83,4 %) et la réduction de la charge de travail (67,3 %) constituent les priorités majeures pour améliorer leur bien-être. Le soutien psychologique (54,5 %) et le développement d'activités parascolaires (46,4 %) apparaissent également comme des besoins importants. Enfin, une minorité (4,7 %) a exprimé des réponses alternatives, telles que la

gestion du temps et le sport. L'effectif total dépasse N, car les étudiants pouvaient sélectionner plusieurs choix. (Tableau II).

B. Etude analytique :

À la suite de la présentation des résultats descriptifs, une étude analytique bivariée a été conduite afin d'identifier les facteurs associés aux différentes variables évaluées chez les étudiants en médecine du premier cycle de la FMPM.

L'objectif de cette analyse était d'étudier les liens entre le profil des étudiants (sexe, année d'étude, origine géographique, type de logement, bourse, travail à temps partiel, etc.) et les variables mesurées dans cette recherche, à savoir : l'estime de soi, la capacité d'adaptation, le niveau de stress, la présence de symptômes de dépression/anxiété/troubles émotionnels et l'intégration universitaire.

Les associations ont été testées à l'aide du test du Chi² de Pearson ou du test exact de Fisher. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

Enfin, les corrélations entre les variables psychologiques elles-mêmes ont été analysées à l'aide du test de corrélation de Pearson, permettant de construire le modèle conceptuel des interactions observées au sein de la population étudiante de la FMPM. Pour les besoins de l'analyse statistique, certaines modalités de réponse initialement distinctes ont été regroupées en catégories homogènes lorsque leur signification ou leur orientation étaient similaires, afin d'obtenir des classes plus cohérentes et de faciliter l'interprétation des résultats.

1. Niveau de stress selon les caractéristiques des étudiants de la FMPM

Tableau III : Niveau de stress selon les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales

Variables	Faible (%)	Modéré (%)	Élevé (%)	Très élevé (%)	Valeur p
Sexe (Femme / Homme)	7,2 / 4,7	52,3 / 65,6	29,4 / 28,1	11,1 / 1,6	0,06
Année d'étude (1ère / 2ème)	8,2 / 2,9	54,4 / 60,0	27,9 / 31,4	9,5 / 5,7	0,41
Zone d'origine (Urbaine / Rurale)	7,18 / —	56,0 / 61,5	28,2 / 30,8	8,7 / 7,7	0,7
Type de lycée (Privé / Public)	8,93 / 3,81	56,25 / 56,19	28,75 / 29,52	6,25 / 10,78	0,3
Logement					0,6
Famille	9,0	60,3	30,8	7,7	
Colocation / Location	3,1	55,2	33,3	8,3	
Cité universitaire / Autre	—	70,0	20,0	10,0	
Moyen de transport (Individuel / Collectif)	4,9 / 7,8	48,6 / 42,2	37,8 / 42,2	8,6 / 7,8	0,7
Bourse (Oui / Non)	3,26 / 8,80	63,04 / 51,20	23,91 / 32,80	9,78 / 7,20	0,09
Travail à temps partiel (Oui / Non)	16,76 / 5,85	66,67 / 55,61	17,67 / 29,76	8,78 / —	0,3
Pression sociale et familiale (Oui, Parfois / Non)	8,96 / 9,84	50,75 / 65,57	26,87 / 19,67	13,43 / 4,9	0,03
Sentiment de compétence					0,001
Non	—	60,0	—	40,0	
Oui	4,62	63,08	27,69	4,62	
Pas sûr(e)	9,76	45,12	32,93	12,20	
Activité anti-stress (Oui / Non)	27,0 / 33,7	9,6 / 2,1	60,0 / 49,5	3,5 / 14,7	0,01

La relation entre la pression sociale et familiale et le niveau de stress est statistiquement significative ($p = 0,03$). Les étudiants soumis à une forte pression de leur entourage présentent des niveaux de stress plus élevés que ceux qui ne ressentent pas cette contrainte.

Par ailleurs, le sentiment de compétence est fortement corrélé au stress ($p = 0,001$) : les étudiants confiants en leurs capacités rapportent un niveau de stress moindre comparé à ceux qui se perçoivent comme moins compétents.

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

De plus, la pratique régulière d'activités destinées à réduire le stress, comme des loisirs ou des exercices physiques, est également associée à un niveau de stress plus faible ($p = 0,01$).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le reste des variables (sexe, année d'étude, zone d'origine, type de lycée, logement, moyen de transport, bourse, travail à temps partiel).

2. Estime de soi selon les caractéristiques des étudiants de la FMPM

Tableau IV : Estime de soi selon les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales

Variables	Très faible (%)	Faible (%)	Moyenne (%)	Élevée (%)	Très élevée (%)	Valeur p
Genre (Femme / Homme)	5,9 / 1,9	17,0 / 9,4	34,6 / 39,1	30,7 / 34,4	11,8 / 15,6	0,34
Année d'étude (1ère / 2ème)	4,8 / 4,3	11,6 / 21,4	36,7 / 34,3	33,3 / 28,6	13,6 / 11,4	0,4
Zone d'origine (Urbaine / Rurale)	4,1 / 7,7	15,4 / 15,4	35,4 / 23,1	31,8 / 38,5	13,3 / 15,4	0,7
Type de lycée (Privé / Public)	3,6 / 5,7	14,3 / 15,2	36,6 / 35,2	32,1 / 31,4	13,4 / 12,4	0,96
Logement						0,018
Famille	6,0	35,7	33,3	34,5	11,9	
Colocation / Location	4,2	16,7	38,5	31,3	7,3	
Cité universitaire / Autre	8,3	50,0	25,0	83,3	8,3	
Moyen de transport (Individuel / Collectif)	5,1 / 2,5	16,4 / 7,5	35,0 / 40,0	29,9 / 40,0	13,6 / 10,0	0,3
Bourse (Oui / Non)	3,3 / 5,6	19,6 / 12,0	31,5 / 39,2	31,5 / 32,0	14,1 / 11,2	0,26
Travail à temps partiel (Oui / Non)	8,3 / 4,4	25,0 / 15,6	16,7 / 36,6	50,0 / 30,7	— / 12,7	0,41
Pression sociale et familiale (Oui, Parfois / Non)	6,4 / 18,0	17,9 / 6,6	35,3 / 37,7	29,5 / 37,7	10,0 / —	0,003
Sentiment de compétence						0,0001
Non	—	11,0	20,0	60,0	20,0	
Oui	9,2	23,2	35,4	26,8	19,2	
Pas sûr(e)	3,7	9,2	35,4	36,2	15,5	
Activité anti-stress (Oui / Non)	2,6 / 7,4	25,3 / 6,1	35,7 / 35,8	40,0 / 23,2	15,7 / 8,4	0,0001

Les résultats montrent que l'estime de soi des étudiants est significativement influencée par le type de logement ($p = 0,018$), la pression sociale et familiale ($p = 0,003$), le sentiment de compétence ($p < 0,0001$) ainsi que la pratique d'une activité anti-stress ($p < 0,0001$). Ces facteurs sont associés à des variations notables dans les niveaux d'estime de soi.

En revanche, aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour le reste des variables

3. Présence de symptômes de dépression ou d'anxiété selon les caractéristiques des étudiants de la FMPM

Tableau V : la présence de symptômes de dépression/anxiété/troubles émotionnels et les variables sociodémographiques et psychosociales.

Variables	Non (%)	Oui (%)	Pas sûr(e) (%)	Valeur p
Genre (Femme / Homme)	12,4 / 17,2	68,0 / 62,5	19,6 / 20,3	0,6
Année d'étude (1ère / 2ème)	17,0 / 7,1	59,2 / 81,4	23,8 / 11,4	0,005
Zone d'origine (Urbaine / Rurale)	15,4 / —	65,6 / 76,9	19,0 / 23,1	0,4
Type de lycée (Privé / Public)	17,9 / 9,5	67,0 / 65,7	15,2 / 24,8	0,1
Logement				0,5
Famille	14,3	65,5	20,2	
Colocation / Location	10,4	68,8	20,8	
Cité universitaire / Autre	7,7	53,8	38,5	
Moyen de transport (Individuel / Collectif)	13,4 / 15,6	70,9 / 48,9	15,7 / 35,6	0,007
Bourse (Oui / Non)	14,1 / 13,6	68,5 / 64,8	17,4 / 21,6	0,7
Travail à temps partiel (Oui / Non)	25,0 / 13,2	66,7 / 66,3	8,3 / 20,5	0,3
Pression sociale et familiale (Oui, Parfois / Non)	7,5 / 27,9	83,6 / 49,2	9,0 / 23,0	0,001
Sentiment de compétence				0,0003
Non	—	100,0	—	
Oui	17,7	64,6	17,7	
Pas sûr(e)	8,5	67,1	24,4	
Activité anti-stress (Oui / Non)	15,7 / 10,5	67,8 / 66,3	16,5 / 23,2	0,3

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

L'année d'étude influence significativement la présence de symptômes de dépression/anxiété ($p = 0,005$) : les étudiants de 2ème année rapportent plus de symptômes que ceux de 1ère année.

Le moyen de transport est également associé à ces symptômes ($p = 0,007$) : les étudiants utilisant des transports collectifs déclarent plus de troubles émotionnels que ceux utilisant un transport individuel.

La pression sociale et familiale joue un rôle majeur ($p = 0,001$) : les étudiants subissant cette pression présentent plus de symptômes de dépression/anxiété que ceux qui n'en subissent pas.

En revanche, aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour le reste des variables (genre, zone d'origine, type de lycée, logement, bourse, travail à temps partiel).

4. Capacité d'adaptation selon les caractéristiques des étudiants de la FMPPM

Tableau VI : Capacité d'adaptation selon les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales

Variables	Très faible (%)	Faible (%)	Moyenne (%)	Élevée (%)	Très élevée (%)	Valeur p
Genre (Femme / Homme)	3,9 / 1,6	12,4 / 3,1	39,2 / 37,5	31,4 / 39,1	13,1 / 18,8	0,14
Année d'étude (1ère / 2ème)	4,1 / 1,4	12,2 / 4,3	37,4 / 41,4	32,7 / 35,7	13,6 / 17,1	0,3
Zone d'origine (Urbaine / Rurale)	2,1 / 15,4	10,3 / —	39,5 / 38,5	30,8 / 33,3	14,9 / 15,4	0,9
Type de lycée (Privé / Public)	3,6 / 2,9	9,8 / 9,5	38,4 / 39,0	33,9 / 33,3	14,3 / 15,2	0,9
Logement						0,40
Famille	1,2	6,0	50,0	27,4	15,5	
Colocation / Location	6,1	15,2	34,3	33,3	11,1	
Cité universitaire / Autre	—	20,0	25,0	35,0	20,0	
Moyen de transport (Individuel / Collectif)	2,0 / 6,2	9,9 / 9,2	39,7 / 35,4	32,5 / 36,9	15,9 / 12,3	0,36
Bourse (Oui / Non)	2,2 / 4,0	13,0 / 7,2	29,3 / 45,6	42,4 / 27,2	13,0 / 16,0	0,043
Travail à temps partiel (Oui / Non)	— / 3,4	— / 10,2	16,7 / 40,0	50,0 / 32,7	33,3 / 13,7	0,036
Pression sociale et familiale (Oui, Parfois / Non)	4,5 / —	10,9 / 6,6	37,2 / 42,6	34,0 / 32,8	13,5 / 18,0	0,027
Sentiment de compétence						0,001
Non	—	40,0	—	60,0	—	
Oui	0,8	6,2	32,3	40,0	20,8	
Pas sûr(e)	7,3	13,4	51,2	22,0	6,1	
Activité anti-stress (Oui / Non)	2,6 / 4,2	4,3 / 15,8	36,5 / 40,0	34,8 / 33,7	21,7 / 6,3	0,0018

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

La relation est statistiquement significative pour la bourse ($p = 0,043$), le travail à temps partiel ($p = 0,036$) et la pression sociale et familiale ($p = 0,027$).

Elle est hautement significative pour le sentiment de compétence ($p = 0,001$) et la pratique d'activités anti-stress ($p = 0,0018$).

En revanche, aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour les autres variables : genre, année d'étude, zone d'origine, type de lycée, logement et moyen de transport ($p > 0,05$).

5. Intégration universitaire selon les caractéristiques des étudiants de la FMPM

Tableau VII : Intégration à la faculté selon les caractéristiques sociodémographiques et psychosociales

Variables	Non, pas du tout (%)	Plutôt non (%)	Plutôt oui (%)	Oui, tout à fait (%)	Valeur p
Genre (Femme / Homme)	3,9 / 4,7	13,7 / 26,6	24,2 / 21,9	58,2 / 46,9	0,097
Année d'étude (1ère / 2ème)	3,4 / 5,7	17,7 / 17,1	27,2 / 15,7	51,7 / 61,4	0,081
Zone d'origine (Urbaine / Rurale)	3,6 / 15,4	17,4 / 15,4	24,6 / 7,7	54,4 / 61,5	0,15
Type de lycée (Privé / Public)	2,7 / 5,7	21,4 / 13,3	22,3 / 24,8	53,6 / 56,2	0,46
Logement					0,027
Famille	3,6	16,7	25,0	54,7	
Colocation / Location	2,8	11,0	35,8	50,5	
Cité universitaire / Autre	14,3	35,7	28,6	21,4	
Moyen de transport (Individuel / Collectif)	5,1 / 1,7	17,1 / 18,6	27,2 / 13,6	50,6 / 66,1	0,04
Bourse (Oui / Non)	3,3 / 4,8	20,7 / 15,2	29,3 / 19,2	46,7 / 60,3	0,14
Travail à temps partiel (Oui / Non)	8,3 / 3,9	25,0 / 17,1	25,0 / 23,4	41,7 / 55,6	0,82
Pression sociale et familiale (Oui, Parfois / Non)	3,2 / 6,6	16,7 / 19,7	19,2 / 34,4	60,9 / 39,3	0,016
Sentiment de compétence					0,0007
Non	—	—	60,0	40,0	
Oui	2,3	23,1	19,2	55,4	
Pas sûr(e)	7,3	9,8	28,0	54,9	
Activité anti-stress (Oui / Non)	2,6 / 6,3	24,3 / 7,4	17,4 / 31,6	55,7 / 54,7	0,010

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

La relation entre le logement et l'intégration est statistiquement significative ($p = 0,027$). Les étudiants vivant en famille ou en colocation/location sont mieux intégrés que ceux vivant en cité universitaire.

Le moyen de transport montre une relation statistiquement significative ($p = 0,04$). Les étudiants utilisant un transport individuel sont mieux intégrés que ceux utilisant des transports collectifs.

La pression sociale et familiale est significativement associée ($p = 0,016$) à l'intégration. Les étudiants sans pression sociale ou familiale sont mieux intégrés que ceux qui en subissent.

La pratique d'activités anti-stress est hautement significative ($p = 0,010$). Les étudiants pratiquant ces activités sont beaucoup mieux intégrés que ceux qui n'en pratiquent pas.

Le sentiment de compétence est hautement significatif ($p = 0,0007$). Les étudiants confiants en leurs compétences sont beaucoup mieux intégrés que ceux qui doutent de leurs capacités.

En revanche, il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant le reste des variables (genre, année d'étude, zone d'origine, type de lycée, bourse, travail à temps partiel).

6. Corrélations entre les variables psychologiques étudiées chez les étudiants de la FMPM

Tableau VIII : Matrice des corrélations de Pearson entre l'estime de soi, l'adaptation, le stress, la dépression et l'intégration

Variable	Estime	Adaptation	Stress	Dépression	Intégration
Estime	1,00	0,42***	-0,41***	-0,48***	0,35***
Adaptation	0,42***	1,00	-0,35***	-0,32***	0,40***
Stress	-0,41***	-0,35***	1,00	0,52***	-0,25**
Dépression/Anxiété	-0,48***	-0,32***	0,52***	1,00	-0,22**
Intégration	0,35***	0,40***	-0,25**	-0,22**	1,00

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$

L'estime de soi est positivement et hautement corrélée à l'adaptation ($r = 0,42$; $p < 0,001$) et à l'intégration ($r = 0,35$; $p < 0,001$), tandis qu'elle est négativement et hautement corrélée au stress ($r = -0,41$; $p < 0,001$) et à la dépression/anxiété ($r = -0,48$; $p < 0,001$).

L'adaptation présente également une corrélation positive et hautement significative avec l'intégration ($r = 0,40$; $p < 0,001$) et une corrélation négative significative avec le stress ($r = -0,35$; $p < 0,001$) et la dépression ($r = -0,32$; $p < 0,001$).

Le stress est positivement corrélé à la dépression/anxiété ($r = 0,52$; $p < 0,001$), indiquant une association forte entre ces deux états émotionnels.

Enfin, la dépression/anxiété est négativement corrélée à l'intégration ($r = -0,22$; $p < 0,01$), soulignant que plus le niveau de dépression augmente, plus le sentiment d'intégration diminue.

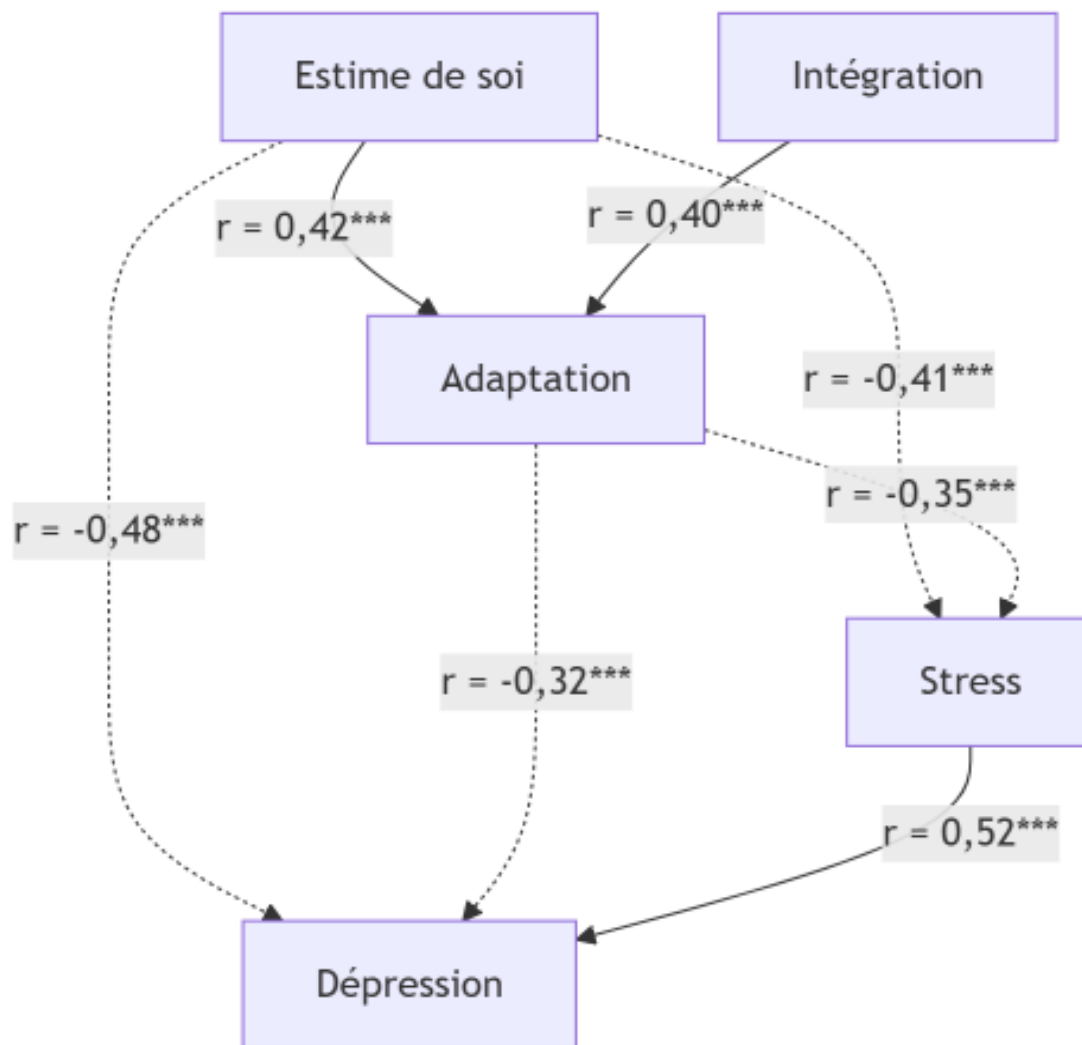


Figure 1 : Modèle des corrélations entre les variables psychologiques chez les étudiants en médecine de Marrakech Légende : ——— corrélation positive ; - - - corrélation négative ; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$



DISCUSSION



I. Résumé des principaux résultats

1. Caractéristiques démographiques

- Sexe : 153 femmes (70,5 %) vs 64 hommes (29,5 %) — sex-ratio H/F = 0,42..
- Âge : moyenne $18,9 \pm 1,1$ ans ; 17 ans 5 (2,3 %), 18 ans 83 (38,3 %), 19 ans 89 (41,0 %), ≥ 20 ans 40 (18,4 %).
- Année d'étude : 1re année 147 (67,7 %) ; 2e année 70 (32,3 %).
- Origine géographique (N = 208) : urbaine 195 (93,8 %), rurale 13 (6,3 %).
- Nationalité : Marocains 211 (97,2 %), étrangers 6 (2,8 %) — répartition des étrangers : 3 (50,0 %), 2 (33,3 %), 1 (16,7 %).

