

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2018

THESE N°: 51

ANXIETE EN MILIEU ESTUDIANTIN :
ETUDE TRANSVERSALE SUR UNE POPULATION
D'ETUDIANTS EN MEDECINE, EN DROIT ET EN AGRONOMIE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : 27 Février 2018

PAR

Mme. Lhbiba EL MIBRAK
Née le 01 Janvier 1992 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Anxiété – Etudiants – Médecine – Troubles anxieux –
Substances psychoactives.

JURY

Mr. M. BOUI Professeur de Dermatologie		PRESIDENT
Mr. M. KADIRI Professeur de Psychiatrie		RAPPORTEUR
Mr. J. MEHSSANI Professeur de Psychiatrie	}	JUGES
Mme. M. SABER Professeur de Psychiatrie		
Mr. A. EL IDRISSE EL AYOUBI Professeur d'Anatomie		

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"سبحانك لا علم لنا

إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم"

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i><u>Clinique Royale</u></i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – *Doyen de la FMPR*
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – *Doyen de la FMPO*
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – *Dir. du Centre National PV*
Chimie thérapeutique *V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC*

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques **Doyen de la FMPA**

Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie – Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
Urologie
Ophtalmologie

Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*

Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie



Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- **Dir. Hop. Av. Marr.**
Anesthésie-Réanimation **Inspecteur du SSM**

Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil

Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie **Directeur Hop. Chekikh Zaied**
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale



Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie ***Directeur Hôpital Ibn Sina***
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUIJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation

Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique



(mise en disponibilité)

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L

Pr. BIYI Abdelhamid*
 Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saïda*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leïla
 Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb

Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie



Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
Pr. LOUZI Lhoussain*
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed*
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRABET Mustapha*
Pr. MRANI Saad*
Pr. OUZZIF Ez zohra*
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine*
Pr. SIFAT Hassan*
Pr. TABERKANET Mustafa*
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour*
Pr. TLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*

Anesthésie réanimation
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologie
Médecine préventive santé publique et hygiène
Virologie
Biochimie-chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique



Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADÉ Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*

Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie **Directeur Hôpital My Ismail**
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique

Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahti
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSghir Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques



Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed*
Pr. RAHALI Younes
Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim*
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

****Enseignants Militaires***



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

***Enseignants Militaires**



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*





Dédicaces

A ma très chère mère lalla Aicha BOUTALEB

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

Je t'aime maman... 



A mon Père EL MIBRAK Mohammed

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour,
l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous.*

*Rien au monde ne vaut les efforts fournis
pour mon éducation et mon bien être.*

*Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as
Consentis pour mon éducation et ma formation.*



A mon très cher mari Abdelilah

*Quand je t'ai connu, j'ai trouvé l'homme de ma vie,
mon âme sœur et la lumière de mon chemin.*

Ma vie à tes côtés est remplie de belles surprises.

*Tes sacrifices, ton soutien moral, ta gentillesse sans égal,
ton profond attachement m'ont permis de réussir ma thèse.*

Sans ton aide, tes conseils et tes encouragements ce travail

N'aurait vu le jour.

Que Dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein

et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance

et de mon amour sincère et fidèle.



A mon très cher frère Najib

*Mon cher frère qui m'est le père et la mère, les mots
ne suffisent guère pour exprimer l'attachement, l'amour
et l'affection que je porte pour vous.*

*Mon ange gardien et mon fidèle accompagnant dans
les moments les plus délicats de cette vie mystérieuse.*

*Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de
bonheur, de santé et de réussite.*

A ma petite perle Lina

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer l'amour....

Bref, tu es la joie de ma vie.

*J'espère que ma thèse sera pour toi source de fierté
et qu'elle sera un exemple à suivre.*

*Ta joie de vivre et ton sourire ont été pour moi
le meilleur encouragement que je puisse avoir.*

Que Dieu te garde et te protège.



A ma très chère sœur Samira

*Tu as été à mes cotés pendant toutes les étapes
de mes études , je t'en suis très reconnaissante.*

*Aucune dédicace ne peut exprimer la profondeur des sentiments
fraternels et d'amour, d'attachement que j'éprouve à votre égard.
Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection en
souvenirs de notre indéfectible union qui s'est tissée au fil des jours.
Puisse dieu vous protéger, garder et renforcer notre fraternité*

A mon très cher frère Khalid

*Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement.
Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore.*

A mon très cher oncle Sidi Mohamed Sif Eddine Boutaleb

*Vous avez toujours été présents pour les bons conseils.
Votre affection et votre soutien m'ont été d'un grand secours au
long de ma vie professionnelle et personnelle.
Veuillez trouver dans ce modeste travail ma reconnaissance
pour tous vos efforts.*



*A Aicha Mnioulat, Hajar, Hanae, Hiba, Hassan,
Taher, Amer, Zaid et Mehdi Boutaleb*

*A ma très chères tantes Lalla Amina boutaleb
et son époux Kaddor Ahmed, et Lalla ROKIA boutaleb*

*A ma chère cousine Jouhara Benabdelah,
son mari Guillaume et sa petite fille MYRIAM*

A mon chère cousin Lotfi et sa femme Aziza

A mes chères cousins et cousines :

*mohamed Charki , Abderrahim boutaleb, Zakaria boutaleb ,
Nadia EL Ouali, El Ghali boutaleb, Omar boutaleb, , asmaa
boutaleb, Meryem et yassir Fadil , sanae boutaleb et « Debana », lamiae
boutaleb, yaya , Zinuba et hmiza boutaleb*