2. Parcours scolaire & choix de la filière

- Année du baccalauréat : 2024 : 124 (57,1 %) ; 2023 : 76 (35,0 %) ; 2022 : 16 (7,4 %) ; 2021 : 1 (0,5 %).
- Type de lycée : privé 112 (51,6 %) ; public 105 (48,4 %).
- Mention au bac : « Très bien » 183 (84,3 %), « Bien » 33 (15,2 %), « Assez bien » 1 (0,5 %).
- Hésitation avant la médecine : non 132 (60,8 %), oui 85 (39,2 %). Raisons (chez les hésitants) : autres options 31,2 % ; manque d'intérêt initial 25,0 % ; durée/difficulté 22,5 % ; problèmes du système 10,0 % ; autre rêve d'enfance 6,2 % ; autres 5,0 %.
- Expérience universitaire antérieure : jamais 162 (74,9 %), oui 55 (25,1 %).
- Sentiment de compétence pour réussir : oui 130 (59,9 %) ; pas sûr 82 (37,8 %) ; non 5 (2,3 %).
- Médecine perçue comme filière "socio-économiquement élevée" : oui 83 (38,2 %), non 134 (61,8 %).

3. Niveau socio-économique & conditions de vie

- Niveau d'études du tuteur financier (N = 211) : licence ou + : 62,6 % ; intermédiaire : 24,2 % ; < bac : 18,5 % ; ne sait pas : 10,9 %.

- Profession du tuteur : enseignement/éducation 60 (32,8 %) ; administration publique 42 (23,0 %) ; ingénieurs/techniciens 33 (18,0 %) ; professions médicales 13 (7,1 %) ; libérales 10 (5,5 %) ; commerce/artisan/indépendant 12 (6,6 %) ; retraités 8 (4,4 %) ; divers 5 (2,7 %).
- Logement (N = 192) : en famille 43,8 % (~84) ; location individuelle 25,5 % (~49) ; colocation 24,5 % (~47) ; cité universitaire 3,1 % (~6) ; maison de famille 2,6 % (~5) ; propre 0,5 % (~1).
- Financement des études : parents 93,0 % ; bourse 4,1 % ; emploi partiel 1,4 % ; autres 1,5 %. Bourse : non 125 (57,6 %) ; oui 92 (42,4 %). Travail à temps partiel : non 205 (94,5 %), oui 12 (5,5 %). Motifs de travail (chez les 12) : nécessité financière 7 (58,3 %) ; nouvelles expériences 3 (25,0 %) ; indépendance 2 (16,7 %).

4. Contraintes académiques et logistiques

- Transport : à pied 72 (33,2 %), voiture 39 (18,0 %), moto 37 (17,1 %), bus 36 (16,6 %), taxi 21 (9,7 %), covoiturage 6 (2,8 %), vélo 6 (2,8 %). Trajet : < 30 min 147 (67,7 %) ; 30-60 min 59 (27,2 %) ; > 1 h 11 (5,1 %).
- Temps pour révisions/devoirs : insuffisant 57,9 % (~126) ; suffisant 42,1 % (~91).
- Assimilation du volume de connaissances : difficile 89,8 % (~195) ; pas difficile 10,2 % (~22).
- Compétition perçue : modérée 55,8 % (~121), forte 22,6 % (~49), inexistante 21,2 % (~46).

Analytique — Stress

Des niveaux de stress plus élevés sont associés à : pression sociale/familiale ($p = 0,03$), sentiment de compétence ($p = 0,001$; plus de confiance = moins de stress) et pratique d'activités anti-stress ($p = 0,01$; pratique = stress moindre). Pas d'association significative avec sexe, année, origine, type de lycée, logement, transport, bourse, emploi.

5. Bien-être & état psychologique

- Estime de soi (1-5) : moyenne 78 (35,9 %) ; élevée 69 (31,8 %) ; faible 32 (14,7 %) ; très élevée 28 (12,9 %) ; très faible 10 (4,6 %). Moyenne $3,34 \pm 0,9$.
- Capacité d'adaptation (1-5) : moyenne 84 (38,7 %) ; élevée 73 (33,6 %) ; très élevée 32 (14,7 %) ; faible 21 (9,7 %) ; très faible 7 (3,2 %). Moyenne $3,47 \pm 0,9$.
- Niveau de stress : élevé/très élevé 109 (50,2 %) ; modéré 91 (41,9 %) ; faible 17 (7,8 %).
- Symptômes liés au stress ($\approx N = 217$) : fatigue 55,3 % (~120) ; anxiété 50,7 % (~110) ; insomnie 43,7 % (~95) ; céphalées 34,0 % (~74) ; dépression 27,6 % (~60) ; troubles digestifs 20,8 % (~45) ; autres 4,6 % (~10).
- Fréquence du stress académique : quotidien 60 (27,6 %), hebdomadaire 59 (27,2 %), mensuel 63 (29,0 %), rare 33 (15,2 %), jamais 2 (0,9 %).
- Pression sociale/familiale : oui 67 (30,9 %), parfois 89 (41,0 %), non 61 (28,1 %).
- Symptômes de dépression/anxiété/troubles émotionnels : oui 144 (66,4 %) ; pas sûr 43 (19,8 %) ; non 30 (13,8 %). Aide recherchée (parmi les 144) : oui 28 (19,5 %), non 116 (80,5 %).

Analytique — Estime, adaptation, troubles émotionnels

- Estime de soi plus élevée selon : logement ($p = 0,018$), moindre pression sociale/familiale ($p = 0,003$), sentiment de compétence ($p < 0,0001$), activités anti-stress ($p < 0,0001$).
- Capacité d'adaptation associée à : bourse ($p = 0,043$), travail à temps partiel ($p = 0,036$), moindre pression ($p = 0,027$), sentiment de compétence ($p = 0,001$), activités anti-stress ($p = 0,0018$).
- Dépression/anxiété plus fréquente en 2e année ($p = 0,005$), avec transport collectif ($p = 0,007$) et pression sociale/familiale ($p = 0,001$).
- Estime \nearrow avec adaptation ($r = 0,42$) et intégration ($r = 0,35$) ; estime \searrow avec stress ($r = -0,41$) et dépression/anxiété ($r = -0,48$) — $p < 0,001$.

- Stress ↗ avec dépression/anxiété ($r = 0,52$; $p < 0,001$).
- Adaptation ↗ intégration ($r = 0,40$; $p < 0,001$) et ↘ stress/dépression ($r = -0,35/-0,32$).

Lecture : un noyau psycho-comportemental (estime/compétences/adaptation) protège de la triade *stress-dépression-désintégration*.

6. Transition lycée-université & vie étudiante

- Transition : moyenne 73 (33,6 %), plutôt facile 25,8 %, fluide 12,4 % ; difficile/très difficile 28,1 %. Score moyen $3,10 \pm 1,0$.
- Intégration : « plutôt bien » 119 (54,8 %), « tout à fait » 38 (17,5 %), « plutôt non » 51 (23,5 %), « pas du tout » 9 (4,1 %).
- Discrimination (dans la faculté) : non 212 (97,7 %), oui 5 (2,3 %). Harcèlement/discrimination pendant les études : oui 10 (4,6 %), non 207 (95,4 %).
- Impact des études sur la vie sociale : atteinte significative 52 (24,0 %), considérable 45 (20,7 %), importante 31 (14,3 %) = ~59 % avec impact marqué ; impact léger 43 (19,8 %), peu/pas d'effet 46 (21,2 %).
- Conciliation vie sociale/études : modérément 91 (41,9 %) ; difficile 56 (25,8 %) ; satisfaisante 41 (18,9 %) ; pas du tout 23 (10,6 %) ; pleinement 6 (2,8 %). Score $2,78 \pm 0,9$.
- Ressources institutionnelles : pas d'accès 63,1 % (~137), accès 36,9 % (~80).
- Alignement programme-marché de la santé (N = 196) : assez bien 77 (39,3 %), partiellement 67 (34,2 %), insuffisant 28 (14,3 %), très bien 22 (11,2 %), pas du tout 2 (1,0 %).

Analytique — Intégration

Meilleure intégration chez : logement famille/colocation vs cité universitaire ($p = 0,027$), transport individuel ($p = 0,04$), sans pression sociale/familiale ($p = 0,016$), pratique d'activités anti-stress ($p = 0,010$) et confiance en sa compétence ($p = 0,0007$).

7. Contraintes majeures & stratégies / recommandations

- Contraintes dominantes : charge de travail 189 (87,1 %) ; gestion du temps 160 (73,7 %) ; pression de performance 137 (63,1 %) ; isolement/solitude 67 (30,9 %) ; pression financière 49 (22,6 %) ; logement 30 (13,8 %).
- Activités anti-stress (N = 210) : pratiquées par 115 (54,8 %) ; pas le temps 95 (45,2 %).
- Stratégies d'adaptation adoptées : routine saine 138 (63,6 %) ; objectifs réalistes/clairs 100 (46,1 %) ; soutien émotionnel proche 90 (41,5 %) ; activités parascolaires/clubs 63 (29,0 %) ; aide pro santé mentale 15 (6,9 %) ; aide enseignants/tuteurs 5 (2,3 %) ; autres 5 (2,3 %).
- Mesures proposées pour le bien-être : flexibilité cours/exams 176 (83,4 %) ; réduction de la charge 142 (67,3 %) ; soutien psychologique 115 (54,5 %) ; plus d'activités parascolaires 98 (46,4 %) ; autres 10 (4,7 %).

II. Interprétation des résultats

1. Caractéristiques démographiques

1.1 Genre

Dans la littérature internationale, la féminisation des études de médecine est un phénomène constant. De nombreuses séries montrent une majorité de femmes au premier cycle, avec des proportions variant de 57,5 % au Pakistan [74] à près de 68-69 % dans les grandes cohortes françaises et européennes [85,88]. Plusieurs travaux rapportent que cette prédominance féminine coexiste avec une vulnérabilité spécifique aux troubles émotionnels ou au burnout, comme dans l'étude de Fond et al portant sur plus de 10 000 étudiants français [85], alors que d'autres études trouvent un sur-risque de difficultés académiques chez les hommes [75]. Globalement, le genre apparaît donc comme un marqueur d'hétérogénéité des profils de difficultés plutôt qu'un déterminant univoque.

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

Dans notre étude menée à Marrakech en 2025, la cohorte se caractérise par une forte féminisation : 70,5 % de femmes (n = 153) pour 29,5 % d'hommes (n = 64), soit un sex-ratio H/F de 0,42.

En comparaison avec la littérature, ces chiffres placent notre population dans la fourchette haute des taux internationaux. Ils sont proches des cohortes françaises (68,4 % [85]), allemandes (67,6 % [88]) et australiennes (78,3 % [89]). En revanche, ils apparaissent supérieurs aux proportions pakistanaises (57,5–57,8 % [74,77]) ou moyen-orientales [78,92].

Cette distribution traduit une double réalité : une majorité féminine potentiellement plus exposée aux contraintes émotionnelles et à la pression sociale, et une minorité masculine susceptible de concentrer certaines difficultés académiques, comme observé dans les études britanniques [75]. Le genre apparaît ainsi comme un facteur structurant des profils de vulnérabilité, sans pour autant constituer un facteur explicatif unique des difficultés observées.

Tableau IX. Répartition par genre dans différentes études sur les étudiants en médecine

Étude / pays	Niveau étudié	% femmes	% hommes
Notre étude - Marrakech (2025)	1 ^{er} cycle (1 ^{re} -2 ^e année)	70,5 %	29,5 %
Muzafar et al, Pakistan [74]	1 ^{er} -5 ^e année	57,5 %	42,5 %
Imran et al, Pakistan [77]	UG + PG	57,8 %	42,2 %
Fond et al, France [85]	1 ^{er} -6 ^e année + internat	68,4 %	31,6 %
Gellisch et al, Allemagne [88]	1 ^{re} année	67,6 %	32,4 %
Brooker et al, Australie [89]	1 ^{re} année	78,3 %	21,7 %
Ragab et al, Soudan [92]	1 ^{er} -5 ^e année	65,3 %	34,7 %

1.2 Âge

La littérature internationale révèle une hétérogénéité des profils d'âge, étroitement liée aux systèmes d'accès. Les pays à entrée tardive affichent des moyennes plus élevées (21–24 ans) [76–78,85,90], comme au Pakistan (\approx 23,5 ans) [76] ou en France (21,8 ans) [85]. À l'inverse, les cohortes de primo-entrants se caractérisent par une jeunesse marquée (18–20

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

ans), notamment en Australie, Allemagne ou Écosse [88,89,93,95,98]. Un âge plus avancé peut parfois constituer un facteur de risque académique [75], sans être systématiquement prédictif.

En effet, notre étude confirme ce profil de primo-entrants jeunes, avec un âge moyen de $18,9 \pm 1,1$ ans. Cette jeunesse reflète un recrutement massif de néo-bacheliers, confrontés à une transition brutale entre le lycée encadrant et l'université exigeante en autonomie.

En comparaison, notre cohorte est nettement plus jeune que les séries pakistanaises incluant des cycles avancés [76,77]. En revanche, elle s'aligne étroitement avec les premières années australiennes ($\approx 18,4$ ans) [89], allemandes (20,0 ans) [88] et écossaises (18,7 ans) [95]. Notre positionnement se situe donc clairement dans le groupe des études centrées sur les primo-entrants jeunes, où les difficultés relèvent moins d'une « usure » cumulative du cursus que d'un choc de transition initial.

Cette jeunesse marquée influence directement l'interprétation des difficultés observées. En effet, ce profil juvénile suggère un double décalage, à la fois pédagogique et psychosocial.

Contrairement aux observations de Yates et al. [75] – où un âge plus élevé constitue un facteur de risque modeste – notre cohorte pourrait plutôt souffrir d'une moindre maturité. Cette dernière limite sa capacité à adapter les stratégies d'apprentissage et de régulation face aux exigences universitaires.

Tableau X . Âge moyen des étudiants dans quelques études comparatives

Étude / pays	Niveau / cohorte	Âge moyen (ans)
Notre étude – Marrakech	1 ^{er} cycle (1-2)	$18,9 \pm 1,1$
Brooker et al, Australie [89]	1 ^{re} année	$\approx 18,4$
Gellisch et al, Allemagne [88]	1 ^{re} année	$20,0 \pm 2,3$
March-Amengual et al, Espagne [98]	1 ^{re} année	$19,2 \pm 3,1$
Islam et al, Bangladesh [91]	1 ^{re} année toutes filières	$19,66 \pm 0,88$
Fond et al, France [85]	1 ^{er} -6 ^e année + internat	$21,8 \pm 3,3$
Khan et al, Pakistan [76]	1 ^{er} -Fin de cursus médical	$\approx 23,5$

1.3 Année d'étude

Les études sur les difficultés des étudiants en médecine révèlent une variation des niveaux de stress et de burnout selon l'année de formation. Certaines séries montrent une aggravation progressive, notamment lors du passage aux années cliniques, comme au Soudan (stress accru en 4e/5e année) [92] ou chez Aziz et al. (étudiants "en difficulté" majoritairement en années avancées) [81]. D'autres travaux soulignent cependant la charge émotionnelle élevée dès la première année [85,97], avec un caractère critique de cette période de transition [88,89,8,98].

Notre cohorte se compose de 67,7 % d'étudiants en première année et 32,3 % en deuxième année. Cette répartition en fait un observatoire privilégié :

- des difficultés de transition lycée-faculté (primants)
- de la consolidation des stratégies d'apprentissage (deuxièmes années)

Ce découpage permet d'analyser finement les défis liés à l'adaptation pédagogique, la gestion du temps et la maîtrise du langage scientifique.

Contrairement aux grandes cohortes couvrant l'ensemble du cursus [74,85,92,97], notre étude se concentre sur le premier cycle préclinique, comme les travaux de Heinen [8], Gellisch [88], Brooker [89] et March-Amengual [98]. Ce choix méthodologique limite les comparaisons avec les années cliniques, mais offre une analyse ciblée des difficultés précoces – souvent prédictives des trajectoires ultérieures [75,94,95]. Ces premières années apparaissent comme une période de "tri" où émergent les fragilités académiques, les erreurs d'orientation et les difficultés d'appropriation des méthodes de travail caractéristiques des études longues.

1.4 Origine géographique

L'origine géographique module significativement les difficultés estudiantines, notamment par l'accès aux ressources et le capital culturel. En effet, la littérature oppose des contextes à forte dominance urbaine, comme en Arabie saoudite (96,6 %) [78], à d'autres à

forte représentation rurale, comme en Australie [93] ou au Bangladesh (59,9 %) [91], chaque profil générant des défis spécifiques (logistiques, linguistiques, d'intégration).

Notre étude reflète une nette prédominance urbaine (93,8 %), confirmant le rôle de Marrakech comme pôle universitaire majeur et un recrutement essentiellement citadin. La faible proportion d'étudiants ruraux (6,3 %) fait néanmoins face à des défis particuliers : éloignement familial, contraintes financières et décalage culturel.

Comparativement, notre répartition s'aligne avec les contextes urbains saoudiens [78] et s'oppose aux cohortes à forte ruralité [91,93]. Cette composition soulève une double problématique : si elle atténue certaines difficultés liées à l'isolement, elle pourrait masquer des inégalités socio-économiques plus subtiles [96] et refléter des barrières d'accès pour les étudiants ruraux, interrogeant ainsi l'équité du recrutement et la représentativité future de la profession médicale

1.5 Nationalité et contexte culturel

Plusieurs études soulignent les difficultés particulières rencontrées par les étudiants internationaux ou issus de minorités culturelles, liées à la langue, aux attentes implicites du système ou aux discriminations [75,8,90,97]. Dans la cohorte britannique de Yates, l'ethnicité non blanche constitue un prédicteur indépendant de difficultés académiques [75], tandis que d'autres travaux mettent en évidence les défis linguistiques et d'intégration des étudiants non anglophones [90].

Dans notre étude, 97,2 % des étudiants sont marocains et 2,8 % étrangers. Cette composition traduit un contexte de formation essentiellement national, marqué par une relative homogénéité culturelle et linguistique. En comparaison, la proportion d'étudiants internationaux est nettement plus élevée dans d'autres pays : environ 13 % en Australie [90], 30 % en Allemagne [8], ou 13 % en Amérique du Nord [97]. Même les contextes régionaux européens dépassent souvent 10-15 % [96]. Notre faculté apparaît donc beaucoup moins internationalisée.

Ainsi, les difficultés observées ne relèvent pas d'un choc interculturel mais plutôt de facteurs internes : sélectivité du concours, langue d'enseignement et pression sociale liée au prestige de la filière. Il convient toutefois de ne pas négliger la diversité linguistique (arabe dialectal, classique, amazigh, français) et les inégalités d'exposition au français médical, connues pour peser sur la réussite universitaire [82].

III. Parcours scolaire et choix de filière

1. Année d'obtention du baccalauréat

Le délai d'accès aux études médicales influence significativement l'adaptation des étudiants. Les travaux montrent qu'un parcours pré-universitaire complexe ou un âge plus avancé à l'entrée peuvent accroître le risque de difficultés académiques [90,96].

En cohérence avec ces observations, notre cohorte se distingue par un accès rapide : 92 % des étudiants ont intégré la faculté dans les deux ans suivant le baccalauréat. Ce profil nous situe parmi les systèmes à entrée directe, comme en Australie et en Europe [89,8,90,95,98], à l'inverse des modèles à admission tardive, tels que ceux du Pakistan ou des États-Unis [76,87,97].

Cette particularité éclaire la nature des difficultés observées : elles relèvent avant tout d'une phase de transition critique entre le secondaire et l'université. L'absence d'expérience académique intermédiaire limite le développement de stratégies d'apprentissage adaptées au cursus médical, soulignant la nécessité d'interventions pédagogiques précoces de remédiation [87,89].

2. Type de lycée

Le type de lycée fréquenté (public ou privé) reflète le contexte socio-éducatif et le capital scolaire mobilisé. Peu d'études médicales explorent ce paramètre, mais en Espagne, March-Amengual et al rapportent 61,1 % d'étudiants issus du public et 38,9 % du privé [98], suggérant que les difficultés relèvent davantage des pratiques universitaires que du type

d'établissement. D'autres travaux soulignent que les étudiants provenant de milieux moins favorisés peuvent rencontrer des obstacles d'adaptation aux codes universitaires [87,96].

Dans notre cohorte, les étudiants proviennent presque à parts égales de lycées privés (51,6 %) et publics (48,4 %). Cette répartition équilibrée témoigne d'un recrutement ouvert et indique que la réussite au concours d'accès ne dépend pas d'un seul type de formation. Les difficultés rencontrées semblent plutôt liées à l'écart entre les pratiques du secondaire et les exigences des études médicales.

Comparativement, notre proportion de lycées privés est légèrement supérieure à celle observée en Espagne [98], traduisant l'importance croissante du secteur privé dans la préparation scientifique au Maroc. Les études menées dans d'autres pays (Angleterre, Australie) confirment que le contexte scolaire d'origine influence la transition universitaire [89,90,96]. Ces résultats plaident pour des dispositifs pédagogiques flexibles, capables de s'adapter à des trajectoires variées, au-delà des stéréotypes liés au type de lycée.

Tableau XI . Type de lycée selon les études

Étude / pays	Niveau étudié	Lycée public	Lycée privé
Notre étude – Marrakech	1 ^{er} cycle médecine	48,4 %	51,6 %
March–Amengual et al, Espagne [98]	1 ^{re} année (multi-filières)	61,1 %	38,9 %

3. Mention au baccalauréat et niveau scolaire antérieur

Le niveau scolaire antérieur est un prédicteur essentiel de la performance ultérieure, bien que son lien avec les difficultés vécues soit plus nuancé. Yates et al ont montré que des résultats faibles aux A-levels doublent le risque d'être classé parmi les « strugglers » [75], tandis que Shukri et al rapportent une forte dispersion du GPA, avec de meilleures performances féminines [78]. Ces données suggèrent que les étudiants en difficulté présentent souvent un profil académique plus fragile dès l'admission, même si d'autres travaux rappellent que les étudiants brillants peuvent également échouer, sous l'effet de facteurs psychologiques ou organisationnels [74,83,85].

Dans notre cohorte, le niveau scolaire antérieur est particulièrement élevé : 84,3 % des étudiants ont obtenu la mention Très bien, 15,2 % Bien et 0,5 % Assez bien. Cette homogénéité distingue notre population de celles décrites par Yates [75] ou Shukri [78], où la variabilité du niveau d'entrée est plus marquée. Comparativement, les cohortes française, australienne et brésilienne présentent aussi des profils performants, mais rarement aussi uniformes [83,85,90,93].

Ces résultats suggèrent que les difficultés observées ne proviennent pas d'un déficit cognitif, mais d'un décalage entre les compétences valorisées au lycée (apprentissage reproductif, encadrement étroit) et celles requises à l'université (autonomie, endurance, esprit critique). Comme le soulignent Lacasse [83] et Hernandez-Torrano [86], les étudiants très performants sont parfois vulnérables car peu préparés aux exigences du premier cycle médical. Notre étude illustre ainsi que l'excellence académique initiale n'immunise pas contre les difficultés d'adaptation.

4. Hésitation avant le choix de la médecine

Le processus de choix de la médecine influence fortement la manière dont les étudiants vivent les contraintes du cursus. Plusieurs études montrent qu'un choix volontaire est associé à un meilleur ajustement, alors qu'un choix contraint ou hésitant prédispose à plus de stress et de désengagement [8,90,92,96]. Ragab et al rapportent que 84,8 % des étudiants soudanais ont choisi la médecine par préférence personnelle [92], tandis que Bassett et al, en Angleterre, décrivent des étudiants first-in-family souvent motivés mais porteurs d'attentes idéalisées [96].

Dans notre étude, 60,8 % des étudiants n'ont pas hésité avant de choisir la médecine, tandis que 39,2 % ont exprimé une hésitation. Ces derniers évoquent principalement la possibilité d'autres options (31,2 %), un manque d'intérêt initial (25,0 %), la durée du cursus (22,5 %), les limites du système de santé (10,0 %) ou d'autres aspirations (6,2 %). Ce profil rappelle les distinctions faites par Ragab entre choix vocationnel et choix contraint [92], ainsi que les observations de Yates sur la motivation comme facteur prédictif de difficultés [75].

Ainsi, la présence d'un noyau important d'étudiants hésitants constitue un facteur de vulnérabilité. Moins portés par une vocation claire, ils peuvent vivre plus difficilement la première année et remettre en question leur orientation en cas d'échec. Ces constats rejoignent les analyses de Pham [84] et Yates [75], soulignant l'importance d'un accompagnement renforcé de l'orientation pré-bac et d'une meilleure préparation aux réalités du cursus médical.

5. Expérience académique antérieure

Les études comparant étudiants de premier et de second cycle ou étudiants avec et sans diplôme antérieur suggèrent que l'expérience académique préalable peut moduler les difficultés rencontrées. Imran et al distinguent des undergraduates et des postgraduates, ces derniers ayant souvent une expérience académique plus longue [77]. Yates et al montrent toutefois que la possession d'un diplôme préalable n'est pas, en soi, protectrice contre les difficultés académiques [75]. Bassett et al décrivent des trajectoires variées (entrée directe, année de césure, entrée diplômée) chez les first-in-family, sans que cela suffise à prédire le vécu du cursus [96]. Globalement, l'expérience antérieure semble jouer un rôle modulateur mais non déterminant.

Dans notre cohorte, 74,9 % des étudiants n'ont jamais eu d'expérience universitaire antérieure, tandis que 25,1 % en ont déjà eu (inscription dans une autre filière, début d'études supérieures).

Comparativement, notre proportion d'étudiants ayant une expérience antérieure est modérée et se situe entre les contextes d'entrée directe majoritaire (Australie, Allemagne, Espagne) [88,89,8,98] et les systèmes incluant un large contingent de diplômés ou de postgraduates [77,83,97]. Dans la cohorte de Dunham et al, par exemple, les parcours sont très variés, avec de nombreux étudiants ayant déjà une formation dans d'autres domaines [97]. Nos résultats prennent place dans un cadre où l'entrée directe reste la norme, mais où un quart des étudiants a déjà expérimenté les études supérieures.

Sur le plan interprétatif, cette mixité de profils suggère que les difficultés peuvent prendre des formes différentes selon l'expérience antérieure. Les primo-entrants peuvent se sentir perdus face aux volumes de travail et à l'absence de contrôle continu rapproché, tandis que les étudiants ayant déjà fréquenté l'université peuvent se heurter à la spécificité de la médecine (sélective, très normative, exigeant un fort investissement identitaire). Ces éléments plaident pour un accompagnement différencié, sensible à l'histoire académique des étudiants, comme le proposent certaines approches de remédiation ciblées [83,94].

6. Sentiment de compétence pour réussir

Même si toutes les études ne mesurent pas explicitement ce paramètre, plusieurs travaux soulignent le rôle central des croyances de compétence dans la manière dont les étudiants font face aux difficultés. Les revues pédagogiques insistent sur l'importance de l'auto-efficacité académique et du sentiment de contrôle dans la résilience face à la surcharge et à l'échec [83,86,87]. Les cohortes longitudinales de Jordan et al aux États-Unis confirment que la trajectoire du bien-être et des performances dépend largement de la perception que les étudiants ont de leurs capacités à s'adapter [87].

Dans notre étude, 59,9 % des étudiants se sentent capables de réussir, 37,8 % se disent « pas sûrs » et 2,3 % se jugent incapables. Ainsi, près de quatre étudiants sur dix expriment un doute marqué malgré un niveau scolaire antérieur très élevé. Ce décalage entre performance objective et confiance subjective constitue un indicateur fort de vulnérabilité, pouvant se traduire par de la procrastination, de l'évitement des matières difficiles ou une anxiété accrue.

Ces résultats suggèrent la nécessité d'intégrer des dispositifs de renforcement de l'auto-efficacité dans les programmes de soutien : feedbacks formatifs, ateliers de méthodologie, mentorat par les étudiants avancés et valorisation des progrès plutôt que des seuls résultats sommatifs. Dans un contexte où la majorité des étudiants disposent d'un excellent parcours antérieur, la gestion du doute et du sentiment d'incompétence devient un enjeu central pour prévenir l'installation de difficultés chroniques au premier cycle.

7. Perception socio-économique de la filière médicale

Les représentations socio-économiques influencent fortement la manière dont les étudiants vivent leur formation. Les travaux portant sur les étudiants first-in-family ou issus de milieux défavorisés montrent que la médecine est souvent perçue comme un vecteur de mobilité sociale, mais aussi comme un espace élitiste et parfois excluant [90,93,96]. Bassett et al décrivent des étudiants partagés entre fierté et pression face à l'écart entre leur milieu d'origine et l'univers médical [96], tandis que les études nord-américaines sur les underrepresented in medicine soulignent un sentiment d'illégitimité face à un environnement perçu comme socialement supérieur [97].

Dans notre cohorte, 38,2 % des étudiants considèrent la médecine comme une filière socio-économiquement élevée, contre 61,8 % qui ne partagent pas cette perception. Cette proportion suggère une internalisation partielle de l'image élitiste de la filière, sans qu'elle soit dominante. Bien que peu d'études quantifient ce paramètre, les analyses qualitatives confirment la fréquence de cette perception dans d'autres contextes [90,93,96].

Sur le plan interprétatif, ces représentations peuvent renforcer la pression de réussite chez les étudiants issus de milieux modestes, soucieux de répondre aux attentes familiales, tandis que ceux qui ne perçoivent pas la filière comme élitiste peuvent ressentir un décalage entre leurs attentes et la réalité du cursus. Dans les deux cas, ces perceptions socio-économiques peuvent amplifier le stress et les difficultés d'adaptation, soulignant la nécessité d'un discours institutionnel réaliste et de dispositifs d'accompagnement favorisant la construction d'un projet professionnel lucide et soutenable.

IV. Niveau socio-économique

1. Niveau d'études du tuteur financier

Dans la littérature, le capital éducatif familial des étudiants en médecine est globalement élevé, avec une forte proportion de parents diplômés de l'enseignement supérieur. Ainsi, dans l'étude saoudienne de Shukri et al., plus de 60 % des pères et près de 50 % des mères avaient un niveau universitaire [78]. À l'inverse, dans des cohortes plus défavorisées comme celle de Bassett et al. au Royaume-Uni, les parents des étudiants « first in family » (FiF) avaient majoritairement un niveau secondaire, avec une faible représentation de l'enseignement supérieur [96]. D'autres travaux soulignent que ce capital éducatif ne se traduit pas systématiquement par une protection vis-à-vis du burnout ou des difficultés académiques, l'appartenance socio-économique agrégée n'apparaissant souvent pas significativement associée aux issues psychologiques ou au rendement académique [78,93,96].

Dans notre étude à Marrakech en 2025, le niveau d'études du tuteur financier confirme un profil globalement favorisé, avec 62,6 % ayant au moins une licence, 24,2 % un niveau intermédiaire, et seulement 18,5 % en dessous du baccalauréat ; 10,9 % des étudiants ne connaissaient pas le niveau exact.

Tableau XII . Comparaison du niveau d'instruction parentale / du tuteur financier

Étude	Pays	Indicateur d'éducation parentale / tuteur	Résultat principal
Notre étude (2025)	Maroc	Niveau du tuteur financier	Licence ou + : 62,6 % ; < bac : 18,5 %
Shukri et al. [78]	Arabie Saoudite	Niveau du père / de la mère	Père universitaire : 61,3 % ; mère universitaire : 49,4 %
Bassett et al. [96]	Royaume-Uni	Niveau des parents (FiF)	Majoritairement secondaire ; peu de diplômes supérieurs

La comparaison montre que notre cohorte est proche de celle de Shukri et al. [78], caractérisée par une forte proportion de parents universitaires, et se distingue nettement des profils plus modestes décrits chez les étudiants *first in family* de Bassett et al. [96]. Ainsi, les étudiants en difficulté dans notre série ne proviennent pas majoritairement de milieux « déscolarisés » ; ils évoluent souvent dans des familles à haut capital éducatif, confirmant les observations de Malau-Aduli et al. selon lesquelles le statut socio-économique global n'explique pas à lui seul l'entrée en difficulté [93].

Ces résultats suggèrent que les difficultés du premier cycle ne relèvent pas d'un déficit éducatif familial, mais plutôt de facteurs psychologiques et relationnels : perfectionnisme, attentes implicites, comparaisons intra-familiales ou sentiment d'échec subjectif face à la contre-performance. La prévention doit donc intégrer ces dynamiques familiales et symboliques autant que les déterminants socio-économiques classiques.

2. Profession du tuteur

La profession parentale montre des associations variables avec la santé mentale étudiante. Muzafar et al. notent un burnout plus élevé chez les étudiants ayant un parent médecin, suggérant l'effet de modèles parentaux très exigeants et d'attentes perfectionnistes [74], tandis qu'Islam et al. ne trouvent pas d'association significative [91].

Dans notre étude, les professions des tuteurs se répartissent comme suit : enseignement/éducation (32,8 %), administration publique (23,0 %), ingénieurs/techniciens (18,0 %), professions médicales (7,1 %), professions libérales (5,5 %), commerce/artisanat/indépendant (6,6 %), retraités (4,4 %) et divers (2,7 %).

Tableau XIII. Comparaison des profils professionnels parentaux / tuteurs

Étude	Profil dominant des parents / tuteurs
Notre étude (2025)	Enseignement/éducation (32,8 %), administration publique (23,0 %), ingénieurs/techniciens (18,0 %), professions médicales (7,1 %)
Muzafar et al. [74]	31,4 % au moins un parent médecin (vs 68,6 % non médecins)
Islam et al. [91]	Pères commerçants, agriculteurs, fonctionnaires, employés non-gouv., sans association significative au risque psychologique
Bassett et al. [96]	Professions majoritairement routinières/semi-routinières, aucun parent médecin

Comparée aux cohortes pakistanaises et bangladaises, notre série se distingue par une forte concentration de professions stables et qualifiées, avec une faible représentation des secteurs agricoles ou informels [74,91]. Elle diffère également du profil plus modeste des FiF de Bassett et al., marqués par l'absence d'héritage universitaire et médical [96]. La proportion réduite de tuteurs médecins pourrait limiter l'effet du modèle parental médical décrit par Muzafar et al. [74], malgré des attentes élevées au sein des foyers d'enseignants et de cadres publics.

Ces éléments suggèrent que, dans notre contexte, les difficultés observées ne relèvent pas d'une précarité professionnelle familiale, mais plutôt d'une tension entre stabilité sociale et exigences élevées, face à la réalité d'études longues et sélectives.

3. Logement

Le lieu de résidence et le type de logement peuvent influencer les difficultés étudiantes en modulant la distance, le confort de vie et le soutien social. Muzafar et al. rapportent que 53,7 % des étudiants pakistanais vivaient hors campus et 46,3 % sur campus, avec un burnout légèrement plus fréquent hors campus [74]. Au Royaume-Uni, Yates et al. [75] n'observent pas de différence significative selon l'indice de privation résidentielle, suggérant que le quartier ne constitue pas un facteur explicatif majeur.

Dans notre cohorte, 43,8 % des étudiants logent en famille, 25,5 % en location individuelle, 24,5 % en colocation, 3,1 % en cité universitaire, 2,6 % dans une maison de famille

et 0,5 % dans un logement propre. Cette répartition illustre une diversité de situations résidentielles, sans lien apparent direct avec les difficultés rencontrées.

Tableau XIV . Logement : comparaison campus / hors campus

Étude	Sur campus / cité U	Hors campus / famille / location
Notre étude (2025)	Cité U : 3,1 %	≈ 96,9 %
Muzafar et al. [74]	46,3 %	53,7 %

Comparativement à l'étude de Muzafar et al. [74], notre cohorte présente une proportion très faible d'étudiants en cité universitaire, dominée par les résidences familiales ou privées. Cette différence reflète des politiques de logement contrastées. Si le burnout est légèrement plus fréquent hors campus au Pakistan [74], notre configuration, marquée par la vie familiale et les trajets longs, peut générer d'autres contraintes : fatigue, conflits de temps entre études et obligations familiales, et accès limité aux réseaux de soutien étudiant.

L'analyse suggère un équilibre complexe entre soutien et autonomie : vivre en famille réduit le stress financier mais peut limiter l'indépendance, tandis que la colocation ou la location favorisent l'autonomie au prix d'une charge logistique et parfois d'un isolement. Les dispositifs de soutien devraient donc intégrer cette diversité résidentielle, notamment en renforçant les espaces de socialisation pour les étudiants non résidents en cité universitaire.

4. Financement des études

La question du financement des études occupe une place centrale dans les travaux récents. Le financement des études médicales repose principalement sur le soutien familial dans la plupart des contextes internationaux. En Arabie Saoudite, 87,7 % des étudiants sont financés par leurs parents [78], tandis qu'en Espagne, 80,3 % le sont par la famille, le reste se répartissant entre bourses (5,2 %), emplois saisonniers (4,8 %) et emplois annuels (9,7 %) [98]. Au Brésil, 98,2 % des étudiants ne travaillent pas pendant l'année [90], alors qu'en Allemagne, 25 % cumulent études et emploi (≤ 10 h/semaine), sans impact significatif sur le stress perçu [8]. Certaines études soulignent également que les difficultés financières perçues (21,8 %) ne

sont pas nécessairement associées à un suivi psychiatrique [85] ou à des troubles anxio-dépressifs [91].

Dans notre étude, le financement repose majoritairement sur les parents (93,0 %), avec seulement 4,1 % des étudiants citant la bourse comme source principale et 1,4 % un emploi partiel. Bien que 42,4 % des étudiants déclarent bénéficier d'une bourse, seuls 5,5 % exercent un travail à temps partiel, principalement pour des raisons financières (58,3 %), suivies par la recherche d'expériences (25,0 %) et le désir d'indépendance (16,7 %).

Cette dépendance marquée au financement familial, combinée à une faible proportion d'étudiants travaillant, suggère que les difficultés rencontrées relèvent moins de contraintes financières immédiates que de pressions implicites liées à cette dépendance, comme le montrent certaines études [8, 78, 98]

Tableau XV . Financement et emploi étudiant : comparaison entre études

Étude	% financement familial principal	% bourse / auto-financement	% emploi pendant l'année
Notre étude (2025)	93,0 %	Bourse principale : 4,1 %	5,5 %
Shukri et al. [78]	87,7 % parents	8,4 % auto-financement	Données non détaillées
Boni et al. [90]	Majoritairement famille	Non précisé	1,8 %
Heinen et al. [8]	Non précisé	Non précisé	25,2 %
March-Amengual [98]	80,3 % famille	5,2 % bourse	4,8 % saisonnier ; 9,7 % à l'année

Notre cohorte, comme les séries saoudienne et espagnole [78,98], montre une forte dépendance au financement familial et peu d'étudiants travaillant. Contrairement à l'Allemagne [88], cela reflète des différences structurelles. Si March-Amengual et al. [98] lient financement familial et burnout, d'autres études ne trouvent pas de lien clair entre statut financier et stress [78,91,88].

Les difficultés observées relèvent moins de la précarité économique que de la dépendance familiale, source de pressions implicites et d'attentes élevées.

V. Contraintes académiques

1. Temps pour révisions

Dans la littérature, le manque de temps pour étudier et la charge de travail excessive apparaissent comme l'un des noyaux durs des difficultés académiques en premier cycle de médecine. Plusieurs études rapportent la densité horaire, la fréquence des évaluations et la réduction du temps personnel comme facteurs dominants : Muzafar et al. [74] et Ragab et al. [92] citent la charge de travail et la fréquence des examens parmi les stressés les plus fréquents, touchant près de la moitié des étudiants. Brooker et al. [89] identifient la gestion du temps comme la principale difficulté pour 43 % des étudiants, tandis que Moffat et al. [95] observent une augmentation des stressés académiques au fil du semestre. D'autres travaux confirment le rôle central du temps personnel limité, fortement associé au burnout [90,96].

Dans notre cohorte (Marrakech, 2025), 57,9 % des étudiants estiment le temps de révision insuffisant, malgré une accessibilité géographique favorable : 67,7 % mettent moins de 30 minutes pour rejoindre la faculté, 27,2 % entre 30 et 60 minutes et 5,1 % plus d'une heure. Les modes de transport se répartissent entre la marche (33,2 %), la voiture (18,0 %), la moto (17,1 %), le bus (16,6 %), le taxi (9,7 %) et d'autres moyens (2,8 %).

Comparativement aux études internationales, nos résultats confirment que la contrainte temporelle est l'un des principaux obstacles, rejoignant les observations de Brooker, Ragab et Bassett [89,92,96]. Cependant, contrairement aux contextes ruraux décrits par Malau-Aduli et al. [93], nos étudiants ne subissent pas l'éloignement mais plutôt une surcharge subjective liée à la densité curriculaire. Cette configuration plaide pour des actions ciblées : accompagnement à la planification, espacement des évaluations et promotion de méthodes d'étude plus efficaces [74,89,92,95-97].

Tableau XVI . Comparaison des contraintes temporelles et de charge de travail dans notre étude et quelques travaux internationaux

Étude	Contexte	Indicateur principal de contrainte temporelle / charge de travail	Résultat principal
Notre étude (Marrakech, 2025)	1 ^{er} cycle, Maroc	Temps pour révisions jugé insuffisant	57,9 % déclarent un temps insuffisant malgré des trajets < 30 min pour 67,7 %
Muzafar et al. [74]	Pakistan	Fréquence des évaluations, manque de temps libre, fatigue	≈ 40-46 % rapportent ces stressseurs « souvent/toujours »
Brooker et al. [89]	Australie	Gestion du temps et charge de travail	Gestion du temps = « plus grande difficulté » pour 43 % des étudiants
Ragab et al. [92]	Soudan	Pression temporelle, charge de travail	60,1 % citent la pression temporelle, 58,5 % la charge de travail comme « beaucoup de stress »
Boni et al. [90]	Brésil	Heures passées à la faculté / jour	> 12 h/j chez 16,8 % des étudiants en burnout, association significative au burnout
Bassett et al. [96]	Royaume-Uni	Perception de la charge de travail et du temps personnel	95 % décrivent une contrainte forte sur le temps personnel

2. Difficulté d'assimilation des connaissances

Les difficultés académiques en médecine ne relèvent pas seulement de la quantité de contenus, mais aussi de la compréhension et du transfert des savoirs. Lacasse et al. rapportent que les déficits de connaissances représentent 66,2 % des diagnostics pédagogiques en premier cycle, souvent associés à des compétences insuffisantes (53,9 %) et à des problèmes personnels [83]. Bouglimina et al. montrent qu'en Algérie, 87,6 % des étudiants peinent à comprendre les cours de médecine, surtout à l'écrit [82]. D'autres travaux, comme ceux d'Hernández-Torrano [86], soulignent le rôle du style d'apprentissage et de l'adéquation entre supports pédagogiques et profils étudiants. Enfin, Malau-Aduli et Yates relient les échecs précoces et redoublements à une assimilation insuffisante des bases cognitives [93,75].