A tous les membres de ma famille, petits et grands

*Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon
Affection la plus sincère.*

A mes très chers beaux-parents Kabira et Hamid

*Je vous dédie ce travail en reconnaissance de l'amour
que vous m'avez offert depuis mon mariage .Vous restez pour moi le
symbole d'un amour original et d'une parenté idéale.*

*J'espère toujours être à la hauteur de ce que vous attendez
de moi, et ne jamais vous décevoir*

*Puisse Dieu le tout puissant vous donner santé,
bonheur et longue vie.*



A Ifarah El joumani

*Pour son amitié depuis le début de mes études, pour
Les bons repas, les bonnes vacances, les piques Nic, les voyages, les périodes
de préparations et les bons souvenirs ! Ton soutien m'a été d'un grand
secours . Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.*

A mes amis et collègues en tête de liste

*Fatima zahra Saydi , Hind EL kamch , Sara EL maakol ,
Salma Kadiri Asmaa Fakir , Rachida Taam , Malak Riznat ,
Jihane El mahi , Youssra El khayat, Zakaria El motassim , El mesnaoui
Rim , Tariq El montassir , Lamya El midaoui , Amal El meliani , imane
Zbir, Amine El maqrout, El mesbahi Oualid*

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon
affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs
et des amis sur qui je peux compter.*

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés
et aux liens solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien,
vos encouragements et votre aide. J'ai trouvé en vous le refuge de mes
chagrins et mes secrets. Avec toute mon affection et estime,
je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant
dans votre vie professionnelle que privée.*



*A notre cher et dynamique
professeur assistant Yassine Othmane*

*Un remerciement particulier et sincère pour tous vos efforts
Vous avez toujours été présent
Je tiens à vous remercier pour tous les efforts que vous avez fournis
pour la réalisation de ce travail
Je suis profondément touchée par votre implication et votre intérêt
Que ce travail soit un témoignage de ma gratitude
et mon profond Respect.*



A notre cher professeur Bouziane Amal

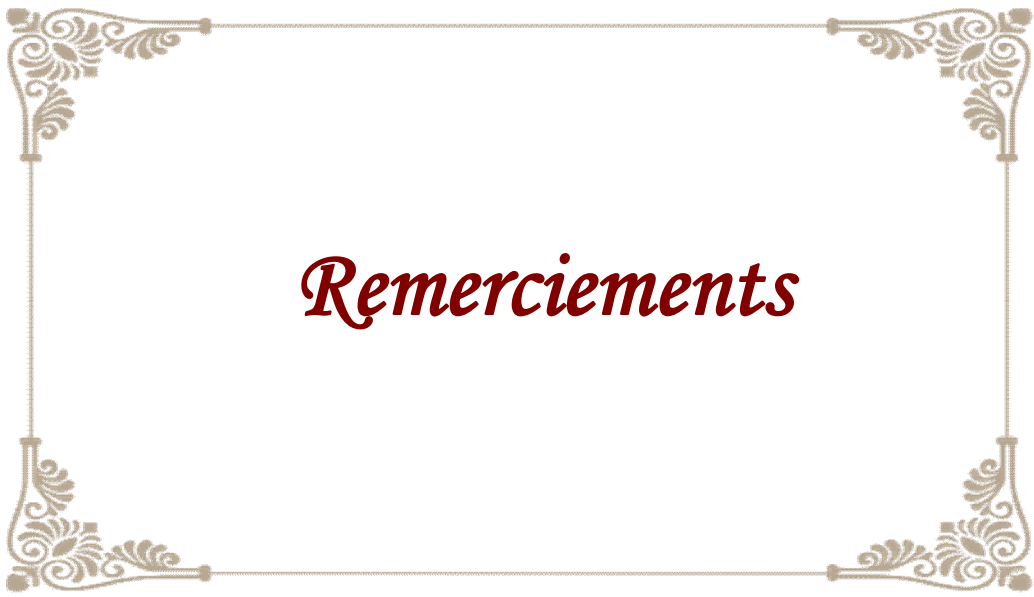
*J'ai été touché par la bienveillance et la sympathie
avec laquelle vous m'avez accueilli
Veuillez accepter ma profonde gratitude pour l'aide considérable
que vous m'avez apporté.*

*A notre ingénieur de statistiques
démographiques Yassine Challah*

Pour sa présence et son soutien.

A tous les étudiants ayant répondu à l'enquête





Remerciements

*A notre maître et Président de thèse
Monsieur le professeur M. BOUI
Professeur de dermatologie
à l'hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V- Rabat*

*Nous avons eu le privilège de travailler dans votre service
et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.*

*Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir
nous ont énormément marqués.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse
considération et notre profonde admiration pour toutes vos
qualités scientifiques et humaines.*

*Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner
notre profonde gratitude.*



*A notre maître et Rapporteur de thèse
Monsieur le professeur KADDIRI Mohamed
Professeur de psychiatrie
à l'hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V- Rabat*

*Vous avez bien voulu nous confier ce travail riche d'intérêt
et nous guider à chaque étape de sa réalisation.*

*Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil,
malgré vos obligations professionnelles.*

*Vos encouragements inlassables, votre amabilité,
votre gentillesse méritent toute admiration.*

*Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre
profonde gratitude tout en vous témoignant notre respect.*