Dans notre cohorte, la difficulté d'assimilation constitue la contrainte académique majeure : 89,8 % des étudiants jugent le volume de connaissances difficile à assimiler. Cette surcharge cognitive reflète à la fois l'ampleur et la complexité du programme, renforcées par

des facteurs linguistiques (cours en français ou en anglais) et des méthodes pédagogiques encore magistrales, laissant peu de place à la consolidation active.

Comparativement, la proportion d'étudiants en difficulté d'assimilation dans notre étude dépasse celle rapportée dans la littérature [82,83]. Ces résultats suggèrent un risque élevé de contre-performance et de décrochage, rejoignant les observations de Malau-Aduli et Yates [93,75]. Ils plaident pour la mise en place de dispositifs de soutien ciblés, favorisant l'apprentissage actif, la remédiation linguistique et l'accompagnement méthodologique dès le premier cycle.

L'ensemble de ces éléments confirme que l'assimilation des connaissances constitue le principal point de rupture entre les exigences curriculaires et les ressources d'apprentissage disponibles. Les travaux sur les styles d'apprentissage [86] et les barrières linguistiques [82] montrent que la difficulté ne tient pas à un simple manque de travail, mais à la combinaison de plusieurs facteurs : densité des contenus, format pédagogique peu interactif, langue d'enseignement et absence de dispositifs structurés de remédiation.

Ces constats plaident pour une politique de soutien renforcée, intégrant des ateliers méthodologiques, des soutiens linguistiques, des ressources pédagogiques multimodales et un repérage précoce des étudiants en difficulté, afin de prévenir le cercle vicieux entre échec, démotivation et abandon [82,83,86,93].

3. Sentiment de compétition

Tableau XVII . Comparaison des difficultés d'assimilation des connaissances

Étude	Nature de la difficulté d'assimilation	Indicateur / prévalence
Notre étude (Marrakech, 2025)	Assimilation du volume de connaissances	89,8 % jugent l'assimilation difficile
Bouglimina et al. [82]	Compréhension des cours de médecine en français	87,6 % déclarent une difficulté ; plus de 50 % ne comprennent pas les documents écrits
Lacasse et al. [83]	Déficits de connaissances (diagnostics pédagogiques)	66,2 % des articles rapportent ce problème comme difficulté majeure
Malau-Aduli et al. [93]	Difficultés académiques nécessitant rattrapage/redoublement	16,2 % des étudiants ont au moins un épisode de difficulté, surtout en 1 ^{re} année
Yates et al. [75]	Échecs répétés précliniques et progression compromise	57 % des « strugglers » échouent à ≥ 3 examens précliniques ; seulement ~59 % diplômés au terme prévu

Le climat de compétition constitue un élément structurant mais ambivalent des études médicales : moteur de performance d'un côté, source de stress et de comparaisons sociales défavorables de l'autre. Muzafar et al. rapportent qu'environ 39,1 % des étudiants évoquent une « compétition sans fin » parmi les principaux stressors [74].

Almoallim et al. montrent qu'en Arabie saoudite, la compétition entre pairs est classée première difficulté, devant la charge de travail, avec des différences selon le sexe [79]. D'autres travaux confirment son poids dans le stress académique : Ragab et al. (23,5 %) [92], Brooker [89] et Dunham [97] soulignent le rôle du classement et des attentes sociales.

Dans notre cohorte, la majorité des étudiants perçoivent un climat compétitif modéré : 21,2 % ne ressentent aucune compétition, 55,8 % la jugent modérée et 22,6 % forte. Ainsi, près de huit étudiants sur dix évoluent dans un environnement où la performance relative compte, reflet d'un système déjà sélectif à l'entrée et orienté vers la réussite académique.

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

Cette perception d'une compétition « modérée » suggère un climat exigeant mais non hostile, combinant émulation et soutien entre pairs.

Comparativement, notre proportion d'étudiants rapportant une compétition modérée à forte ($\approx 78\%$) dépasse celle observée par Muzafar (39 %) [74] et Ragab (23,5 %) [92], mais rejoint les résultats d'Almoallim [79] et de Dunham [97].

Ces écarts reflètent des cultures éducatives et des systèmes de sélection différents.

Dans notre contexte, la compétition semble stimulante pour la majorité, mais peut devenir vulnérabilisante lorsqu'elle s'ajoute à la surcharge, à la peur de l'échec ou à un manque de soutien. Comme le montrent plusieurs travaux [74,85,90], cette combinaison favorise le burnout.

Nos données plaident ainsi pour une pédagogie équilibrée, fondée sur la transparence des évaluations, la valorisation du travail coopératif et le tutorat entre pairs.

Tableau XVIII . Sentiment de compétition dans notre étude et quelques études internationales

Étude	Indicateur de compétition	Résultat principal
Notre étude (Marrakech, 2025)	Compétition perçue (auto-évaluation)	21,2 % aucune ; 55,8 % modérée ; 22,6 % forte ($\approx 78\%$ modérée/forte)
Muzafar et al. [1]	« Compétition sans fin » comme stresser fréquent	$\approx 39,1\%$ la rapportent « souvent/toujours »
Ragab et al. [19]	Compétition entre pairs (« beaucoup de stress »)	23,5 %
Almoallim et al. [6]	Classement de la compétition parmi 7 difficultés	Compétition = difficulté n°1 (rang moyen 4,28/7)
Dunham et al. [24]	Item MSLES « compétition pour les notes »	Pic de compétition perçue en M2, variations selon l'année

4. Autres contraintes académiques et logistiques

Au-delà du temps de révision, de l'assimilation et de la compétition, la littérature met en évidence un ensemble de contraintes structurelles, socio-économiques et pédagogiques influençant le parcours médical. Fond et al. montrent que les difficultés d'étude et le burnout sont plus fréquents chez les étudiants ayant un suivi psychologique [85], tandis que Heinen et Gellisch décrivent des niveaux de stress perçu supérieurs à ceux de la population générale [8,88].

D'autres travaux soulignent le rôle des barrières linguistiques dans la compréhension des cours [82], ou encore la diversité des trajectoires de décrochage liées à des difficultés persistantes et à un manque de soutien institutionnel [75,84,93].

Dans notre étude, les contraintes logistiques sont limitées : la majorité des étudiants vivent à moins de 30 minutes de la faculté, le plus souvent à pied ou en transport individuel. En revanche, les facteurs psychosociaux apparaissent centraux : le stress est significativement associé à la pression sociale et familiale ($p = 0,03$), à un faible sentiment de compétence ($p = 0,001$) et à l'absence d'activités anti-stress ($p = 0,01$). Aucun lien significatif n'est retrouvé avec le sexe, l'année d'étude, l'origine géographique, le type de lycée, le logement ou les sources de financement.

La comparaison avec les données internationales montre que notre cohorte partage de nombreux points communs avec les contextes décrits par Fond, Heinen et Gellisch, où la pression académique et le climat psychologique jouent un rôle plus déterminant que les variables matérielles [8,85,88]. Les difficultés langagières rapportées par Bouglimina [82] et Bassett [96] pourraient également contribuer à la surcharge cognitive observée.

Contrairement aux études où la ruralité ou le statut d'étudiant « first-in-family » augmentent nettement le risque d'échec et d'abandon [93], nos étudiants évoluent dans un environnement matériel relativement favorable. Nos résultats suggèrent donc que les politiques de soutien devraient cibler en priorité les dimensions pédagogiques, psychologiques et sociales, plutôt que les seules contraintes matérielles.

VI. Bien-être et état psychologique

1. Estime de soi

La littérature montre que l'estime de soi joue un rôle déterminant dans l'adaptation au cursus médical. Plusieurs travaux soulignent qu'un niveau satisfaisant de confiance en soi et de sentiment de compétence protège des exigences du programme et du stress associé. Ocheretnyuk et al. indiquent que l'estime de soi et la communicativité distinguent les étudiants bien adaptés de ceux en difficulté, dont 17 % nécessitent une adaptation difficile [94]. Gellisch et al. démontrent que l'auto-efficacité académique est liée à une diminution des inquiétudes et de la tension et à une augmentation du bien-être [88]. Shukri et al. confirment qu'une meilleure auto-efficacité et des stratégies d'apprentissage structurées sont associées à de meilleures performances et à une meilleure qualité de vie psychologique [78]. Les études sur le burnout rappellent également qu'une baisse de l'estime de soi académique constitue l'un de ses éléments centraux [90].

Dans notre étude, l'estime de soi se situe dans une zone « moyenne à élevée » (moyenne $3,34 \pm 0,9$). Une proportion importante d'étudiants présente une estime moyenne (35,9 %) ou élevée (31,8 %), tandis que 19,3 % affichent un niveau faible ou très faible. Une estime plus élevée est associée à de meilleures conditions de logement, à une pression sociale et familiale plus faible, à un fort sentiment de compétence et à la pratique régulière d'activités anti-stress ($p \leq 0,018$). Les corrélations montrent également des liens significatifs avec l'adaptation ($r = 0,42$), l'intégration ($r = 0,35$), le stress perçu ($r = -0,41$) et les symptômes anxiodépressifs ($r = -0,48$), avec des $p < 0,001$.

La comparaison avec la littérature situe notre cohorte dans des tendances similaires. La proportion d'étudiants présentant une estime de soi faible ($\approx 19\%$) est proche de celle décrite par Ocheretnyuk et al. ($\approx 17\%$) [94]. Les travaux sur le burnout, comme celui de Boni et al., montrent que la diminution de l'efficacité académique perçue est fréquente [90], tandis que Gellisch et Shukri confirment le rôle protecteur de l'auto-efficacité [78,88]. L'ensemble

suggère une estime de soi globalement correcte, tout en révélant un sous-groupe vulnérable comparable à ce qui est observé dans d'autres contextes

2. Capacité d'adaptation

Les travaux internationaux soulignent que la capacité d'adaptation est un déterminant clé des trajectoires étudiantes en médecine. Brooker et al. [89] montrent que 55 % des étudiants perçoivent leurs difficultés comme menaçantes, influençant leurs réponses émotionnelles. Sawhney et al. [80] révèlent que les étudiants dépressifs utilisent davantage des stratégies d'évitement plutôt que des stratégies d'approche. Ocheretnyuk et al. [94] indiquent que 17 % des étudiants ont une adaptation difficile, exposant à un risque accru de burnout.

Dans notre étude, la capacité d'adaptation moyenne est de $3,47 \pm 0,9$ (échelle 1-5), avec 87 % des étudiants dans les catégories moyenne à très élevée. Cependant, 13 % rapportent une capacité faible ou très faible. Une meilleure adaptation est associée à un soutien financier (bourse), un travail à temps partiel, une moindre pression sociale/familiale, un sentiment de compétence académique, et la pratique d'activités anti-stress ($p \leq 0,043$). Elle est positivement corrélée à l'intégration ($r = 0,40$) et négativement au stress et aux troubles émotionnels ($r \approx -0,35 / -0,32$).

Ces résultats sont cohérents avec la littérature, où 17 % des étudiants ont une adaptation difficile [94]. Comme Sawhney et al. [80], nous observons que les étudiants mieux adaptés utilisent des stratégies actives (recherche de soutien, activités anti-stress). Enfin, nos données confirment que l'auto-efficacité atténue les tensions et inquiétudes [88], et que les stresseurs financiers et familiaux majorent les difficultés d'adaptation [8].

3. Niveau de stress

Dans la littérature, la forte prévalence du stress chez les étudiants en médecine est largement documentée. Muzafar et al. rapportent au Pakistan 31,6 % de burnout élevé et 47,4 % de burnout au moins modéré [74]. Jordan et al., aux États-Unis, montrent une augmentation rapide du stress perçu, avec plus de 88 % des étudiants dépassant la norme dès octobre et

plus de 90 % en mai [87]. Au Royaume-Uni, Moffat observe que les « étudiants cas » au GHQ-12 passent de 24,9 % à 52,4 % en première année [95]. D'autres travaux, comme ceux de Heinen ou de March-Amengual, retrouvent 20-30 % d'étudiants dépassant les seuils cliniques [8,98], tandis que Ragab souligne l'importance des symptômes somatiques et comportementaux associés [92].

Dans notre étude, 50,2 % des étudiants déclarent un stress élevé ou très élevé, 41,9 % un stress modéré et seulement 7,8 % un stress faible. Par ailleurs, 27,6 % rapportent un stress quotidien, 27,2 % un stress hebdomadaire et 29,0 % un stress mensuel, soit 83,8 % exposés à un stress récurrent. La pression sociale et familiale est également importante (30,9 % « oui » et 41,0 % « parfois »). Sur le plan analytique, le stress est positivement corrélé à la dépression/anxiété ($r = 0,52$) et négativement associé à l'estime de soi et à la capacité d'adaptation, confirmant son rôle central dans la vulnérabilité psychologique.

En comparaison avec les données internationales, notre prévalence de stress élevé (≈ 50 %) se rapproche des 52,4 % « cas » rapportés par Moffat [95]. Les études utilisant des seuils plus stricts (BSI-18) décrivent environ 25-27 % de détresse psychologique [98], tandis que des contextes plus contraints, comme au Bangladesh, atteignent des niveaux encore plus élevés (69,5 % de dépression modérée à sévère ; 61 % d'anxiété modérée à sévère) [91]. Enfin, les observations de Jordan montrent que, en période d'examens, plus de 88 % des étudiants dépassent les normes de stress [87], situant nos résultats dans la continuité des tendances internationales.

Tableau XIX . Comparaison synthétique des niveaux de stress/burnout dans quelques études

Étude	Pays / année	Indicateur principal	Population étudiée	Prévalence principale de stress/burnout
Notre étude (2025)	Maroc, 1 ^{er} cycle	Stress auto-déclaré (faible → très élevé)	Étudiants en médecine, premier cycle	50,2 % stress élevé/très élevé
Muzafar et al. [74]	Pakistan, 2015	Burnout (Kristenson)	Étudiants en médecine (n = 777)	31,6 % burnout élevé/très élevé
Moffat et al. [95]	Royaume-Uni, 2004	Morbidité GHQ-12	1 ^{re} année médecine	52,4 % cas au terme 3
March-Amengual et al. [98]	Espagne, 2022	Détresse (BSI-18, GSI)	Étudiants santé et non-santé	27,1 % détresse clinique
Jordan et al. [87]	États-Unis, 2020	Stress perçu PSS-10	Étudiants médecine (suivi longitudinal)	≥ 88 % au-dessus de la norme dès octobre

4. Symptômes liés au stress (fatigue, insomnie, anxiété, dépression, troubles somatiques)

Dans la littérature, le stress des étudiants en médecine s'accompagne d'un ensemble de symptômes somatiques, émotionnels et cognitifs. Islam et al. montrent que près de 70 % des étudiants bangladais présentent une dépression modérée à sévère et 61 % une anxiété modérée à sévère, avec un rôle majeur du sommeil perturbé, de la sédentarité et de l'usage excessif d'internet [91]. De leur côté, Ragab et al., au Soudan, décrivent une symptomatologie marquée par l'agitation (75,3 %), les comportements de coping inadaptés (73,3 % se rongent les ongles), les troubles digestifs (66,2 %), l'évitement (64,9 %), l'asthénie, la faible confiance et les céphalées [92]. Par ailleurs, Moffat et Heinen rapportent une augmentation nette de la détresse psychologique, avec environ 11,5 % de symptômes dépressifs cliniques et 18,4 % d'anxiété, nettement supérieurs aux normes populationnelles [8,95]. March-Amengual

observe, en Espagne, une détresse clinique chez 27,1 % des étudiants (BSI-18) [98]. Enfin, les grandes séries comme celle de Fond montrent que les étudiants suivis en psychiatrie présentent davantage de consommations psychotropes et une exposition accrue à des événements traumatiques [85].

Dans notre étude, les symptômes liés au stress sont extrêmement fréquents. Parmi les 217 étudiants, 55,3 % rapportent une fatigue importante, 50,7 % une anxiété, 43,7 % une insomnie, 34,0 % des céphalées, 27,6 % une impression de dépression, 20,8 % des troubles digestifs et 4,6 % d'autres manifestations. Au total, 66,4 % déclarent des symptômes émotionnels ou anxio-dépressifs, 19,8 % ne sont pas sûrs et 13,8 % seulement se disent indemnes. Toutefois, parmi les 144 étudiants se reconnaissant en difficulté émotionnelle, seuls 19,5 % ont sollicité une aide formelle, contre 80,5 % n'ayant entrepris aucune démarche, ce qui témoigne d'un sous-recours notable aux soins dans un contexte de stress académique récurrent et de forte pression sociale et familiale.

En comparaison avec la littérature, la fréquence des symptômes anxieux, dépressifs et somatiques observée dans notre cohorte apparaît élevée. Notre proportion d'étudiants rapportant une détresse émotionnelle (66,4 %) se rapproche des prévalences rapportées par Islam et al. (69,5 % de dépression modérée/sévère et 61 % d'anxiété modérée/sévère) [91], bien que reposant sur des outils différents. Les niveaux décrits par Heinen (\approx 11,5 % de dépression ; 18,4 % d'anxiété) [8] ou par March-Amengual (\approx 27 % de détresse clinique) [98] sont plus faibles, mais basés sur des seuils cliniques plus stricts que notre auto-déclaration. Enfin, les symptômes somatiques décrits par Ragab [92] trouvent un écho dans notre étude, où fatigue, céphalées et troubles digestifs sont très répandus. En outre, le sous-recours aux soins que nous observons contraste avec la proportion d'étudiants suivis en psychiatrie dans l'étude de Fond (12,2 %) [85], suggérant que, dans notre contexte, la souffrance psychique demeure largement sous-estimée et insuffisamment prise en charge.

Tableau XX . Prévalence comparée des troubles émotionnels et de la détresse

Étude	Pays / outil	Indicateur principal	Prévalence principale
Notre étude (2025)	Maroc, auto-report	Symptômes de dépression/anxiété/troubles émotionnels	66,4 % déclarent des troubles émotionnels
Islam et al. [91]	Bangladesh, PHQ-9 / GAD-7	Dépression modérée à sévère / anxiété modérée à sévère	69,5 % / 61,0 %
Heinen et al. [8]	Allemagne, PHQ-2 / GAD-2	Dépression / anxiété au-dessus du seuil	11,5 % / 18,4 %
March-Amengual et al. [98]	Espagne, BSI-18	Détresse psychologique (GSI clinique)	27,1 %
Moffat et al. [95]	Royaume-Uni, GHQ-12	Cas GHQ-12 (term 3)	52,4 %

5. Analyse psychologique et facteurs de risque

D'une manière générale, la littérature met en évidence un ensemble de facteurs de risque et de protection qui influencent fortement le bien-être psychologique des étudiants en médecine. Sur le versant des risques, plusieurs travaux soulignent l'impact des contraintes socio-économiques, des événements de vie difficiles et des caractéristiques structurelles du cursus. Islam et al. montrent que la mauvaise qualité du sommeil, l'absence d'exercice physique et l'usage prolongé d'internet augmentent significativement le risque de dépression et d'anxiété [91]. De leur côté, Fond et al. décrivent un sous-groupe d'étudiants suivis en psychiatrie caractérisés par une consommation accrue de psychotropes, une qualité de vie dégradée et une exposition plus fréquente à des événements traumatiques (deuil, violences, agressions sexuelles, divorces parentaux) [85]. Par ailleurs, Aziz et al. insistent sur le rôle des conflits amicaux, des difficultés amoureuses et des crises financières familiales comme facteurs déclenchants de démotivation, de troubles du sommeil et de comportements à risque [81]. Plusieurs études, dont celles de Muzafar, Boni et Jordan, mettent également en évidence un sur-risque féminin de stress et de burnout, ainsi qu'une vulnérabilité accrue en début de cursus [74,87,90]. À l'inverse, divers facteurs protecteurs sont régulièrement identifiés : une bonne qualité de vie psychologique, un soutien social perçu, une auto-efficacité élevée et des

stratégies d'étude structurées sont associés à de meilleurs résultats et à une moindre détresse [78,88]. Les modèles multivariés de Boni et al. montrent enfin que la bonne auto-santé, l'optimisme, la motivation et un régime d'étude non exhaustif diminuent significativement le risque de burnout [90].

Dans notre étude, les analyses multivariées et corrélationnelles mettent également en lumière un ensemble cohérent de facteurs protecteurs et de vulnérabilité. Du côté des protections, une estime de soi élevée, une forte perception de compétence académique, une bonne capacité d'adaptation, une intégration satisfaisante et la pratique régulière d'activités anti-stress sont systématiquement associées à un moindre stress et à une réduction des symptômes émotionnels. Les corrélations observées entre estime de soi, adaptation, intégration et, en sens opposé, stress ou dépression/anxiété ($r \approx 0,4-0,5$) confirment la robustesse de ce profil.

Par ailleurs, plusieurs facteurs de risque ressortent nettement de notre analyse. Les symptômes de dépression et d'anxiété apparaissent plus fréquents en deuxième année, chez les étudiants utilisant le transport collectif et chez ceux déclarant une forte pression sociale ou familiale ($p \leq 0,007$). La vulnérabilité accrue en deuxième année pourrait refléter l'effet cumulatif de la charge académique et de la confrontation prolongée à un environnement compétitif, à un moment où les mécanismes de coping ne sont pas encore consolidés. L'usage du transport collectif peut quant à lui constituer un indicateur de contraintes logistiques et temporelles (trajets plus longs, fatigue, imprévisibilité) susceptibles d'amplifier le stress quotidien. Enfin, la pression sociale et familiale apparaît comme un déterminant majeur : des attentes élevées, la peur de décevoir et la honte liée à l'échec peuvent freiner la demande d'aide et favoriser l'intériorisation des difficultés psychologiques.

Tableau XXI . Facteurs de protection et de risque dans quelques études

Étude	Facteurs de protection principaux	Facteurs de risque principaux
Notre étude (2025)	Estime de soi, adaptation, intégration, activités anti-stress	2 ^e année, transport collectif, forte pression sociale/familiale
Shukri et al. [78]	Qualité de vie psychologique, soutien social, auto-efficacité	QdV faible, faible soutien, stratégies d'apprentissage peu efficaces
Gellisch et al. [88]	Auto-efficacité globale (SSE), joie, coping du stress	Fardeau de l'incertitude, sensibilité à l'anxiété, SES défavorable
Boni et al. [90]	Bonne auto-santé, optimisme, motivation, régime d'étude adapté	1 ^e année, épuisement émotionnel, cynisme, faible efficacité
Islam et al. [91]	Sommeil satisfaisant, exercice physique régulier, usage modéré d'internet	Mauvais sommeil, sédentarité, >4 h/j d'internet, comorbidité dépression-anxiété
Fond et al. [85]	— (groupe témoin)	Exposition à violences, trouble d'usage d'alcool, souffrance psychique cumulée

La mise en parallèle de ces données avec notre propre contexte conduit à plusieurs interprétations. D'une part, la convergence entre nos résultats et ceux de Shukri ou de Gellisch [78,88] confirme l'importance des ressources internes (auto-efficacité, sentiment de compétence, stratégies d'étude) et du soutien social comme remparts contre la détresse psychique. D'autre part, les facteurs de risque identifiés – contraintes logistiques, pression familiale, vulnérabilité en début/mi-cursus – font écho aux travaux soulignant l'impact des stressors économiques, relationnels et organisationnels [8,85,90,91]. Le fait que la deuxième année apparaisse plus exposée dans notre série rejoint les observations de Moffat et Boni sur les premières années, période où la confrontation aux exigences du cursus, à l'anxiété de performance et à la reconfiguration des repères sociaux est particulièrement intense [90,95].

VII. Transition lycée–université et vie étudiante

1. Intégration

la transition vers les études médicales est fréquemment décrite comme un moment sensible d'intégration académique et sociale. Plusieurs travaux insistent sur le rôle du contexte : la vie en résidence peut faciliter l'adaptation initiale mais devenir négative par l'influence des « anciens » [94] ; environ 30 % des étudiants issus de milieux populaires au Royaume–Uni se sentent « déplacés » et 15 % rapportent des expériences de classisme [96] ; la diminution des activités entre pairs en troisième année fragilise le tissu social [97]. À l'inverse, les dispositifs structurés (petits groupes, tutorat, programmes d'orientation) constituent des facteurs protecteurs importants [83,95].

Dans notre étude, la transition lycée–faculté est jugée « fluide » ou « plutôt facile » par 38,2 % des étudiants, mais reste difficile pour 28,1 %. L'intégration est globalement satisfaisante : 72,3 % se déclarent bien ou tout à fait intégrés, contre 27,6 % en difficulté. Les analyses statistiques montrent une meilleure intégration chez les étudiants logés en famille ou en colocation ($p = 0,027$), utilisant un transport individuel ($p = 0,04$), ne subissant pas de pression sociale marquée ($p = 0,016$), pratiquant des activités anti–stress ($p = 0,010$) et ayant une bonne confiance en leurs compétences ($p = 0,0007$). En revanche, 63,1 % déclarent ne pas disposer de dispositifs formels de soutien (tutorat, groupes d'étude). Enfin, l'alignement du programme sur les besoins du système de santé est perçu comme satisfaisant par 50,5 %, mais insuffisant ou partiel par 48,5 %.

En comparaison avec les études internationales, notre proportion d'étudiants en difficulté d'intégration ($\approx 28\%$) est proche de celle rapportée par Bassett ($\approx 30\%$ se sentant « out of place ») [96] ou des difficultés émergentes en deuxième année dans les dortoirs décrits par Ocheretnyuk [94]. Comme ailleurs, les facteurs modifiables — logement, transport, pression sociale, soutien institutionnel — jouent un rôle central, tandis que le déficit de dispositifs d'accompagnement rappelle les conclusions de la revue de Lacasse [83]. Le

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

contraste avec les contextes où le tutorat et les petits groupes sont protecteurs [95] souligne l'importance de structurer l'environnement pédagogique pour faciliter l'intégration.

Au total, même si une majorité d'étudiants réussit leur transition, près d'un tiers demeure en zone de vulnérabilité. La combinaison de facteurs psychologiques (confiance en soi) et contextuels (logement, transport, absence de tutorat) montre que des interventions ciblées pourraient améliorer significativement l'adaptation au premier cycle et transformer une transition souvent difficile en processus accompagné.

Tableau XXII . Transition et intégration : comparaison entre notre étude et quelques séries internationales

Étude / contexte	Indicateurs principaux	Résultats
Notre étude, Marrakech 2025	Transition perçue, intégration, facteurs contextuels	Transition difficile/très difficile chez 28,1 % ; 72 % se déclarent bien intégrés ; meilleure intégration avec logement familial/colocation, transport individuel, absence de pression familiale, activités anti-stress et confiance en soi.
Ocheretnyuk et al, Ukraine [94]	Impact du dortoir, stratégies ouvertes/fermées	90 % estiment que la vie en dortoir influence l'adaptation ; adaptation plus facile avec stratégie « ouverte » ; attention aux étudiants hors dortoir.
Bassett et al, UK [96]	Sentiment d'appartenance, classisme	30 % se sentent « déplacés » face aux pairs plus aisés ; 15 % rapportent des épisodes de classisme ; forte mobilisation du soutien par les pairs.
Moffat et al, Écosse [95]	Environnement d'apprentissage, PBL	Environnement social et tutoriel globalement protecteur ; faible stress lié aux relations avec pairs, tuteurs et patients.
Dunham et al, USA/Canada [97]	Aide entre pairs, climat social	Diminution de l'aide entre pairs et des activités informelles en 3e année, avec récupération partielle ; climat plus contraint en clinique.
Lacasse et al, Canada (revue BEME) [83]	Interventions d'aide à la transition	Orientation formelle, communautés d'apprentissage et tutorat associés à une meilleure transition ; la majorité des interventions rapportées sont efficaces.

2. Discrimination et harcèlement

Selon la littérature, les expériences de discrimination — ainsi que les sentiments d’injustice ou d’“othering” — constituent des facteurs majeurs de détresse et de décrochage dans les études médicales. Muzafar et al., au Pakistan, rapportent ainsi des discriminations fréquentes liées au genre (20,7 %), au rôle social (18,2 %) ou à la caste (13,5 %) [74]. Bassett et al., au Royaume-Uni, identifient du classisme ou de la stigmatisation chez environ 15 % des étudiants issus de milieux populaires [96]. De leur côté, Dunham et al. montrent que le climat perçu se détériore davantage chez les étudiants asiatiques ou minoritaires, avec une récupération incomplète en fin de cursus [97]. Plusieurs auteurs soulignent enfin que la sous-déclaration reste fréquente, en raison de la banalisation, de la crainte de représailles ou de normes culturelles qui limitent l’expression explicite des plaintes.

S’agissant de notre étude, les taux déclarés de discrimination ou de harcèlement demeurent très faibles : 2,3 % des étudiants mentionnent une discrimination au sein de la faculté et 4,6 % rapportent un épisode de harcèlement ou de discrimination. Plus de 95 % affirment n’avoir vécu aucune situation de ce type. Ce profil suggère un climat perçu comme globalement non discriminatoire, même si la possibilité d’une sous-déclaration demeure — qu’il s’agisse de la sensibilité du sujet, de l’absence de dispositifs de signalement clairement identifiés, ou de la difficulté à reconnaître des micro-agressions moins explicites. Par ailleurs, l’absence de variations selon le sexe, l’origine ou le statut socio-économique peut traduire soit une réelle faible prévalence, soit un effet lié à la mesure.

Comparativement, nos taux sont beaucoup plus bas que ceux décrits au Pakistan [74] ou au Royaume-Uni [96]. Cette différence peut renvoyer à des contextes sociaux distincts, mais également à des divergences méthodologiques : certaines études questionnent directement des discriminations très spécifiques, tandis que les approches qualitatives de Bassett permettent d’exprimer des expériences que des questionnaires fermés captent difficilement. À l’inverse, notre approche plus globale peut avoir dilué la détection des micro-agressions ou des discriminations implicites. Les travaux de Dunham et al. [97] rappellent

d'ailleurs que certaines formes de marginalisation ne passent pas par des actes explicites, mais par un climat relationnel plus froid ou une moindre reconnaissance.

En définitive, même si les discriminations rapportées apparaissent limitées, la comparaison internationale incite à la prudence. La faible prévalence observée pourrait refléter une réalité apaisée, mais aussi un manque de sensibilisation et l'absence de dispositifs perçus comme sûrs pour signaler les incidents. Il reste donc pertinent de structurer des procédures de plainte anonymes, de sensibiliser la communauté étudiante et de former aux micro-agressions, afin de prévenir l'installation de situations potentiellement plus graves.

3. Impact sur la vie sociale, conciliation vie privée-études

Les travaux internationaux montrent que les difficultés des étudiants en médecine dépassent largement les seules contraintes académiques et s'inscrivent dans une transformation profonde de la vie sociale et familiale. Ragab et al. rapportent ainsi des stressors psychosociaux importants — attentes parentales élevées, solitude, éloignement du domicile, motivation faible, problèmes financiers [92]. Aziz et al. décrivent l'impact d'obligations familiales lourdes sur la démotivation et l'échec [81], tandis que Bassett et al. soulignent le sentiment de décalage social vécu par certains étudiants de milieux populaires [96]. D'autres travaux, comme ceux de Dunham, montrent une diminution des activités informelles au fil du cursus [97], alors que Moffat et al. et Heinen et al. insistent sur le rôle protecteur d'un environnement social riche et de ressources psychologiques positives [8,95].

Dans notre cohorte, le retentissement social des études apparaît particulièrement important : 59 % des étudiants déclarent une atteinte significative, considérable ou importante de leur vie sociale, et seulement 21,2 % estiment que l'impact est faible ou nul. La conciliation entre études et vie sociale est jugée modérée par 41,9 %, mais difficile par 25,8 % et presque impossible par 10,6 %. Le score moyen ($2,78 \pm 0,9$) confirme la fragilité de cet équilibre. Cette tension s'ajoute aux contraintes déjà identifiées — charge de travail, gestion du temps, pression de performance, isolement (30,9 %), pression financière (22,6 %) — qui limitent la possibilité de préserver une sociabilité épanouissante.

Comparativement, nos résultats concordent avec ceux de Ragab et al., qui mettent en évidence le poids de la solitude, de l'éloignement et des attentes familiales [92]. Ils rejoignent aussi les observations d'Aziz et al., selon lesquelles les contraintes familiales interfèrent directement avec l'investissement académique [81]. Les données de Dunham et al., montrant un appauvrissement progressif des activités entre pairs [97], éclairent également nos résultats, bien que notre population soit centrée sur le premier cycle. Par ailleurs, les travaux de Moffat et de Heinen rappellent le rôle protecteur d'un environnement social soutenant et de ressources psychologiques positives [8,95].

En définitive, la convergence entre notre étude et la littérature souligne que le retentissement social des études médicales constitue un déterminant majeur des difficultés du premier cycle. Une vie sociale appauvrie, l'isolement ou un décalage familial marquent un terreau de vulnérabilité favorisant la détresse psychologique, la démotivation et, potentiellement, la sous-performance ou l'abandon. Les interventions doivent donc dépasser les seuls ajustements académiques et intégrer :

- Des espaces de sociabilité structurés,
- des conditions de logement favorisant l'équilibre de vie,
- une sensibilisation des familles aux exigences réelles du cursus.

4. Gestion du stress et stratégies d'adaptation

Selon la littérature, la gestion du stress représente un enjeu central pour les étudiants en médecine. Ragab et al. montrent que les attentes parentales, la motivation, les difficultés financières et le manque de soutien pédagogique génèrent « beaucoup de stress », alors que 91,1 % ne déclarent aucune stratégie de coping et que le recours aux substances reste marginal [92]. Fond et al. mettent toutefois en évidence une utilisation non négligeable de psychotropes à visée auto-thérapeutique (19,1 % pour l'anxiété, 7,3 % pour la dépression) [85]. D'autres travaux soulignent le rôle des ressources personnelles : joie, optimisme, auto-efficacité et coping résilient amortissent l'anxiété et la dépression, même si une proportion d'étudiants demeure en détresse [8]. Moffat et al. montrent que les stratégies actives

(acceptation, planification) sont les plus protectrices, contrairement aux stratégies évitantes associées à un statut de « cas » [95]. Enfin, plusieurs auteurs recommandent de combiner des interventions organisationnelles (réduction de la charge, révision des évaluations) et individuelles (mindfulness, soutien psychologique) [90,97].

Dans notre cohorte, la gestion du stress repose principalement sur des pratiques individuelles. Ainsi, 54,8 % déclarent pratiquer des activités anti-stress, tandis que 45,2 % manquent de temps pour le faire. Les stratégies d'adaptation les plus fréquentes sont la routine de vie saine (63,6 %), les objectifs réalistes (46,1 %), le soutien émotionnel (41,5 %) et les activités parascolaires (29,0 %). Le recours à l'aide professionnelle reste très faible (6,9 %), tout comme la sollicitation directe d'enseignants ou tuteurs (2,3 %). Ce profil témoigne d'un coping largement auto-géré, centré sur les ressources personnelles et familiales, avec un usage limité des soutiens formels.

Comparativement, nos étudiants présentent un profil intermédiaire : des stratégies actives relativement fréquentes, proches de celles décrites par Moffat [95], mais un recours aux ressources institutionnelles très faible, rappelant le déficit de coping structuré observé par Ragab [92]. Les données de Fond [85] sur l'usage de substances ne sont pas directement transposables, mais soulignent que l'absence de soutien formel peut favoriser des stratégies de régulation à risque, possibilité que nos données ne permettent pas d'écarter.

Au final, nos résultats confirment que la gestion du stress repose surtout sur des ressources individuelles alors que les contraintes structurelles (charge de travail, pression de performance, difficultés de conciliation) restent intenses. Comme le suggèrent Heinen et al. [8] et Boni et al. [90], un renforcement des programmes institutionnels de bien-être, de gestion du stress et de compétences psychosociales, associé à des ajustements curriculaires, apparaît nécessaire pour prévenir l'épuisement et soutenir les étudiants les plus vulnérables.

VIII. Améliorations et recommandations : mesures suggérées par les étudiants pour améliorer leur bien-être

Les recommandations issues de la littérature convergent vers plusieurs axes majeurs : allègement de la charge de travail, révision des modalités d'évaluation, développement du mentorat, remédiation pédagogique, renforcement du soutien psychologique et programmes de bien-être. Ainsi, Khan et al insistent sur la nécessité de soutenir les environnements fragiles et de réduire les inégalités public-privé [76], tandis qu'Imran et al encouragent l'introduction précoce d'une culture de recherche [77]. De même, Almoallim et al montrent que les étudiants souhaitent un cours d'introduction, un mentor individuel, des groupes plus restreints et une pédagogie moins magistrale [79]. Parallèlement, Aziz et al recommandent d'intensifier les interventions de gestion du stress et le counseling [81], et Bouglimina propose un programme de FOS médical pour réduire les difficultés langagières [82]. Enfin, la revue BEME de Lacasse recense des preuves robustes en faveur du tutorat, du mentorat, des communautés d'apprentissage et de la réorganisation curriculaire [83].

Dans notre étude, les étudiants formulent des demandes qui s'inscrivent dans cette même dynamique. Les mesures les plus souhaitées sont : une plus grande flexibilité dans les cours et examens (83,4 %), une réduction de la charge académique (67,3 %), un renforcement du soutien psychologique (54,5 %) et une augmentation des activités parascolaires (46,4 %). De plus, le faible recours aux aides formelles (6,9 % pour la santé mentale ; 2,3 % pour les tuteurs) contraste avec l'importance accordée à ces besoins, révélant un écart notable entre offre et demande.

Comparativement aux recommandations internationales, les propositions de nos étudiants apparaissent remarquablement concordantes. En effet, la demande de flexibilité curriculaire rejoint celles de Lacasse, Ragab ou Brooker [83,89,92], tandis que le besoin de soutien psychologique fait écho aux résultats de Fond et Heinen [8,85]. De plus, l'intérêt pour des activités parascolaires rencontre les conclusions d'Aziz, Ocheretnyuk et Moffat [81,94,95], et les difficultés d'intégration relevées dans notre cohorte renforcent l'intérêt pour des

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

dispositifs de mentorat et de tutorat, tels que préconisés par Pham, Dunham ou Almoallim [79,84,97].

En définitive, les demandes exprimées par nos étudiants reproduisent fidèlement les leviers identifiés dans la littérature : flexibilisation du curriculum, soutien psychologique, enrichissement de la vie étudiante et structuration des dispositifs pédagogiques d'accompagnement.

Tableau XXIII . Principales recommandations : convergence entre notre étude et la littérature

Domaine d'intervention	Notre étude (Marrakech 2025)	Études concordantes
Allègement / réorganisation de la charge de travail et des examens	Flexibilité des cours/examens (83,4 %) ; réduction de la charge (67,3 %)	Lacasse et al [83] ; Ragab et al [92] ; Brooker et al [89] ; Boni et al [90]
Soutien psychologique et bien-être	Soutien psychologique souhaité par 54,5 % ; faible recours actuel (6,9 %)	Fond et al [85] ; Heinen et al [8] ; Boni et al [90] ; Ragab et al [92]
Tutorats, mentorat, accompagnement académique	Déficit perçu de ressources institutionnelles (63,1 % sans accès)	Almoallim et al [79] ; Aziz et al [81] ; Lacasse et al [83] ; Pham et al [84] ; Dunham et al [97]
Activités parascolaires et vie étudiante	Plus d'activités parascolaires souhaitées par 46,4 %	Aziz et al [81] ; Ocheretnyuk et al [94] ; Moffat et al [95] ; Bassett et al [96]
Remédiation linguistique / pédagogique ciblée	Non exploré directement mais pertinent pour certains profils	Bouglimina [82] ; Hernández-Torrano et al [86]
Repérage précoce et suivi des étudiants en difficulté	Implicite à travers les difficultés identifiées	Pham et al [84] ; Yates et James [75] ; Dunham et al [97]



Forces et limites de l'étude



I. Limites

Bien que cette étude apporte un éclairage précieux sur la santé mentale et les conditions d'apprentissage des étudiants en médecine, plusieurs limites doivent être prises en compte.

La participation reposait sur le volontariat, ce qui expose à un biais de sélection : les étudiants les plus concernés ont pu être davantage enclins à répondre, tandis que ceux en grande fatigue ou peu intéressés ont pu s'abstenir. Le taux de participation relativement faible (217 répondants sur environ 1000 étudiants) limite ainsi la représentativité de l'échantillon.

L'usage d'un auto-questionnaire en ligne comporte des risques de biais d'évaluation. Le remplissage à distance peut être perturbé par un manque de concentration, des interruptions ou des réponses automatiques, sans possibilité de vérifier l'unicité des participations. Les réponses reposent également sur une perception subjective pouvant être influencée par la désirabilité sociale ou par l'état émotionnel du moment, d'autant que la collecte a eu lieu peu après les examens.

L'étude ne recourt pas à des instruments psychométriques standardisés dans leur intégralité, et aucun trouble n'a été évalué par un professionnel de santé mentale. Les prévalences rapportées doivent donc être interprétées comme des indicateurs de détresse perçue plutôt que comme des diagnostics cliniques formels.

Le design transversal ne permet pas d'établir de relations causales entre les variables étudiées. De plus, certaines dimensions importantes n'ont été explorées que partiellement. Les discriminations et micro-agressions n'ont été questionnées que de manière générale, ce qui peut entraîner une sous-déclaration. Plusieurs déterminants de santé n'ont pas été abordés de façon approfondie.

En conclusion, cette étude portant uniquement sur les étudiants en médecine de Marrakech, ses résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des facultés marocaines. Des études comparatives menées dans d'autres villes seraient nécessaires pour affiner ces observations.