A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur EL AYOUBI EL IDRISSE ALI

Spécialiste en ORL à l'hôpital des spécialités de Rabat

Professeur d'anatomie à la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très
grande amabilité de siéger parmi notre jury de thèse.
Veuillez accepter ce travail maître, en gage de notre
grand respect et notre profonde reconnaissance.*



A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur SABIR MARIA
Professeur de psychiatrie à l'hôpital Razi

*Vous nous avez honorés d'accepter avec grande sympathie
de siéger parmi notre jury de thèse. Veuillez trouver ici
l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.*



A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur Jamal Mehssani
Professeur de psychiatrie
à l'hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V- Rabat

Nous vous remercions pour votre estimable participation
dans l'élaboration de ce travail. Permettez-nous de vous exprimer
notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles.

Veillez trouver ici l'expression de notre estime
et notre considération.



Un bon médecin doit se nourrir et se cultiver.



Un bon médecin doit se maintenir en forme.



Un bon médecin doit se faire soigner.

Martin Winckler



LISTE DES ABREVIATIONS

AMO	: Assurance Maladie Obligatoire
ANEMF	: Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
APESA	: Année Préparatoire des Etudes Supérieures en Agronomie
ATCD	: Antécédents
BAC	: Baccalauréat
BFNE	: Brief Version on Fear of Negative Evaluation
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIM	: Classification Internationale des Maladies
CRF	: Corticotropin Releasing Factor
DEUG	: Diplôme d'Etudes Universitaires Générales
DSM5	: Diagnostic Statistical Manual cinquième version
EPSE	: Écoles Supérieures du Professorat et de l'Education
ESPT	: Etat de Stress Post-Traumatique
FMPR	: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
FSJES	: Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales
HARS	: Echelle d'évaluation d'anxiété de HAMILTON
HCP	: Haut-Commissariat au Plan
IAV	: l'Institut Agronomique et Vétérinaire Hassan II
OR	: Odds Ratio
PA	: Pression Artérielle
PS	: Phobie Sociale
PSS	: Perceived Stress Scale
SIMS	: Wilstress in Medical School
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences

STAI : State Trait Anxiety Inventory
STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
SUAPS : Service Universitaire d'Activité Physique et Sportive
TAG : Trouble d'Anxiété Généralisée
TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs
WEB : World Wide Web
WPS : Willoughby Personality Schedule

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: taille d'échantillon calculée pour la FMPR.....	42
Tableau 2 : taille d'échantillon calculée pour la FSJES.....	42
Tableau 3: taille d'échantillon calculée pour l'IAV	42
Tableau 4 : nombre de répondants au questionnaire dans la FMPR.....	45
Tableau 5 : nombre de répondants au questionnaire à l'IAV	45
Tableau 6: nombre de répondants au questionnaire à la FSJES.....	46
Tableau 7 : répartition des étudiants selon l'âge.....	46
Tableau 8 : répartition des étudiants selon leur année d'étude.....	48
Tableau 9 : Nombres d'années redoublées chez les étudiants des trois établissements.....	48
Tableau 10 : répartition des étudiants des trois établissements selon leurs antécédents médicaux et chirurgicaux	49
Tableau 11 : antécédents psychiatriques chez les étudiants	49
Tableau 12 : la sensation d'angoisse chez les étudiants des trois établissements.....	50
Tableau 13 : période de la sensation d'angoisse rapportée par les étudiants.....	51
Tableau 14 : source de la sensation d'angoisse rapportée par les étudiants.....	51
Tableau 15 : Stratégies de gestion de la sensation d'angoisse par les étudiants.....	52
Tableau 16 : consultation chez les professionnels de santé par les étudiants.....	53
Tableau 17 : comparaison de la fréquence de l'anxiété (score >56) entre les étudiants de toutes les années dans trois établissements	56
Tableau 18 : facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants en médecine en analyse uni variée	57
Tableau 19 : facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants en droit en analyse uni variée	58

Tableau 20 : facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants à l'IAV en analyse univariée	59
Tableau 21 : analyse des facteurs explicatifs de l'anxiété chez les étudiants en médecine.....	60
Tableau 22 : analyse des facteurs explicatifs de l'anxiété chez les étudiants en droit	61
Tableau 23 : analyse des facteurs explicatifs de l'anxiété chez les étudiants de l'IAV	61
Tableau 24 : comparaison entre les trois établissements	62
Tableau 25 : Comparaison des scores moyens STAI-Y-Trait et PSS 14 entre les étudiants inscrits à Montpellier en troisième année en 2009-2010 en médecine, odontologie, psychologie ou STAPS.....	65
Tableau 26 : Facteurs indépendants associés au score de l'échelle Perceived Stress Scale (≥ 31 versus < 31) chez des étudiants inscrits à Montpellier en troisième année en 2009-2010 en médecine, odontologie, psychologie ou STAPS.....	66
Tableau 27 : sources de stress chez les étudiants en médecine du cycle pré clinique	69
Tableau 28 :prévalence de l'anxiété chez les étudiants en médecine dans le monde..	81
Tableau 29 : tableau récapitulatif de la prévalence des troubles anxieux chez les étudiants en médecine de différents pays.....	82

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : répartition des étudiants selon leur sexe _____	47
Figure 2 : consommation de substances psychoactives _____	50
Figure 3 :score d'angoisse chez les étudiants _____	54