II. Forces

Notre auto-questionnaire déclaratif, rempli via internet, présente l'avantage d'être plus facile à remplir et de ne pas influencer les réponses (contrairement à un questionnaire rempli par un examinateur). L'auto-questionnaire garantit aussi l'anonymat, ce qui encourage les étudiants à répondre au formulaire et permet aux étudiants d'être honnêtes et sincères dans leurs réponses.

Cette étude constitue l'une des rares investigations portant spécifiquement sur les étudiants en médecine de Marrakech. Elle fournit ainsi des données actualisées et contextualisées sur leur santé mentale, leurs conditions d'étude et leur expérience universitaire, dans un paysage scientifique national encore peu documenté. Cette contribution locale permet de combler un manque important dans la littérature marocaine.

Par ailleurs, la valeur distinctive de ce travail repose sur son approche véritablement multidimensionnelle. Contrairement à de nombreuses études centrées sur une seule dimension (anxiété, burnout ou stress), notre enquête explore conjointement les déterminants démographiques, socio-économiques, académiques, psychosociaux et institutionnels. Cette diversification des angles d'analyse offre une compréhension globale et nuancée du bien-être étudiant et permet d'identifier avec précision les profils de vulnérabilité ainsi que les leviers d'intervention prioritaires.

En outre, le questionnaire utilisé, spécifiquement adapté au contexte marocain, constitue un élément essentiel de qualité. Il intègre des dimensions rarement explorées dans les recherches locales : pression familiale (fortement ancrée socialement), conciliation vie sociale/études, perception de l'environnement académique, pratiques anti-stress, effets du transport et du logement. Bien qu'il ne repose pas sur des échelles psychométriques standardisées dans leur intégralité, plusieurs items s'inspirent de dimensions reconnues dans des outils internationaux tels que le GHQ-12, le PHQ-9, le GAD-7, la PSS-10 ou le MBI. Cette contextualisation, alliée à une cohérence conceptuelle avec la littérature, renforce la pertinence locale et l'applicabilité institutionnelle des résultats

De plus, l'étude se distingue par une rigueur méthodologique notable. Les analyses statistiques sont pertinentes, et les limites du protocole sont clairement discutées, renforçant la transparence scientifique et la solidité de l'interprétation.

Par ailleurs, la convergence de nos résultats avec les données internationales constitue un indicateur de validité externe. Les tendances observées dans notre cohorte rejoignent celles d'autres pays, confirmant l'universalité de certaines contraintes des études médicales, tout en mettant en lumière les spécificités de notre contexte.

Enfin, l'identification de plusieurs variables modifiables représente un élément pratique déterminant. Ces facteurs fournissent une base solide pour élaborer des recommandations concrètes et directement mobilisables en vue d'améliorer le bien-être des étudiants, assurant ainsi une articulation cohérente entre les résultats scientifiques et les actions institutionnelles.



RECOMMANDATIONS

Nous proposons un certain nombre de recommandations, certaines solutions existent

déjà mais sont souvent mal connues des étudiants et sont à renforcer, d'autres sont à créer ou à développer.

A. Dispositifs existants à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech [99].

Dispositifs institutionnels

Parmi les structures institutionnelles, on trouve la cellule d'écoute et d'accompagnement [100], espace confidentiel situé au sein de la faculté, qui a pour objectif d'accueillir, écouter, comprendre, informer et orienter les étudiants en difficulté. Ses missions incluent : entretiens individuels sur demande (permanence libre ou rendez-vous), conseils et orientations cohérents, relais vers des praticiens pour prise en charge thérapeutique si nécessaire, et propositions de mesures préventives. Les étudiants peuvent solliciter un rendez-vous par téléphone ou email et sont reçus dès que possible.

S'ajoute à cela la commission des affaires estudiantines [101], constituée d'enseignants, d'administratifs et de représentants d'étudiants, ayant pour objectif le soutien et l'épanouissement des étudiants ainsi que l'intermédiation avec l'administration. Cette instance joue un rôle clé dans la médiation et la défense des intérêts étudiants.

Par ailleurs, le programme de tutorat et de lutte contre le décrochage universitaire vise à favoriser l'intégration aux études médicales, soutenir les étudiants en difficulté d'apprentissage, et lutter contre l'échec universitaire et le redoublement. Il permet un soutien pédagogique et une proximité enseignants/étudiants favorisant le processus d'apprentissage [101].

De plus, la faculté est dotée d'un guide de l'étudiant permettant de s'informer sur le cursus médical, la couverture médicale (AMO pour les étudiants), l'organisation et les différentes structures de la faculté, ainsi que les activités et programmes existants [101].

Dispositifs associatifs et événementiels

En outre, plusieurs associations étudiantes dynamiques existent : le BDE (Bureau Des Étudiants) organisant activités socioculturelles et sportives, l'AEMM (Association des Étudiants en Médecine de Marrakech) affiliée à IFMSA–Morocco avec actions de sensibilisation et projets de santé publique, l'Amicale des Étudiants Étrangers de la FMPM soutenant les étudiants internationaux, l'Association sportive de la FMPM promouvant le sport comme levier de bien-être, et les Associations des médecins internes et résidents assurant mentorat et partage d'expérience [101, 102] .

Ces structures organisent régulièrement des journées d'intégration pour accueillir les nouveaux étudiants, des journées scientifiques avec conférences, tables rondes et ateliers pour approfondir les connaissances, ainsi que des activités socioculturelles et sportives pour équilibrer vie académique et épanouissement personnel.

Dispositifs de santé et prévention

Concernant la santé, l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire) pour les étudiants couvre les frais médicaux et facilite l'accès aux soins. Des campagnes de vaccination contre l'hépatite B et la grippe saisonnière sont proposées régulièrement pour protéger la santé physique [101].

Malgré cette offre diversifiée, nos résultats révèlent une sous-utilisation majeure de ces ressources, soulignant la nécessité urgente d'améliorer leur visibilité, leur accessibilité et leur attractivité auprès des étudiants.

Infrastructures et espaces de vie étudiante

La faculté dispose également d'espaces avec zones Wi-Fi gratuites ainsi que d'espaces verts permettant aux étudiants de bénéficier de lieux de détente et de socialisation [101].

B. Recommandations

À la lumière de nos résultats et des données de la littérature internationale, plusieurs recommandations peuvent être formulées à trois niveaux complémentaires, mobilisant les trois types de prévention.

1. Pour les étudiants

Concernant la santé mentale et le bien-être personnel, les étudiants sont encouragés à :

- Développer une intelligence émotionnelle en apprenant à identifier, nommer et réguler ses émotions. Cette compétence permet de reconnaître la légitimité des difficultés rencontrées sans les assimiler à des signes de faiblesse personnelle, mais plutôt comme des défis normaux du parcours médical.
- Verbaliser la souffrance psychique, consulter et solliciter une aide précoce en cas de détresse psychologique, en contactant la cellule d'écoute, un professionnel de santé mentale, ou en se confiant à des pairs de confiance.
- Développer des stratégies de coping fonctionnelles : résolution de problèmes, réévaluation positive, recherche de soutien social, acceptation des crises, plutôt que des stratégies dysfonctionnelles (déli, évitement, isolement, répression émotionnelle) [23].

Tableau XXIV : Stratégies de coping dites « fonctionnelles » et « dysfonctionnelles »

Stratégies « fonctionnelles »	Stratégies « dysfonctionnelles »
<ul style="list-style-type: none"> - L'acceptation de la crise - La restitution du problème dans son contexte - La recherche d'informations, d'aides matérielles - La recherche de support social - Le partage des émotions négatives - La résolution de problèmes (identifier les problèmes spécifiques, développer des réponses actives au problème, rechercher et analyser des solutions Alternatives) -L'autocontrôle (contrôle de soi, Réassurance, remise en question) 	<ul style="list-style-type: none"> -La négation de l'événement (le déni) - La mise à distance - L'évasion (penser vivre dans un monde parfait où tout se passe toujours bien) - L'évitement (éviter l'information, éviter Les solutions alternatives) - La fuite (dans le sommeil, les médicaments, etc.) - La répression des émotions négatives - La pensée en mode « tout ou rien » - L'isolement

- Pratiquer régulièrement des activités anti-stress : sport, loisirs créatifs, relaxation, mindfulness, activités sociales. Des programmes similaires mis en place dans d'autres

universités ont montré une réduction significative du stress grâce à des ateliers de mindfulness. L'essai randomisé de Dobkin et Hutchinson a démontré que la participation régulière à ces ateliers diminuait de façon marquée le stress perçu chez les étudiants en médecine [103].

- Adopter un mode de vie sain : sommeil suffisant et régulier, alimentation équilibrée, activité physique régulière, limitation du temps d'écran prolongé (> 4 h/jour).
- S'impliquer dans la vie associative et les activités parascolaires (BDE, AEMM, Association sportive), qui favorisent l'intégration sociale et constituent un espace d'épanouissement hors du contexte académique stressant.
- Organiser son travail de manière réaliste : utiliser les plannings proposés dans le guide de l'étudiant, participer aux groupes de tutorat, fixer des objectifs atteignables, adopter des techniques d'étude efficaces (fiches de révision, cartes mentales, répétition espacée).
- Cultiver les facteurs protecteurs : résilience, optimisme, sentiment d'auto-efficacité, locus de contrôle interne, soutien social, sens de cohérence.
- Utiliser les ressources médicales disponibles : bénéficier de l'AMO pour les consultations médicales ou psychologiques, participer aux campagnes de vaccination, s'auto-évaluer régulièrement (échelle de stress de 1 à 10).

2. Pour la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Communication et visibilité (prévention primaire)

- Renforcer massivement la communication sur les structures d'aide disponibles dès la rentrée universitaire. Cette communication multicanale pourrait intégrer un affichage stratégique dans les lieux de passage, des courriels réguliers rappelant les ressources, des présentations systématiques en amphithéâtre lors des journées d'intégration, et des témoignages d'étudiants ayant bénéficié de ces services.
- La création d'une plateforme numérique centralisée recensant l'ensemble des dispositifs de soutien constituerait un progrès significatif. Inspirée du portail *Santé et*

bien-être de l'Université de Montréal, une plateforme numérique centralisée regroupant l'ensemble des dispositifs de soutien pourrait faciliter l'accès aux services. Ce type d'outil, largement utilisé dans les universités nord-américaines, améliore la visibilité des ressources, simplifie la prise de rendez-vous et favorise l'orientation rapide vers les dispositifs d'aide [104].

- Organiser des campagnes de déstigmatisation du recours aux soins psychologiques, via des témoignages vidéo d'étudiants et d'anciens étudiants, participation de professionnels de santé mentale, et sensibilisation aux enjeux de bien-être étudiant lors des journées scientifiques.
- L'institution de journées thématiques annuelles dédiées à la santé mentale et au bien-être, sur le modèle des journées d'intégration ou de celles des internes et résidents, permettrait de libérer la parole, de normaliser ces sujets et de diffuser des outils de prévention à large échelle.

Soutien psychologique et dépistage (prévention secondaire)

- Un renforcement des effectifs et des horaires de la cellule d'écoute est nécessaire pour garantir une accessibilité optimale aux étudiants. L'objectif serait d'assurer des permanences quotidiennes et de réduire les délais d'attente pour les consultations. Pour atteindre cet objectif, la faculté pourrait formaliser un partenariat avec des psychologues cliniciens et des assistants sociaux, permettant d'élargir l'offre de soutien et d'apporter une aide spécialisée et complémentaire.
- Instaurer un dépistage systématique annuel de la santé mentale pour tous les étudiants, via une consultation obligatoire ou un questionnaire de screening validé (type Medical Student Well-Being Index). Une étude menée à l'Université de Manchester (Royaume-Uni) a révélé que les étudiants en médecine hésitent souvent à solliciter un soutien psychologique en raison de la stigmatisation associée aux troubles mentaux et de la crainte que cela n'affecte leur dossier académique ou professionnel. Pour répondre à ce défi, la mise en place d'un système de dépistage systématique et

confidentiel permettrait de réduire les cas de burnout non détectés. Les étudiants en détresse pourraient ainsi être contactés pour bénéficier d'un accompagnement personnalisé, tout en préservant leur anonymat et leur confidentialité [105].

- Former les enseignants et tuteurs au repérage des signaux de détresse et aux stratégies de bienveillance éducative.

Pédagogie et curriculum (prévention primaire)

- Alléger la charge de travail de 10 à 15 % du volume de cours magistraux, en réduisant la quantité de détails au profit de la compréhension conceptuelle et de l'apprentissage actif, constitue une recommandation soutenue dans la littérature. Une revue systématique française menée par l'équipe de l'Université Aix-Marseille et de l'AP-HM a montré que les interventions visant à réduire la charge de travail et à promouvoir l'apprentissage actif diminuent significativement le stress académique et améliorent la réussite des étudiants en médecine [106].
- Instaurer des évaluations formatives (non notées) afin de permettre aux étudiants de s'auto-évaluer sans pression et de consolider progressivement leurs apprentissages entre les blocs de cours. Plusieurs travaux en pédagogie universitaire montrent que ce type d'évaluation favorise la régulation de l'apprentissage et réduit le stress lié aux performances académiques, en particulier lors de la transition vers l'enseignement supérieur [107].
- Développer l'évaluation formative avec feedbacks réguliers, telles que des examens blancs accompagnés de corrections détaillées, permettrait aux étudiants de s'auto-évaluer et d'identifier leurs difficultés dans un cadre d'apprentissage, sans la pression de la notation sommative.
- Réviser le système de passage/redoublement pour le rendre moins anxiogène, en valorisant le progrès individuel plutôt que le seul classement compétitif.

- Intégrer formellement la santé mentale dans le cursus : enseignements dédiés au développement personnel, gestion du stress, compétences relationnelles, prévention du burnout, et sensibilisation aux facteurs protecteurs.

Soutien académique et intégration (prévention primaire et secondaire)

- La mise à niveau et la structuration du programme de tutorat sont essentielles. Il est également proposé de mettre en place un système de parrainage institutionnel complémentaire, visant à faciliter l'adaptation et l'intégration des nouveaux étudiants en les mettant en relation avec un pair plus expérimenté. Les études montrent que les dispositifs de mentorat favorisent le bien-être, l'engagement académique et la satisfaction des étudiants, en particulier lors de leur transition vers l'enseignement supérieur [108]. Le schéma issu d'une thèse antérieure de la FMPM illustre ce programme de parrainage (Figure 1) [109]



Figure 1 : Exemple de dispositif de parrainage décrit dans une thèse de la FMPM (2022) [109].

- La mise en place d'ateliers de soutien linguistique pour les étudiants présentant des fragilités. Tout en offrant un apprentissage du darija aux étudiants étrangers pour faciliter leur intégration sociale et hospitalière. L'ouverture de filières francophones et anglophones rend ces dispositifs d'autant plus nécessaires.
- Mettre en place des groupes de parole thématiques encadrés par des psychologues : gestion de l'échec, syndrome de l'imposteur, conciliation études/vie personnelle, confrontation à la souffrance et à la mort.
- Organiser des groupes Balint axés sur la relation médecin-malade, pour préparer les étudiants à la dimension émotionnelle du métier et leur apprendre à maintenir une distance nécessaire sans tomber dans l'apathie.

Environnement et vie étudiante (prévention primaire)

- Améliorer les infrastructures : étendre les horaires d'ouverture des bibliothèques et salles d'étude (soirées, week-ends).
- Renforcer le soutien aux associations étudiantes (BDE, AEMM...) : financement accru, locaux dédiés, valorisation dans le cursus des engagements associatifs.
- Développer des partenariats externes avec des instituts culturels, salles de sport, espaces de coworking, offrant des tarifs préférentiels aux étudiants pour favoriser les activités de loisir.
- Encourager la participation aux journées scientifiques, caravanes médicales, échanges cliniques et de recherche, voyages organisés, qui contribuent au développement personnel et à l'ouverture.

Soutien socio-économique (prévention tertiaire)

La facilitation de l'accès aux bourses existantes, couplée à la création d'un fonds d'urgence géré en partenariat avec l'AMO et les associations étudiantes, permettrait de couvrir les besoins immédiats, qu'il s'agisse de frais médicaux ou de l'acquisition de supports de cours.

L'amélioration des conditions de logement représente un autre levier important. La mise en place d'un système de colocations supervisées, accompagnée d'aides au logement ciblées, contribuerait à atténuer la fatigue et le stress liés aux trajets longs, qui affectent une partie des étudiants.

Enfin, la négociation de conventions avec les opérateurs de transport locaux est recommandée pour faciliter les déplacements des étudiants, via notamment la proposition d'abonnements à tarifs préférentiels ou de navettes dédiées.

Collaboration avec le CHU de Marrakech (prévention secondaire et tertiaire)

- Établir un partenariat formalisé permettant d'offrir des consultations psychologiques gratuites aux étudiants, par le biais de permanences au sein même de la faculté ou du CHU. Ce modèle s'inspire du fonctionnement des Bureaux d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU), présents à Paris (France) et reconnus pour leur rôle dans la prise en charge précoce et accessible des étudiants en difficulté psychique [110].
- Développer des protocoles d'urgence pour les étudiants en crise (idées suicidaires, burnout sévère), avec une orientation rapide vers des professionnels et suivi coordonné.

Recherche et évaluation (evidence-based approach)

- Mener des études longitudinales pour suivre l'évolution du bien-être étudiant au fil du cursus et identifier les périodes critiques nécessitant des interventions ciblées.
- Évaluer rigoureusement l'efficacité des interventions mises en place (tutorat, parrainage, ateliers de gestion du stress, aménagements curriculaires) par des protocoles quasi-expérimentaux, afin d'adopter une approche evidence-based.
- Participer à des études multicentriques nationales pour comparer les facultés marocaines et identifier les bonnes pratiques transférables.

3. Pour les décideurs politiques et les instances de régulation

Financement et moyens (prévention primaire et tertiaire)

- Une augmentation significative des bourses d'études sur critères sociaux s'impose pour réduire la dépendance financière familiale et les pressions psychosociales qui en découlent.
- La création d'aides spécifiques au logement, ciblant particulièrement les étudiants issus de milieux défavorisés ou de zones rurales, permettrait d'améliorer substantiellement leurs conditions de vie et d'étude.
- L'allocation de budgets dédiés au recrutement de psychologues, de conseillers en orientation et d'assistants sociaux au sein des facultés de médecine constitue un investissement essentiel. Selon le rapport mondial sur la santé mentale de l'OMS (2022), la plupart des pays consacrent moins de 2 % de leur budget de santé à la santé mentale, ce qui limite l'accès aux soins pour les populations vulnérables, dont les étudiants. L'OMS souligne que renforcer les services de soutien psychologique, notamment en milieu universitaire, est déterminant pour améliorer l'intégration académique et prévenir le décrochage [111].
- Le financement d'infrastructures de bien-être incluant espaces de détente, salles de sport, bibliothèques étendues et connexion internet performante – compléterait ces mesures en offrant un environnement d'étude propice au développement personnel et académique des étudiants.

Régulation et qualité de la formation (prévention primaire et secondaire)

- Créer un Observatoire national du bien-être des étudiants en santé, collectant annuellement des données standardisées dans toutes les facultés, permettrait d'orienter les politiques de santé mentale de manière plus ciblée. En France, l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE) mène régulièrement des enquêtes nationales sur les conditions de vie des étudiants, fournissant des indicateurs

essentiels pour adapter les politiques publiques et mieux répondre aux besoins identifiés [112].

Santé publique (prévention primaire)

- Intégrer la santé mentale des étudiants en médecine dans les priorités nationales de santé publique, en reconnaissant qu'elle impacte directement la qualité future des soins prodigués à la population.
- Encourager le développement de programmes de self-help numériques validés scientifiquement, accessibles gratuitement et adaptés aux contraintes des étudiants en médecine. Plusieurs interventions numériques, comme SilverCloud (Irlande) ou Woebot (États-Unis), ont montré une efficacité significative dans la réduction du stress et de l'anxiété dans différentes populations étudiantes. Les revues de littérature soulignent que les programmes de gestion du stress en ligne peuvent améliorer le bien-être et constituer une solution complémentaire pour les étudiants [113].

Réforme structurelle (prévention primaire)

- Une évolution des modalités de sélection est proposée, inspirée des modèles d'évaluation holistique développés au Canada et aux Pays-Bas [114,115]. Au-delà des performances académiques, cette approche intégrerait l'évaluation des compétences relationnelles, de l'empathie, de la résilience et de l'engagement communautaire. Elle viserait à identifier des profils d'étudiants non seulement compétents sur le plan scientifique, mais également mieux préparés aux dimensions humaines et émotionnelles de la pratique médicale.



Figure 3 : Observatoire national de la vie étudiante (OVE) – Brochure Repères 2023. Source : OVE, 2023 [112]



CONCLUSION



Vers un changement de paradigme : une approche collaborative pour un avenir résilient

Notre étude révèle l'ampleur des difficultés rencontrées par les étudiants en médecine de premier cycle à Marrakech, où des contraintes académiques, psychosociales, économiques et organisationnelles s'accumulent et menacent leur bien-être et leur parcours. La surcharge de travail, les troubles du sommeil, les défis d'adaptation et les fragilités socio-économiques apparaissent comme des sources majeures de vulnérabilité.