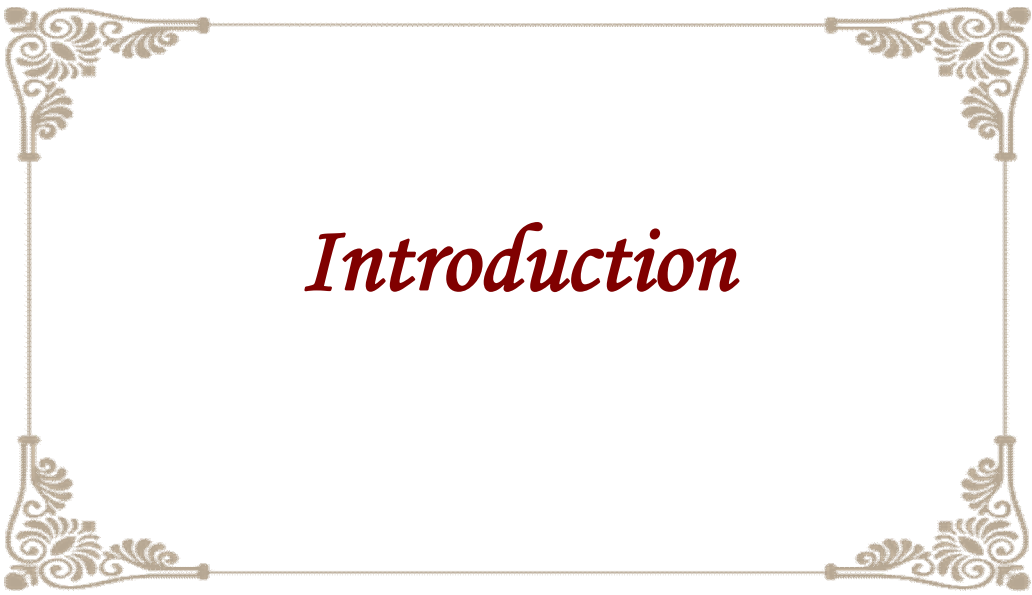
SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : DONNEES THEORIQUES	4
I. ANXIETE	5
1. Définitions	5
2. Anxiété-Peur	5
3. Description clinique	6
4. Outils d'évaluation.....	6
4.1 Echelle de Hamilton	7
4.2 Echelle de Tyrer	8
4.3 Echelle cartographique de l'anxiété	9
4.4 Inventaire de Spielberger	9
5. Facteurs de risque de l'anxiété	10
5.1 Génétique	11
5.2 Stress	12
5.3 Personnalité	13
5.4 Fonctions cognitives.....	14
5.5 Evénements de vie	14
5.6 Induction pharmacologique	14
6. Complications de l'anxiété	15
6.1 Agoraphobie secondaire	15
6.2 Dépression.....	16
6.3 Abus et dépendance.....	16

II. PRINCIPAUX TROUBLES ANXIEUX DU DSM 5.....	18
1. Trouble panique	20
2. Trouble d'anxiété généralisée	21
3. Troubles phobiques.....	22
3.1 Phobie spécifique ou simple	22
3.2 Phobie sociale	23
3.3 Agoraphobie.....	24
III. STRESS-ANXIETE CHEZ LES ETUDIANTS.....	25
1. Stress et entrée à l'université	26
2. Lieu et mode de logement	26
3. Le rythme de travail universitaire.....	27
4. Sources particulières d'angoisse chez les étudiants en médecine.....	27
4.1 L'ambiguïté du rôle des étudiants au milieu hospitalier	28
4.2 Le manque de reconnaissance.....	29
4.3 La loi du silence	29
IV. MESURES PREVENTIVES INDIVIDUELLES DE L'ANXIETE	
CHEZ LES ETUDIANTS	31
1. Le Coping	31
2. L'hygiène de vie	33
2.1 Amélioration du sommeil	33
2.2 L'activité sportive	34
2.3 Les Loisirs.....	36
2.4 L'alimentation équilibrée	36
3. Les liens familiaux et sociaux	36

DEUXIEME PARTIE : PARTIE PRATIQUE	37
I. OBJECTIFS	38
II. MATERIELS ET METHODES	38
1. Elaboration du questionnaire.....	38
2. Population d'étude	39
2.1 Etudiants de l'université Mohammed V	40
2.2 L'Institut Agronomique et vétérinaires Hassan II	40
3. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	41
4. Echantillon de notre étude.....	41
5. Recueil de données	43
6. Analyse statistique	44
III. RESULTATS	45
1. Etude descriptive.....	45
1.1 Nombre des étudiants	45
1.2 Profil des étudiants	46
1.3 Antécédents des étudiants.....	49
1.4 Consommation de substances psychoactives	50
1.5 Sensation d'angoisse chez les étudiants	50
1.6 L'évaluation de l'anxiété chez les étudiants.....	54
2. Etude analytique	57
2.1 Régression simple	57
2.2 Analyse Multi-variée	60

IV. DISCUSSION	63
DISCUSSION DES RESULTATS	74
1. Comparaison de l'anxiété au niveau des trois établissements selon les différentes variables	74
1.1 Sexe	74
1.2 Le niveau d'étude	76
1.3 Le redoublement.....	78
1.4 Consommation de substances psychoactives chez les étudiants	78
1.5 Les antécédents médicaux et chirurgicaux des étudiants.....	79
2. Forces et limites de l'étude.....	84
2.1 Forces.....	84
2.2 Limites et biais	85
3. Suggestion pour prévenir et gérer l'anxiété	86
3.1 Favoriser la communication et l'échange.....	86
3.2 Une évaluation initiale et une réévaluation régulière des aptitudes mentales	89
3.3 Faciliter l'accès à la filière de soin	90
3.4 Information des étudiants sur la réalité de la profession.....	91
3.5 Exemple d'un programme de prévention	92
3.6 La question de l'auto prescription.....	94
CONCLUSION	98
ANNEXES	100
RESUMES	119
BIBLIOGRAPHIE	123



L'anxiété appelée aussi angoisse, est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité et d'appréhension, de tension, de malaise, de terreur face à un péril de nature indéterminée. Elle est souvent exprimée par le patient sous les termes de nervosité ou de soucis. L'anxiété doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante réelle. L'anxiété est considérée comme une réaction normale dans une situation stressante. Elle a ainsi une fonction adaptative, mais peut devenir pathologique et invalidante.

On considère en général que l'anxiété est normale lorsqu'elle est bien tolérée par le sujet, qu'il peut la contrôler, qu'elle est peu somatisée, qu'il ne la perçoit pas comme une souffrance excessive et qu'elle n'a pas de retentissement sur sa vie quotidienne. Elle devient pathologique quand elle n'est plus liée à des événements de la vie et qu'elle survient sans raison, quand elle devient un état permanent, quand elle perd sa fonction d'aide aux changements ou quand elle constitue une souffrance aboutissant à de véritables troubles anxieux caractérisés.

Les étudiants en général et ceux en médecine sont particulièrement exposés à ce phénomène d'anxiété. Ce constat que nous avons fait durant les années d'études et de stages, notamment durant les périodes d'examens. Cette anxiété est différemment vécue et gérée par chaque étudiant, et certains en souffrent de façon plus prononcée, pouvant mener à des complications psychiques, physiques et même à l'échec aux études.

C'est ainsi que l'idée de réaliser un travail dans le cadre de notre thèse de fin d'étude a germé dans notre esprit pour évaluer le niveau d'anxiété chez les étudiants en médecine, mais aussi chez des étudiants dans d'autres disciplines, droit et ingénierie, chercher les facteurs liés à cette anxiété, et les moyens utilisés par ces étudiants pour la gérer.

Cela nous permettrait de bien comprendre l'ampleur de ce phénomène dans le milieu étudiant, et de proposer quelques solutions pouvant réduire l'impact de l'anxiété sur la vie de nos futurs médecins et cadres.

Dans la première partie de ce document, nous définirons le contexte théorique en lien avec cette problématique. Ensuite, dans une deuxième partie, nous exposerons d'abord les objectifs de la recherche ainsi que la méthodologie utilisée pour l'expérimentation ; un questionnaire que nous avons élaboré a été distribué et rempli de manière anonyme par les étudiants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, l'institut agronomique et vétérinaire Hassan II de Rabat et la faculté de droit français de Rabat. La section suivante sera consacrée à la présentation des résultats obtenus et finalement nous discuterons les résultats en émettant quelques suggestions pour prévenir et gérer l'anxiété dans ce milieu.



Première partie :
Données théoriques

I. ANXIETE

1. Définitions

L'anxiété est une émotion physiologique qui possède un rôle adaptatif face aux stimuli inhabituels ou menaçants de l'environnement qui s'exprime dans trois registres : psychologique, comportemental et somatique.

L'anxiété devient pathologique lorsqu'elle est trop intense, inadaptée, inhibitrice, désorganisatrice ou qu'elle se chronicise, et ne paraît correspondre à aucune raison particulière ni à aucun événement. : C'est alors une crainte tournée vers le futur mais qui, contrairement à la peur, est sans objet réel ou disproportionnée par rapport à cet objet.

En effet, l'anxiété est le mécanisme par lequel l'organisme est mis en état d'éveil, de façon active et transitoire. Elle a valeur de signal devant un stress ou une situation nouvelle. Il s'agit d'un mécanisme physiologique adaptatif, d'un moyen de défense de l'organisme permettant d'augmenter la vigilance, qui ne devient pathologique qu'en dépassant son but. [1, 2, 3]

2. Anxiété-Peur

La peur est un état anxieux accompagnant la prise de conscience d'un danger ou d'une menace objectifs, réels, perçus par chacun.

La peur est liée aux comportements spécifiques de la fuite et de l'évitement, alors que l'anxiété est liée aux situations perçues comme étant incontrôlables ou inévitables [4]


Un point de vue alternatif définit l'anxiété en tant qu'« état d'âme orienté sur l'avenir durant lequel l'individu s'attend à recevoir des réponses négatives», qui suggère que c'est une distinction entre dangers futurs et dangers présents qui fondent la différence entre l'anxiété et la peur [5].


3. Description clinique

On distingue 3 dimensions à l'anxiété :

Somatique :

- ✓ Cardiovasculaire : palpitations, tachycardie, précordialgies, élévation de la PA (pression artérielle).
- ✓ Respiratoire : dyspnée, soupirs, hyperventilation, sensation d'étouffement.
- ✓ Neurologique : sensations vertigineuses, céphalées, douleurs musculaires, paresthésies, insomnies, troubles de la concentration ou de la mémoire, tremblements.
- ✓ Digestif : douleurs abdominales, diarrhée, xérostomie.
- ✓ Autres : polyurie, sueurs, rougeur, pâleur.