Ces difficultés s'alimentent mutuellement : la charge académique nourrit l'épuisement, tandis que les pressions externes aggravent l'anxiété et l'isolement. Des facteurs individuels – stratégies d'adaptation, estime de soi, soutien social – modulent l'impact de ces contraintes. Ces constats, cohérents avec la littérature internationale, confirment qu'un environnement exigeant, sans soutien adapté, peut compromettre la santé mentale des étudiants.

Une intervention structurelle et coordonnée s'impose. Elle requiert l'engagement de tous : l'administration pour allouer des ressources, les enseignants pour des pratiques bienveillantes, les professionnels de santé pour un accompagnement spécialisé, et les étudiants comme acteurs de leur bien-être. L'objectif est de faire de la FMPM un lieu où excellence académique et équilibre personnel se renforcent.

Comme le rappelle l'adage : "prendre soin de soi pour prendre soin des autres". Former des médecins compétents mais épuisés ou en souffrance constitue un échec à la fois humain et systémique. La qualité des soins futurs dépend directement de la santé mentale des étudiants d'aujourd'hui. Investir dans leur bien-être n'est donc pas accessoire : c'est un impératif éthique et stratégique pour former des professionnels résilients, capables de prendre soin d'eux-mêmes pour mieux soigner les autres.

La FMPM a aujourd'hui l'opportunité de devenir un modèle inspirant en transformant ces recommandations en actions concrètes et durables, garantissant ainsi l'émergence d'une nouvelle génération de soignants équilibrés et engagés.



RÉSUMÉ



RÉSUMÉ :

Titre : Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

Objectif : Explorer et comprendre les contraintes psychosociales auxquelles sont confrontés les étudiants en 1^{er} et 2^e année de médecine à la FMPM, analyser les stratégies d'adaptation qu'ils mettent en œuvre pour y faire face, et proposer des modalités de prise en charge et de soutien institutionnel visant à améliorer leur santé mentale et leur bien-être.

Méthodes : Étude transversale descriptive et analytique menée en 2025 auprès de 217 étudiants. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme portant sur les caractéristiques personnelles, socio-économiques, académiques ainsi que sur plusieurs indicateurs psychosociaux. L'analyse statistique a reposé sur des tests descriptifs, comparatifs et corrélatifs.

Résultats : L'échantillon était majoritairement féminin, jeune, et en grande partie inscrit en première année, avec une prédominance d'étudiants issus du milieu urbain et d'un parcours scolaire performant. La majorité dépendait financièrement de ses parents et vivait en famille ou en location, tandis que la bourse concernait un peu moins de la moitié des étudiants. Les contraintes académiques étaient importantes, marquées par un temps de révision jugé insuffisant, une assimilation difficile du volume de connaissances et une compétition perçue comme modérée à forte. Sur le plan psychologique, l'estime de soi et la capacité d'adaptation présentaient des niveaux globalement moyens à élevés mais restaient fragiles chez une proportion non négligeable. Le stress était très fréquent, associé à des symptômes tels que fatigue, anxiété, troubles du sommeil, céphalées et manifestations dépressives. La transition lycée-université était souvent difficile et l'intégration universitaire insuffisante pour une part significative des étudiants, ce qui affectait leur vie sociale et leur équilibre. L'analyse statistique a mis en évidence des liens significatifs entre stress, pression sociale, sentiment

de compétence, stratégies d'adaptation et troubles émotionnels, soulignant le rôle protecteur de l'estime de soi et de l'intégration universitaire. Les stratégies d'adaptation les plus mobilisées reposaient sur la routine, la planification et le soutien émotionnel, tandis que le recours à l'aide professionnelle restait très faible.

Discussion : Nos résultats rejoignent largement ceux décrits dans la littérature. Malgré la diversité des outils et des contextes d'étude, un constat commun émerge : les étudiants en médecine sont exposés à une vulnérabilité psychosociale élevée, particulièrement en début de cursus. Le niveau important de stress, la fréquence des symptômes émotionnels et somatiques, ainsi que les difficultés d'adaptation observés dans notre étude sont cohérents avec les données nationales et internationales. Le rôle protecteur du sentiment de compétence, de l'estime de soi, de la capacité d'adaptation et de l'intégration universitaire est également confirmé dans la littérature. Dans ce sens, nos observations nous ont conduits à proposer des recommandations visant à promouvoir un parcours académique plus sain, en renforçant le soutien institutionnel et les stratégies d'adaptation fonctionnelles.

Conclusion : Cette étude met en évidence une détresse psychosociale notable chez les étudiants de premier cycle dans un contexte d'exigences académiques élevées et de soutien institutionnel limité. Un renforcement de l'accompagnement psychologique, une meilleure flexibilité pédagogique et la promotion d'habitudes d'adaptation efficaces apparaissent essentiels pour améliorer leur bien-être et soutenir leur réussite.

ABSTRACT:

Title: Challenges Faced by First-Cycle Medical Students at the Faculty of Medicine and Pharmacy of Marrakech: A Descriptive and Analytical Cross-Sectional Study

Objective: To explore and understand the psychosocial constraints faced by first- and second-year medical students at the FMPM, to analyze the coping strategies they adopt to manage these challenges, and to propose institutional support measures aimed at improving their mental health and overall well-being.

Methods: A descriptive and analytical cross-sectional study conducted in 2025 among 217 students. Data were collected using an anonymous questionnaire addressing personal, socioeconomic and academic characteristics, as well as several psychosocial indicators. Statistical analysis included descriptive, comparative, and correlational tests.

Results: The sample was predominantly female, young, and largely composed of first-year medical students, with most participants originating from urban areas and presenting strong academic backgrounds. The majority were financially supported by their parents and lived either with family or in rented accommodation, while grants concerned less than half of the students. Academic constraints were substantial, characterized by insufficient study time, difficulty assimilating the volume of knowledge, and a perceived level of competition ranging from moderate to high. Psychologically, self-esteem and adaptive capacity were generally moderate to high but remained fragile in a notable proportion of students. Stress was highly prevalent and associated with symptoms such as fatigue, anxiety, sleep disturbances, headaches, and depressive manifestations. The transition from high school to university was frequently difficult, and university integration was insufficient for a significant number of students, affecting their social life and overall balance. Statistical analysis revealed significant associations between stress, social pressure, perceived competence, coping strategies, and emotional difficulties, highlighting the protective role of self-esteem and university integration. The most commonly used coping strategies involved maintaining a healthy

routine, planning, and seeking emotional support, while seeking professional help remained very uncommon.

Discussion: Our findings are largely consistent with existing literature. Despite variations in study tools and contexts, a common conclusion emerges: medical students are highly vulnerable psychosocially, particularly during the early years of training. The elevated stress levels, frequent emotional and somatic symptoms, and adaptation challenges observed in our study align with national and international data. The protective role of perceived competence, self-esteem, adaptive capacity, and university integration is also well documented in the literature. Accordingly, our observations led to recommendations promoting a healthier academic pathway, strengthened institutional support, and the development of functional coping strategies.

Conclusion: This study highlights considerable psychosocial distress among first-cycle medical students, within a context of intensive academic demands and limited institutional support. Enhancing psychological assistance, improving pedagogical flexibility, and promoting effective coping habits appear essential to strengthen student well-being and support their academic success.

ملخص

العنوان : الصعوبات التي يواجهها طلبة السلك الأول بكلية الطب والصيدلة بمراكش : دراسة مقطعية وصفية

وتحليلية

الهدف: يهدف هذا البحث إلى استكشاف وفهم الضغوط النفسية والاجتماعية التي يواجهها طلبة السنة الأولى والثانية

بكلية الطب والصيدلة بمراكش، وتحليل استراتيجيات التكيف التي يعتمدونها لمواجهة هذه الصعوبات، واقتراح آليات للدعم المؤسساتي من شأنها تحسين صحتهم النفسية وجودتهم الحياتية.

المنهجية : اعتمدت الدراسة على منهج مقطعي وصفي وتحليلي، شمل 217 طالبًا سنة 2025. جُمعت المعطيات

عبر استبيان مجهول تضمن معلومات شخصية، اجتماعية-اقتصادية، أكاديمية، إضافة إلى مؤشرات نفسية-اجتماعية.

أُنجز التحليل الإحصائي باستخدام الاختبارات الوصفية والمقارنة والترابطية.

النتائج : أظهر العينة تفوقًا عدديًا للإناث وارتفاعًا في نسبة الطلبة المسجلين بالسنة الأولى، مع أغلبية تنحدر من

الوسط الحضري ولها مسار دراسي متميز. يعتمد معظم الطلبة ماليًا على الأسرة ويعيشون إما مع العائلة أو في سكن

مُكثّر، بينما لا يتلقى المنحة سوى أقل من النصف. تبيّن وجود صعوبات أكاديمية واضحة، أبرزها ضيق وقت المراجعة،

وصعوبة استيعاب حجم المعارف، وشعور متفاوت بالمنافسة. نفسيًا، سجّل الطلبة مستويات متوسطة إلى مرتفعة من تقدير

الذات والقدرة على التكيف، مع هشاشة لدى فئة معتبرة منهم. كان الضغط النفسي مرتفعًا بشكل لافت، مصحوبًا بأعراض

مثل التعب والقلق واضطرابات النوم والصداع ومظاهر اكتئابية. كما كانت مرحلة الانتقال من الثانوية إلى الجامعة صعبة

لدى نسبة مهمة، إلى جانب ضعف الاندماج الجامعي، مما أثر على توازنهم الاجتماعي. أظهرت التحليلات الإحصائية

ارتباطات دالة بين الضغط النفسي والضغط الاجتماعي والشعور بالكفاءة واستراتيجيات التكيف والاضطرابات العاطفية،

مؤكدة الدور الوقائي لتقدير الذات والاندماج الجامعي. اعتمد الطلبة بالأساس على الروتين الصحي والتخطيط والدعم

العاطفي كآليات تكيف، مقابل ضعف اللجوء إلى المساعدة المهنية.

المناقشة : تتوافق نتائجنا بشكل كبير مع ما ورد في الأدبيات العلمية، حيث يُجمع الباحثون على أن طلبة الطب

يمثلون فئة ذات هشاشة نفسية مرتفعة، خصوصًا خلال سنوات الدراسة الأولى. وتتطابق أوجه الصعوبات النفسية

والأكاديمية المسجلة في دراستنا مع ما هو موثق وطنياً ودولياً، كما تؤكد المعطيات السابقة الأدوار الوقائية للشعور

بالكفاءة وتقدير الذات والقدرة على التكيف والاندماج الجامعي. وبناءً على ذلك، تقترح دراستنا مجموعة توصيات لتعزيز

مسار دراسي صحي، عبر تطوير الدعم المؤسسي وتشجيع استراتيجيات التكيف الإيجابية.

الخلاصة : تكشف هذه الدراسة عن مستوى مهم من الضغوط النفسية لدى طلبة السلك الأول في سياق متطلبات

أكاديمية مرتفعة ودعم مؤسسي محدود. ويُعد تعزيز المواكبة النفسية، وتحسين المرونة البيداغوجية، وترسيخ مهارات

التكيف الفعّال عناصر أساسية للنهوض بصحة الطلبة وضمان نجاحهم الأكاديمي.



Annexe 1: le questionnaire :



Questionnaire sur les Contraintes Psychosociales rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine (FMPM)

Cher(e) étudiant(e) en médecine

Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Vos réponses nous aideront à mieux comprendre les défis auxquels sont confrontés les étudiants de premier cycle de médecine sur le plan psychosocial, et à proposer des modalités de prise en charge pour ceux qui ont en besoin .

Vos réponses resteront anonymes et confidentielles. Les résultats de cette étude ne seront utilisés qu'à des fins académiques.

Sans titre

Description (facultative)

A-consentement: *

J'ai lu et approuvé la note d'information, je consens à répondre au questionnaire.

B-Caractéristiques démographiques:

Description (facultative)

1-Genre: *

- femme
- homme

2-âge: *

- 17 ans
- 18 ans
- 19 ans
- 20 ans ou plus

3- vous êtes inscrit(e) en : *

- 1ère année
- 2ème année

4- Vous êtes marocain(e), vous venez d'une zone :

- urbaine
- rurale

Si vous êtes étranger, veuillez préciser votre pays d'origine:

Réponse courte
.....

C-votre parcours scolaire et choix de filière :

Description (facultative)

5-Année d'obtention du baccalauréat:

- 2021
- 2022
- 2023
- 2024

6-Vous avez obtenu votre baccalauréat dans un lycée : *

- public
- privé

7- Quelle était votre mention au baccalauréat ?

- Assez bien
- Bien
- Très bien

8-Avez-vous hésité avant de choisir la médecine ? *

8-Avez-vous hésité avant de choisir la médecine ? *

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle raison ?

Réponse longue
.....

9- Étiez-vous déjà étudiant avant de vous inscrire à la FMPM ?

- Oui
- Non

10. Avez-vous le sentiment d'être suffisamment compétent(e) pour réussir cette filière ? *

- Oui
- Non
- pas sûr(e)

11- Considérez-vous la médecine comme une filière des étudiants de haut niveau socio-économique ? *

- Oui
- Non

☰

D-Niveau socio-économique:

Description (facultative)

12- Quel est le niveau scolaire de vos parents?

- Aucun
- Certificat d'études
- Bac
- Bac+2
- Bac+3 ou 4
- Bac+5 ou plus
- Je ne sais pas

13- Quelle est la profession de votre tuteur financier?

Réponse courte
.....

14- Durant l'année universitaire, vous logez:

- En location individuelle
- En colocation
- Chez un membre de votre famille
- Dans une cité universitaire
- Autre :

...

15- Votre principale source de revenus mensuelle est: *

- Vos parents
 - Une bourse
 - Un travail d'été
 - Un travail à temps partiel
 - Autre :
-

16- Êtes-vous bénéficiaire d'une bourse ? *

- Oui
 - Non
-

17- Travaillez-vous en dehors des cours pendant l'année universitaire ? *

- Oui
 - Non
-

Si oui, pourquoi ?

Vous pouvez sélectionner une ou plusieurs réponses

- Par nécessité financière
 - Pour cultiver un sentiment d'indépendance
 - Pour vivre de nouvelles expériences
 - Autre :
-
-

18- Quel moyen de transport utilisez-vous habituellement pour vous rendre à la faculté ? *

Voiture

Taxi

Bus

Covoiturage

Aucun (à pied)

Autre :

19- Combien de temps vous prend le trajet jusqu'à la faculté ? *

moins de 30 min

30 min à 1h

plus d'une heure

E- Contraintes académiques:

Description (facultative)

20-Avez-vous suffisamment de temps pour vos révisions et devoirs ?

Oui

Non

21-Ressentez-vous des difficultés face à la quantité de connaissances à assimiler ?

Oui

21- Ressentez-vous des difficultés face à la quantité de connaissances à assimiler ?

- Oui
- Non
-

22- Ressentez-vous de la compétition avec vos camarades ?

- Oui, beaucoup
- Un peu
- Non
- Autre :
-

F-votre état de bien être :

Description (facultative)

23- Sur une échelle de 1 à 5, comment évalueriez-vous votre estime de soi en général? *

- | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| très faible | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | très élevée |
-

24- Sur une échelle de 1 à 5, comment évalueriez-vous votre capacité à vous adapter à des situations nouvelles? *

- | | | | | | | |
|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| mauvaise | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | excellente |
-

25- Comment évalueriez-vous votre niveau de stress en général ? *

25- Comment évalueriez-vous votre niveau de stress en général ? *

- faible
- modéré
- élevé
- très élevé

26-Symptômes liés au stress :

Vous pouvez sélectionner une ou plusieurs réponses

- Fatigue chronique
- Insomnies
- Anxiété
- Dépression
- Troubles digestifs
- Maux de tête
- Autre :

G- Transition lycée - université et vie étudiante :

Description (facultative)

27- Comment décririez-vous votre expérience de la transition du lycée à l'université? *

- | | | | | | | |
|----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Très difficile | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fluide |

28- Vous sentez-vous globalement bien intégré à la faculté ? *

- oui, tout à fait
- plutôt oui
- plutôt non
- non, pas du tout

29- Êtes-vous victime de discrimination au sein de la faculté? *

- Oui
- Non

si oui, pourquoi selon vous?

- votre niveau socio-économique
- votre nationalité
- Autre :

30- Avez-vous eu des expériences de harcèlement ou de discrimination pendant vos études en médecine? *

- Oui
- Non

31- Dans quelle mesure votre vie sociale a-t-elle été affectée par les exigences de vos études médicales? *

- Énormément

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

31- Dans quelle mesure votre vie sociale a-t-elle été affectée par les exigences de vos études médicales? *

- Énormément
- Considérablement
- De manière significative
- Un peu
- Pas vraiment

32- À quel degré parvenez vous à concilier une vie sociale en parallèle de vos études en médecine? *

- | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Pas du tout | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tout à fait |

33- À quelle fréquence ressentez-vous du stress lié à vos études universitaires ? *

- quotidiennement
- hebdomadairement
- mensuellement
- rarement
- jamais

34- Ressentez-vous une pression sociale ou familiale en ce qui concerne vos études de médecine ? *

- oui
- non

- oui
 - non
 - parfois
-

35-Avez-vous ressenti des symptômes de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels depuis votre arrivée à l'université ? *

- oui
 - non
 - pas sûr(e)
-

36-Si oui, avez-vous cherché de l'aide ou un soutien pour ces problèmes ?

- Oui
 - Non
-

37-Dans quelle mesure pensez-vous que votre programme d'études est aligné sur les besoins réels du marché de la santé et de la pratique médicale?

- Très bien
 - Assez bien
 - Partiellement
 - Pas suffisamment
 - Pas du tout
-

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

38- Avez-vous accès à des ressources supplémentaires telles que des tutorats, des groupes d'étude ou des séances de conseil académique? *

- Oui
- Non

39- Quelles sont les principales contraintes que vous avez rencontrées en tant que nouvel(le) étudiant(e) à l'université ? *

Vous pouvez sélectionner une ou plusieurs réponses

- Charge de travail académique
- Pression pour performer académiquement
- Pression financière
- Isolement ou solitude
- Problèmes de logement
- Difficultés à gérer son temps
- Autre :

40-Avez-vous des activités en dehors des études pour gérer le stress ?

- Oui (sport, loisirs, sorties)
- Non, pas le temps

41-Afin de surmonter ces moments de stress et comme stratégies d'adaptation vous: *

Vous pouvez sélectionner une ou plusieurs réponses

- essayez d'établir une routine saine (alimentation, sommeil, gestion de temps, sport, loisirs...)

Les difficultés rencontrées par les étudiants de premier cycle de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : étude transversale descriptive et analytique

- essayez d'établir une routine saine (alimentation, sommeil, gestion de temps, sport, loisirs...)
 - cherchez de l'aide auprès de vos enseignants ou de tuteurs en cas de difficultés académiques.
 - appelez quelqu'un de proche pour obtenir un soutien émotionnel
 - fixez des objectifs réalistes et clairs pour votre carrière
 - participez activement aux activités parascolaires ou aux clubs étudiants.
 - demandez de l'aide auprès de professionnels de la santé mentale
 - Autre :
-

H-Améliorations et recommandations :

Description (facultative)

42-Quelles mesures suggéreriez-vous pour améliorer votre bien-être en tant qu'étudiant en médecine

Vous pouvez sélectionner une ou plusieurs réponses

- Moins de charge de travail
 - Plus de soutien psychologique
 - Plus d'activités parascolaires
 - Plus de flexibilité dans les cours/examens
 - Autre :
-

43-Suggestions et réflexions libres:

Réponse longue

.....



BIBLIOGRAPHIE



1. **Michaud S, Mansoury O, Adarmouch L, Amine M, Guillemain F, Sebbani M.**
Well-being assessment in medical students since the COVID-19 pandemic: a mixed method study.
J Adv Med Educ Prof 2022;10:83-90.
2. **Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al.**
Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis.
JAMA 2016;316:2214.
3. **Dyrbye L, Shanafelt T.**
A narrative review on burnout experienced by medical students and residents.
Medical Education 2016;50:132-49.
4. **Idrissi Kaitouni Z.**
La santé de l'étudiant en médecine à la FMPM de la première à la sixième année d'étude.
Thèse de médecine. Marrakech ; 2018. N°031
5. **Iflah S.**
Analyse du bien-être des étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech.
Thèse de médecine. Marrakech; 2022. N° 056
6. **Mortier P, Cuijpers P, Kiekens G, Auerbach RP, Demyttenaere K, Green JG, et al.**
The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis.
Psychol Med. 2018;48(4):554-565.
7. **Peng L, Zhang J, Li M, Li Y, Zhang J, Zhan X, et al.**
Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, social support, and gratitude.
Psychol Health Med. 2022;27(2):294-305.
8. **Heinen I, Bullinger M, Kocalevent RD.**
Perceived stress in first year medical students – associations with personal resources and emotional distress.
BMC Med Educ. 2017;17(1):4.
9. **Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B.**
Burnout in medical students before residency: a systematic review and meta-analysis.
Eur Psychiatry. 2019;55:36-42.
10. **Pagnin D, de Queiroz V.**
Influence of burnout and sleep difficulties on the quality of life among medical students.
Springerplus. 2015;4:676.
11. **Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al.**
Prevalence of burnout among physicians and medical students: a systematic review.
JAMA. 2018;320(11):1131-1150.