 Psychologique : appréhension, anticipation, inquiétude, peur, impatience, angoisse, panique.

 Comportementale : inhibition, agitation, maladresse, évitement, fuite, compulsions, recherche de réassurance, d'aide voire de sédation.

4. Outils d'évaluation

L'évaluation de l'anxiété est difficile. Il peut y avoir un décalage entre le degré de l'angoisse décrite par le patient et le degré de l'angoisse observée par le médecin. Une autre difficulté vient de la fluctuation importante de l'état anxieux : très fort au moment d'une crise, quasi absent le jour de la consultation. Ces deux raisons expliquent la dispersion des cotations des échelles évaluant l'anxiété [6]

L'évaluation de l'anxiété a conduit à l'élaboration de divers instruments d'hétéro et d'auto-évaluation.

L'échelle de Buss, essentiellement basée sur la composante psychique de l'anxiété est une des premières échelles d'anxiété proposée au début des années 1950, elle a été supplantée par l'échelle de Hamilton(HARS) qui est actuellement la plus utilisée. Cependant d'autres instruments ont été développés ces dernières années. Le « clinical anxiety scale », « anxiety states inventory », l'échelle de « Covi » en sont des exemples.

Les instruments d'auto-évaluation sont représentés par le questionnaire Bate, l'échelle " Hospital Anxiety Depression" le "Self Rating Anxiety Scale"de Zung, le questionnaire de Spielberger, l'inventaire de Salking, le questionnaire d'anxiété manifeste de Taylor et les échelles visuelles analogiques. [8]

4.1 Echelle de Hamilton

C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée. Elle a été conçue pour être utilisée chez des patients ayant un diagnostic d'anxiété afin d'évaluer la sévérité de l'anxiété [7]

4.1.1 Mode de passation

Cette échelle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique. D'après P.PIchit , la note 0 correspond à l'absence de manifestation des symptômes , la note 1 correspond à des manifestation d'intensité légère, la note 2 correspond à des manifestations d'intensité moyenne, la note 3 correspond à des manifestations d'intensité forte, et la note 4 ne doit être attribué qu'exceptionnellement à des malades ambulatoires.la cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle, c'est à dire le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximale d'une semaine.

4.1.2 Cotation

La note globale est la somme des notes obtenues à chacun des items il est possible d'avoir deux notes partielles : une note d'anxiété psychique (somme des items, 1, 2, 3, 4,5, et 14) et une note d'anxiété somatique (somme des items de 7 à 13)

4.1.3 Normes

D'après BECH et al. (1992) [7]

- De 0 à 5 =pas d'anxiété
- De 6 à 14 = anxietés mineures
- 15 et plus =anxiété majeur

L'échelle d'anxiété d'Hamilton est très largement utilisée du fait de sa grande sensibilité au changement. Elle permet d'évaluer l'intensité de l'anxiété du sujet par un évaluateur. Elle possède une bonne fidélité inter-juges. Cependant, le score total comme les dimensions, n'ont pas une consistance interne satisfaisante selon BECH et al(1992).son autre inconvénient est que certains items n'ont pas été suffisamment définis par Hamilton. Pour y remédier, BECH et al. ont mis point un manuel de cotation traduit en français [7]

4.2 Echelle de Tyrer

C'est un instrument d'évaluation de l'anxiété utilisable en pratique quotidienne extrahospitalière .Cette échelle regroupe dix items sélectionnés du fait de leur fréquence, de leur sensibilité au changement attestée par la réponse à un traitement anxiolytique, de leur absence de redondance [9].

4.3 Echelle cartographique de l'anxiété

Cette échelle pourrait trouver sa place aux côtés des autres échelles déjà utilisées. Elle a l'avantage d'être totalement indépendante de l'appréciation subjective des différents critères habituellement retenus.

Si elle ne peut à elle seule résumer la complexité de l'anxiété sous ses multiples formes, elle pourrait permettre de ne pas surestimer l'importance de certains états anxieux, d'éviter les prescriptions inutiles en aidant à décoder le "syndrome anxiété", rattachant sa valeur significative fondamentale : celle d'une demande d'écoute et de prise en charge. [10]

4.4 Inventaire de Spielberger

L'inventaire d'anxiété état-trait est l'adaptation du *State Trait anxiety Inventory* (STAI) forme Y .Il a été développé par Charles D. Spielberger, un psychologue américain qui l'a publié pour la première fois en 1980[11]. Cet outil permet d'évaluer l'anxiété sous deux dimensions :

- ✓ L'anxiété état : c'est-à-dire l'anxiété ressentie au moment précis de la réponse au questionnaire
- ✓ L'anxiété trait : c'est-à-dire la tendance habituelle du sujet à être anxieux.

Les qualités psychométriques de cet outil sont satisfaisantes et il a été traduit dans de nombreuses langues notamment avec une adaptation française de Bruchon Schweitzer et Paulhan. Cet outil d'évaluation est souvent utilisé chez les lycéens, les étudiants mais aussi chez les personnes âgées.

L'inventaire anxiété état-trait permet d'identifier des sujets anxieux au sein de divers groupes. Il représente plus une mesure de l'intensité de l'anxiété et n'est pas particulièrement lié à un trouble anxieux. Il a été largement utilisé dans l'étude de l'effet de l'anxiété sur les performances et la mémoire.