12. **Lund C, Brooke–Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al.**
Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews.
Lancet Psychiatry. 2018;5(4):357–369.
13. **Quek TT, Tam WW, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CS, et al.**
The global prevalence of anxiety among medical students: a meta–analysis.
Int J Environ Res Public Health. 2019;16(15):2735.
14. **Organisation mondiale de la Santé.**
Les risques pour la santé mentale: aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque.
Document établissant les bases du Plan d'action global pour la santé mentale 2013–2020.
Genève ; 2012.
15. **American Psychiatric Association.**
DSM–5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
Paris :Éditions françaises; 2015.
16. **Mavor KI, McNeill KG, Anderson K, Kerr A, O'Reilly E, Platow MJ.**
Beyond prevalence to process: the role of self and identity in medical student well–being.
Med Educ. 2014;48(4):351–60.
17. **Park CL, Adler NE.**
Coping style as a predictor of health and well–being across the first year of medical school.
Health Psychol. 2003;22(6):627–31.
18. **Spring L, Robillard D, Gehlbach L, Simas TAM.**
Impact of pass/fail grading on medical students' well–being and academic outcomes. *Med Educ*. 2011;45(9):867–77.
19. **Lôo P, Lôo H, Galinowski A.**
Le stress permanent : réaction–adaptation de l'organisme aux aléas existentiels.
Paris: Masson; 2003. 126 p.
20. **Palazzolo J, Lavoipierre T.**
Dépression et anxiété : mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge.
Paris : Elsevier Masson; 2011. 127 p.
21. **Öhman A.**
Fear and anxiety: evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. In: Lewis M, Haviland–Jones JM, editors.
Handbook of Emotions. New York: Guilford Press; 2000. p. 573–93.
22. **Servant D, Parquet P.**
Événements de vie et anxiété.
Encéphale. 1994;20:333–7.
23. **Servant D.**
Gestion du stress et de l'anxiété.
Paris: Elsevier Masson; 2012. 248 p.

24. Avila-Carrasco L, Díaz-Avila DL, Reyes-López A, Monarrez-Espino J, Garza-Veloz I, Velasco-Elizondo P, et al.
Anxiety, depression, and academic stress among medical students during the COVID-19 pandemic.
Front Psychol. 2023;13:1066673.
25. Bayram N, Bilgel N.
The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(8):667-72.
26. Malhi GS, Mann JJ.
Depression.
Lancet. 2018;392(10161):2299-312.
27. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet].
Geneva: WHO; 2023 [cité le 25 nov 2024]. Disponible à: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
28. Freudenberger HJ.
Staff burnout.
J Soc Issues. 1974;30(1):159-65.
29. Maslach C, Jackson SE.
The measurement of experienced burnout.
J Occup Behav. 1981;2(2):99-113.
30. Schaufeli WB, Martinez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB.
Burnout and engagement in university students: A cross-national study.
J Cross Cult Psychol. 2002;33(5):464-81.
31. Lazarus RS, Folkman S.
Stress, appraisal and coping.
New York: Springer Publishing Company; 1984. 460 p.
32. Paulhan I, Bourgeois M-L.
Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité.
Paris: Presses Universitaires de France; 1995. 127 p.
33. Rahat E, Ilhan T.
Coping styles, social support, relational self-construal, and resilience in predicting students' adjustment to university life.
Educ Sci Theory Pract. 2016;16:187-208.
34. Rahimi B, Baetz M, Bowen R, Balbuena L.
Resilience, stress, and coping among Canadian medical students.
Can Med Educ J. 2014;5(1):e5-12.

- 35. Hammond A, Niedermann K.**
Beliefs or cognitions: sense of coherence, health locus of Comportement de domination , self-efficacy. In: Rheumatology.
London: Churchill Livingstone; 2010. p. 77–97.
- 36. Shorbagi AI.**
Promoting resilience among medical students using the Wadi framework: a clinical teacher's perspective.
Front Med. 2024;11:1488635.
- 37. Julien-Chinn F, Carpenter DA, Masuda C, Mau MKLM, McDowell A, Maldonado F.**
Building resilience in medical students: "Strengthening You to Strengthen Them".
Hawaii J Health Soc Welf. 2024;83(11):300–5.
- 38. Wadi M, Shorbagi A, Shorbagi S, Taha MH, Yusoff MSB.**
The impact of the systematic assessment for resilience (SAR) framework on students' resilience, anxiety, depression, burnout, and academic-related stress: a quasi-experimental study.
BMC Med Educ. 2024;24:506.
- 39. Steel A, Karunaratne N, Exintaris B, Gadhok R, Chur-Hansen A.**
The impact of resilience on academic performance with a focus on mature learners.
BMC Med Educ. 2024;24:1105.
- 40. van der Merwe LJ, Botha A, Joubert G.**
Resilience and coping strategies of undergraduate medical students at the University of the Free State.
S Afr J Psychiatr. 2020;26:1471.
- 41. Chan L, Dennis AA.**
Resilience: insights from medical educators.
Clin Teach. 2019;16(5):384–9.
- 42. Tousignant M.**
Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature.
Sci Soc Santé. 1988;6(1):77–106.
- 43. Conversano C, Rotondo A, Lensi E, Della Vista O, Arpone F, Reda MA.**
Optimism and its impact on mental and physical well-being.
Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2010;6:25–9.
- 44. Rotter JB.**
Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.
Psychol Monogr. 1966;80(1):1–28.
- 45. Schönfeld P, Brailovskaia J, Zhang XC, Margraf J.**
Self-efficacy as a mechanism linking daily stress to mental health in students: a three-wave cross-lagged study.
Psychol Rep. 2019;122(6):2074–95.

- 46. Bandura A.**
Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.
Psychol Rev. 1977;84(2):191–215.
- 47. Klassen RM, Klassen JRL.**
Self-efficacy beliefs of medical students: a critical review.
Perspect Med Educ. 2018;7(2):76–82.
- 48. Artino AR Jr.**
Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice.
Perspect Med Educ. 2012;1(2):76–85.
- 49. Tettamanti M, Pigué C, Zimmermann G, Curtis L.**
Impact of social determinants on mental disorders in adolescents and young adults.
Rev Med Suisse. 2024;20(887):1650–3.
- 50. Bergmann C, Muth T, Loerbroks A.**
Medical students' perceptions of stress due to academic studies and its interrelationships with other domains of life: a qualitative study.
Med Educ Online. 2019;24(1):1603526.
- 51. World Health Organization.** Social determinants of health [Internet].
Geneva: WHO; 2024 [cité le 24 nov 2024]. Disponible à: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
- 52. Abdulghani HM, AlKanhhal AA, Mahmoud ES, Ponnampereuma GG, Alfaris EA.**
Stress and its effects on medical students: a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia.
J Health Popul Nutr. 2011;29(5):516–22.
- 53. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD.**
Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students.
Acad Med. 2006;81(4):354–73.
- 54. Hill MR, Goicochea S, Merlo LJ.**
In their own words: stressors facing medical students in the millennial generation.
Med Educ Online. 2018;23(1):1530558.
- 55. Ludwig AB, Burton W, Weingarten J, Milan F, Myers DC, Kligler B.**
Depression and stress amongst undergraduate medical students.
BMC Med Educ. 2015;15:141.
- 56. Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG.**
Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal.
BMC Med Educ. 2007;7:26.
- 57. Puthran R, Zhang MW, Tam WW, Ho RC.**
Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis.
Med Educ. 2016;50(4):456–68.

58. Richardson T, Elliott P, Roberts R.

The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis.

Clin Psychol Rev. 2013;33(8):1148–62.

59. World Health Organization. WHOQOL – Measuring Quality of Life [Internet].

Geneva: WHO; 1997 [cité le 24 nov 2024]. Disponible à: <https://www.who.int/tools/whoqol>

60. Ilić I, Šipetić–Grujičić S, Grujičić J, Živanović Mačužić I, Kocić S, Ilić M.

Psychometric properties of the World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL–BREF) questionnaire in medical students.

Medicina. 2019;55(12):772.

61. Henning MA, Krägeloh CU, Hawken SJ, Zhao Y, Doherty I.

The quality of life of medical students studying in New Zealand: a comparison with nonmedical students and a general population reference group.

Teach Learn Med. 2012;24(4):334–40.

62. Tempski P, Santos IS, Mayer FB, Enns SC, Perotta B, Paro HB, et al.

Predictive factors of quality of life among medical students: results from a multicentric study.

BMC Psychol. 2021;9:36.

63. Chattu VK, Sahu PK, Seedial N, Seecharan G, Seepersad A, Seunarine M, et al.

An exploratory study of quality of life and its relationship with academic performance among students in medical and other health professions.

Med Sci (Basel). 2020;8(2):23.

64. Ryff CD.

Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being.

J Pers Soc Psychol. 1989;57(6):1069–81.

65. McKerrow I, Carney PA, Caretta–Weyer H, Furnari M, Miller JA.

Trends in medical students' stress, physical, and emotional health throughout training.

Med Educ Online. 2020;25(1):1709278.

66. Lyndon MP, Henning MA, Alyami H, Krishna S, Zeng I, Yu TC, Hill AG.

Burnout, quality of life, motivation, and academic achievement among medical students: a person-oriented approach.

Perspect Med Educ. 2017;6(2):108–14.

67. Rosenberg M.

Society and the Adolescent Self–Image.

Princeton: Princeton University Press; 1965.

68. Sinclair SJ, Blais MA, Gansler DA, Sandberg E, Bistis K, LoCicero A.

Psychometric properties of the Rosenberg Self–Esteem Scale: overall and across demographic groups living within the United States.

Eval Health Prof. 2010;33(1):56–80.

69. Moksnes UK, Eilertsen MEB, Ringdal R, Bjørnsen HN, Rannestad T.
Validation of Rosenberg self-esteem scale among Norwegian adolescents – psychometric properties across samples.
BMC Psychol. 2024;12:506.
70. Abdelkefi M, Masmoudi R, Besbes M, Damak R, Krir MW, Hentati S, et al.
Study of self-esteem and perceived stress in medical students in Tunisia.
Eur Psychiatry. 2023;66(S1):S409.
71. Tinto V.
Leaving College: Rethinking the Causes and Cures of Student Attrition. 2nd ed.
Chicago: University of Chicago Press; 1993.
72. Pascarella ET, Terenzini PT.
How College Affects Students: A Third Decade of Research. Vol. 2.
San Francisco: Jossey-Bass; 2005.
73. Adams KL, Saunders KE, Keown-Stoneman CDG, Duffy AC.
Mental health trajectories in undergraduate students over the first year of university: a longitudinal cohort study.
BMJ Open. 2021;11(12):e047393.
74. Muzafar, Y., Khan, H. H., Ashraf, H., Hussain, W., Sajid, H., Tahir, M., Rehman, A., Sohail, A., Waqas, A., & Ahmad, W. (2015).
Burnout and its associated factors in medical students of Lahore, Pakistan.
Cureus, 7(11), e390.
75. Yates, J., & James, D. (2006).
Predicting the “strugglers”: A case-control study of students at Nottingham University Medical School.
BMJ, Advance online publication.
76. Khan, J. S., Tabasum, S., Yousafzai, U. K., & Mukhtar, O. (2011).
Measuring the medical education environment in undergraduate medical colleges across Punjab, Pakistan.
Biomedica, 27(Jan-Jun), 14-18.
77. Imran, S. S., Nazir, M., Dar, W., Aziz, U., Shoaib, R., Saleem, Q., & Zaman, M. (2019).
Attitude Towards Research Among Undergraduate and Postgraduate Medical Students.
Biomedica, 35(4), 239-243.
78. Shukri, A. K. (2019).
Correlation between Demographic and Socio-Economic Factors among Undergraduate Medical Students in Taif University, Saudi Arabia.
International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences, 8(1), 52-63.
79. Almoallim, H., Aldahlawi, S., Alqahtani, E., Alqurashi, S., & Munshi, A. (2010).
Difficulties facing first-year medical students at Umm Alqura University in Saudi Arabia.
Eastern Mediterranean Health Journal, 16(12), 1272-1277.

80. Sawhney, M., Kunen, S., & Gupta, A. (2020).
Depressive symptoms and coping strategies among Indian university students.
Psychological Reports, 123(2), 266–280.
81. Aziz, A., Mahboob, U., & Sethi, A. (2020).
What problems make students struggle during their undergraduate medical education? A qualitative exploratory study.
Pakistan Journal of Medical Sciences, 36(5), 1020–1024.
82. Bouglimina, M. (2015).
Les difficultés et les besoins langagiers en compréhension de l'écrit chez les étudiants de médecine : Le cas des étudiants de 1^{er} année de médecine de l'Université Ferhat Abbas–Sétif (Mémoire de magistère, Option Didactique, Université Mohamed Khider–Biskra, Faculté des Lettres et des Langues, Département des Lettres et des Langues Étrangères).
83. Lacasse, M., Audétat, M.–C., Boileau, É., Caire Fon, N., Dufour, M.–H., Laferrière, M.–C., Lafleur, A., La Rue, È., Lee, S., Nendaz, M., Paquette Raynard, E., Simard, C., Steinert, Y., & Théorêt, J. (2019).
Interventions for undergraduate and postgraduate medical learners with academic difficulties: A BEME systematic review: BEME guide no. 56. *Medical Teacher.*
84. Pham, B.–N., Eschard, J.–P., Richard, I., Etienne, J., & Massoubre, C. (2016).
L'analyse des difficultés du parcours des étudiants en médecine dans les facultés de médecine françaises.
Pédagogie Médicale, 17(3), 147–156.
85. Fond, G., Bourbon, A., Lançon, C., Boucekine, M., Micoulaud–Franchi, J.–A., Auquier, P., & Boyer, L. (2019).
Psychiatric and psychological follow-up of undergraduate and postgraduate medical students: Prevalence and associated factors. Results from the national BOURBON study.
Psychiatry Research, 272, 425–430.
86. Hernández–Torrano, D., Ali, S., & Chan, C.–K. (2017).
First year medical students' learning style preferences and their correlation with performance in different subjects within the medical course.
BMC Medical Education, 17, 131.
87. Jordan, R. K., Shah, S. S., Desai, H., Tripi, J., Mitchell, A., & Worth, R. G. (2020).
Variation of stress levels, burnout, and resilience throughout the academic year in first-year medical students.
PLOS ONE, 15(10), e0240667.
88. Gellisch, M., Olk, B., Schäfer, T., & Brand–Saber, B. (2024).
Unraveling psychological burden: The interplay of socio-economic status, anxiety sensitivity, intolerance of uncertainty, and stress in first-year medical students.
BMC Medical Education, 24, 945.

89. Brooker, A., Brooker, S., & Lawrence, J. (2017). *First year students' perceptions of their difficulties*. *Student Success*, 8(1), 49–62.
90. Boni, R. A. dos S., Paiva, C. E., de Oliveira, M. A., Lucchetti, G., Fregnani, J. H. T. G., & Paiva, B. S. R. (2018). *Burnout among medical students during the first years of undergraduate school: Prevalence and associated factors*. *PLOS ONE*, 13(3), e0191746.
91. Islam, S., Akter, R., Sikder, T., & Griffiths, M. D. (2022). *Prevalence and factors associated with depression and anxiety among first-year university students in Bangladesh: A cross-sectional study*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 1289–1302.
92. Ragab, E. A., Dafallah, M. A., Salih, M. H., Osman, W. N., Osman, M., Miskeen, E., Taha, M. H., Ramadan, A., Ahmed, M., Abdalla, M. E., & Ahmed, M. H. (2021). *Stress and its correlates among medical students in six medical colleges: An attempt to understand the current situation*. *Middle East Current Psychiatry*, 28, 75.
93. Malau-Aduli, B. S., O'Connor, T., Ray, R. A., van der Kruk, Y., Bellingan, M., & Teague, P.-A. (2017). *Risk factors associated with academic difficulty in an Australian regionally located medical school*. *BMC Medical Education*, 17, 266.
94. Ocheretnyuk, A. O., Lysenko, D. A., Palamarchuk, O. V., Zakalata, T. R., & Kernichnyi, V. V. (2018). *Проблема адаптації студентів-медиків першого курсу до навчального процесу [Le problème de l'adaptation des étudiants en première année de médecine au processus d'enseignement]*. *Visnyk Vinnytskoho Natsionalnoho Medychnoho Universytetu*, 22(3), 543–547.
95. Moffat, K. J., McConnachie, A., Ross, S., & Morrison, J. M. (2004). *First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum*. *Medical Education*, 38(5), 482–491.
96. Bassett, A. M., Brosnan, C., Southgate, E., & Lempp, H. (2018). *Transitional journeys into, and through medical education for First-in-Family (FiF) students: A qualitative interview study*. *BMC Medical Education*, 18, 102.
97. Dunham, L., Dekhtyar, M., Gruener, G., CichoskiKelly, E., Deitz, J., Elliott, D., ... & Skochelak, S. E. (2017). *Medical student perceptions of the learning environment in medical school change as students transition to clinical training in undergraduate medical school*. *Teaching and learning in medicine*, 29(4), 383–391.

98. March-Amengual, J.-M., Cambra Badii, I., Casas-Baroy, J.-C., Altarriba, C., Comella Company, A., Pujol-Farriols, R., Baños, J.-E., Galbany-Estragués, P., & Comella Cayuela, A. (2022). Psychological distress, burnout, and academic performance in first year college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3356.
99. Idrissi Kaitouni Z. *La santé de l'étudiant en médecine à la FMPM de la première à la sixième année d'étude*. [thèse de doctorat en médecine]. Marrakech (MA) : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech ; 2018.
100. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. *Cellule d'écoute* [Internet]. Marrakech : FMPM ; 2024 [cité le 26 nov 2025]. Disponible sur : https://fmpm.uca.ma/?page_id=5297
101. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. *Guide de l'étudiant - FMPM 2024*. Marrakech : FMPM ; 2024. 62 p.
102. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. *Clubs - Associations* [Internet]. Marrakech : FMPM ; 2024 [cité le 26 nov 2025]. Disponible sur : <https://fmpm.uca.ma>
103. Dobkin PL, Hutchinson TA. A randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels. *Med Educ*. 2011 Apr;45(4):381-8.
104. Université de Montréal. *Santé et bien-être - Services à la vie étudiante* [Internet]. Montréal: Université de Montréal; 2024 [cité le 15 nov 2025]. Disponible sur: <https://vieetudiante.umontreal.ca>
105. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. "I wouldn't want it on my CV or their records": medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ*. 2003 Oct;37(10):873-80.
106. Frajerman A. Quelles interventions pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine ? Une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 1 février 2020;46(1):55-64.
107. Brooker A, Brooker S, Lawrence J. First-year students' perceptions of their difficulties. *Student Success*. 2017;8(1):49-62.
108. Farkas AH, Allenbaugh J, Bonifacino E, Turner R, Corbelli JA. Mentorship of US Medical Students: a Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2019 Nov;34(11):2602-9.

- 109. Iflah S.**
Analyse du bien-être des étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech : quels sont les facteurs et les leviers pour la promotion de leur santé ? [thèse de doctorat en médecine].
Marrakech (MA) : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech ; 2022.
- 110. Danset A.**
Santé psychique des externes en médecine des Universités Paris 7–Paris Diderot et François Rabelais–Tours : une étude épidémiologique, transversale, descriptive, multicentrique [thèse de doctorat en médecine].
Paris (FR) : Université Paris Diderot – Paris 7 ; 2017. Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2017_Medecine_DansetAlban.pdf
- 111. World Health Organization.**
World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All.
Geneva (CH): WHO; 2022.
- 112. Belghith F, Bugeja–Bloch F, Couto M–P, Ferry O, Patros T.**
Repères Conditions de vie – 2023.
Paris (FR): Observatoire national de la vie étudiante (OVE); 2023.
- 113. Saleh D, Camart N, Romo L.**
Intervention de gestion du stress par Internet chez les étudiants : revue de la littérature.
Ann Med Psychol (Paris). 2017;175(4):327–31.
- 114. Eva KW, Rosenfeld J, Reiter HI, Norman GR.**
An admissions OSCE: the multiple mini–interview.
Med Educ. 2004;38(3):314–26.
- 115. Schripsema NR, van Trigt AM, Borleffs JCC, Cohen–Schotanus J.**
Selection and study performance: comparing three admission processes within one medical school.
Med Educ. 2014;48(12):1201–10.



قسم الطبيب:

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

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

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم
سِرَّهُم.

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

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

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

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

والله على ما أقول شهيد



الأطروحة 306

سنة 2025

الصعوبات التي يواجهها طلاب السلك الأول للطب بكلية
الطب والصيدلة مراكش: دراسة مقطعية وصفية وتحليلية
أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2025/12/11

من طرف

الآنسة آية نعمان

المزودة في 2001/01/07 بالداخلة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

طلاب الطب - الضغوط الأكاديمية - الاندماج الجامعي - الصحة
النفسية - كلية الطب والصيدلة مراكش - رفاهية الطالب

اللجنة

الرئيس

أ.بنجلون حرزيمي

السيد

أستاذ في طب أمراض الجهاز التنفسي

المشرف

ه.جناح

السيد

أستاذ في طب أمراض الجهاز التنفسي

ي.الدرواسي

السيد

أستاذ في جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة

الحكام

م.أ.لافيتي

السيد

أستاذ في الطب النفسي

ح.جلال

السيد

أستاذ في أمراض القلب و الشرايين