Le concept d'« anxiété » n'est jamais utilisé et on parle de « questionnaire d'auto-évaluation » sur les feuilles du questionnaire et non d'échelles.

5. Facteurs de risque de l'anxiété

L'ensemble des résultats contradictoires retrouvés dans la littérature indique bien qu'il n'existe pas de relation de causalité simple entre événement de vie et anxiété, l'intervention de cofacteurs de nature variée doit être envisagée.

Une vulnérabilité génétique a été incriminée dans les troubles anxieux et certains auteurs ont proposé différents modèles d'interactions entre l'environnement et le génotype. De même les expériences traumatiques précoces pourraient modifier la réactivité de certains systèmes biologiques et notamment le système hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien impliqué à la fois dans le stress et dans l'anxiété. Des stress chroniques survenant très tôt au cours de la vie chez des sujets prédisposés conduiraient à une sensibilisation de certaines aires limbiques et altéreraient les récepteurs aux glucocorticoïdes. Ces anomalies entraîneraient des modifications du rétro- contrôle du CRF (corticotropin releasing factor) et de la noradrénaline au niveau du locus Cœruleus par les glucocorticoïdes lors de la réponse de l'organisme à des stress ultérieurs. D'autres facteurs psychosociaux comme les troubles de personnalité, les schémas cognitifs ou le support social mériteraient d'être envisagés conjointement avec les événements de vie dans l'anxiété [12].

5.1 Génétique

L'une des voies actuelles de recherche vise à comprendre la place de la génétique et ses mécanismes dans l'anxiété. L'existence de familles plus "anxieuses" que d'autres est connue depuis longtemps, mais il est difficile de déterminer la part de l'inné et de l'acquis dans la transmission de ce caractère [12,13].

On ne connaît pas à l'heure actuelle le poids ni le rôle exacts des facteurs génétiques dans les différents troubles anxieux. Néanmoins, les études de jumeaux ont montré que les facteurs génétiques étaient au moins aussi importants que les facteurs familiaux dans plusieurs troubles anxieux tels que le trouble panique ou différentes phobies. Les spécificités des facteurs génétiques dans les troubles anxieux sont soulevées.

De plus, la distinction clinique entre les différents troubles anxieux, qui est utilisée dans les classifications internationales, n'a pas forcément de fondement en ce qui concerne les facteurs génétiques potentiellement en cause. Par exemple, selon une étude de jumeaux, le trouble anxieux généralisé partage l'essentiel de sa vulnérabilité génétique avec l'anxiété de séparation.

Enfin, l'isolement du concept trouble anxieux (marqué par l'entité névrose d'angoisse) a peut-être plus de pertinence clinique et psychopathologique qu'étiopathogénique. En effet, les liens entre troubles thymiques et anxieux sont en bonne partie dus aux facteurs génétiques. De plus, à l'intérieur du groupe des troubles anxieux, les niveaux de sévérité, l'âge de début et/ou la comorbidité permettent d'isoler des sous-groupes qui pourraient avoir des facteurs de vulnérabilité indépendants. C'est la complexité de l'interface

phénotype/génotype qui explique probablement le peu d'études génétiques positives sur les troubles anxieux et la faiblesse des études positives existantes (névroticisme et gène codant pour le transporteur de la sérotonine par exemple). La découverte de gènes réellement impliqués dans les troubles anxieux permettra non seulement de mieux comprendre les mécanismes en cause, mais aussi vraisemblablement, de démanteler le phénotype trouble anxieux [14].

5.2 Stress

Le mot «stress» vient étymologiquement du latin qui signifie «serrer » et fait référence à une situation de contrainte et d'oppression [15].

Dans la littérature, plusieurs définitions ont été données à la notion de stress notamment par des physiologistes (Cannon, Seyle) au début du 20^{ème} siècle et par la suite par des psychologues (Lazarus, Folkmann et Cox). Les premières ont été basées sur les stimuli, les sources du stress, puis d'autres auteurs ont décrit le stress comme une réponse physiologique et finalement dans les dernières définitions la dimension psychologique du stress et son interaction avec l'environnement a été également prise en compte [16].

Que le stress soit physique (tels le bruit, la grande chaleur ou le grand froid) ou psychologique (tels le chômage, le décès d'un être cher ou un conflit familial), bref ou permanent, de forte ou de faible intensité, il apparaît lié à l'aggravation de l'état de santé et au déclenchement de certaines maladies [17,18].

De façon plus générale, face à un agent stressant, le sujet ressent une tension qui correspond à un état de stress. Ce dernier peut se traduire par des modifications physiques, psychiques ou comportementales. L'anxiété est la plus fréquente de ces manifestations. Soumis à un même facteur de stress, des sujets différents vont ou non développer une anxiété, en fonction de leur capacité à s'adapter aux contraintes qu'ils subissent [19,20].

5.3 Personnalité

L'impact d'un événement sur un individu, ou le retentissement affectif de l'événement sur celui-ci, peut varier d'un moment à l'autre et, en tous cas, d'un sujet à l'autre, en fonction de sa personnalité et de sa situation personnelle. Comme l'on montré les résultats de nombreux travaux, la vulnérabilité ou la fragilité d'une personne dépend tout autant de son histoire que de la situation événementielle stressante [21].

5.4 Fonctions cognitives

Les diverses études réalisées à ce jour, qu'elles soient cliniques ou épidémiologiques, se sont surtout attachées aux conséquences de l'anxiété sur les fonctions cognitives mais n'ont guère abordé la question de l'influence des difficultés cognitives sur l'anxiété.

Par ailleurs les résultats sont si contradictoires qu'il parait peu raisonnable de vouloir en tirer une conclusion d'ensemble.

A titre d'exemple, une étude comparant cinquante enfants suivis pour phobie sociale, à un groupe d'enfants normaux, ne trouve pas de différence significative entre les quotients intellectuels, au contraire d'une autre étude qui estime significativement plus élevé le quotient intellectuel évalué sur un groupe de cent enfants phobiques scolaires, le groupe témoin étant composé d'enfants hospitalisés en pédopsychiatrie, ce qui constitue un biais fondamental [22].

5.5 Événements de vie

Depuis 30 ans, le rôle des événements de vie dans l'étiopathogénie des troubles psychiatriques reste un problème largement débattu, le trouble le plus étudié a été la dépression. Paradoxalement alors que plusieurs modèles théoriques font intervenir les facteurs de l'environnement dans la genèse de l'anxiété et des phobies, très peu de travaux ont recherché de façon systématique les événements de la vie dans les troubles anxieux.

Deux types de travaux peuvent être distingués :

- Le recueil d'événements précoces survenus dans les premières années de la vie du Sujet anxieux et ce sont principalement les événements majeurs de perte et de séparation parentale qui ont été pris en compte.
- Le recueil d'événements récents, de nature variée, apparues dans les mois précédents de la survenue d'un état anxieux [23].

5.6 Induction pharmacologique

Divers produits ont la particularité de provoquer des troubles anxieux.

5.6.1 Yohimbine

C'est un antagoniste α_2 -adrénergique dont l'action interfère avec l'inhibition de la transmission noradrénergique liée aux récepteurs présynoptiques. La yohimbine augmente l'anxiété chez les sujets normaux et chez les « paniqueurs ». Elle pourrait agir par activation du locus cœruleus[23].

5.6.2 Lactate

Depuis longtemps on avait signalé la concentration anormalement élevée de l'acide lactique au cours de l'exercice physique chez les patients anxieux.

Inversément, l'administration intraveineuse d'une perfusion de lactate de sodium à la dose de 500 mmol/kg détermine chez les patients anxieux une attaque de panique et pas chez les sujets contrôle [23].

5.6.3 Caféine

La caféine, alcaloïde principal du café, est la triméthyl 1-3-7 xanthine. Elle est présente en plus faible quantité dans le thé et le chocolat, au côté de diméthylxanthines: la théophylline, 1-3 diméthylxanthine, dans le thé, et la théobromine, 3-7 diméthylxanthine, dans le chocolat. La paraxanthine, 1-7 diméthylxanthine, est issue du métabolisme hépatique de la caféine par le cytochrome 1A2 [24].

La caféine peut induire des états d'anxiété paroxystique. Cet effet, signalé il y a plus de 100 ans a été longuement étudié, le mécanisme le plus probable de l'action anxiogène chez les patients passe par le blocage des récepteurs de l'adénosine [24].

6. Complications de l'anxiété

6.1 Agoraphobie secondaire

C'est la complication la plus fréquente et la plus immédiate. Les patients évitent alors certains lieux qu'ils craignent de ne pouvoir quitter rapidement et facilement en cas de survenue d'une attaque de panique. Contrairement aux phobies spécifiques de situation (claustrophobie, phobie des ascenseurs) et aux

agoraphobes primaires, la raison de l'évitement de certaines situations est liée au fait qu'ils pourraient y connaître une attaque de panique spontanée et ont peur de ne pas pouvoir fuir, craignant de témoigner alors d'un comportement vécu comme humiliant ou de ne pouvoir être secouru. On estime que près d'un tiers des patients souffrant de trouble panique développe une agoraphobie secondaire. Au fil de l'évolution, il est assez fréquent que les attaques de panique disparaissent et la symptomatologie se réduit alors à de simples manifestations d'agoraphobie.

6.2 Dépression

La dépression complique souvent les troubles anxieux, d'autant plus qu'ils sont anciens et c'est souvent à l'occasion d'une consultation pour dépression que l'on peut faire le diagnostic de trouble anxieux. Ainsi, les syndromes dépressifs affectent environ 50 à 70 % des patients souffrant de trouble panique à un moment de leur vie. Ces états dépressifs s'accompagnent souvent d'une aggravation de la symptomatologie anxieuse qui peut rendre le diagnostic difficile.

6.3 Abus et dépendance

Les conduites d'alcoolisation et d'abus de certains médicaments sont fréquentes. Si certains patients s'automédiquent avec des doses croissantes de tranquillisants, d'autres utilisent l'alcool comme anxiolytique. L'alcool et les abus de tranquillisants sont, contrairement aux idées reçues, des facteurs d'aggravation du trouble panique à relativement court terme. L'abus et la dépendance à l'alcool peuvent même être à l'origine du trouble chez certains patients. Le cannabis, la cocaïne, l'héroïne ou toutes les drogues illicites sont également des facteurs déclencheurs et aggravants du trouble.

Les troubles anxieux ont une forte comorbidité avec l'alcoolodépendance, L'origine de cette co-occurrence est double puisque la présence d'un trouble anxieux multiplie le risque d'apparition d'une alcoolodépendance par 3, et la présence d'une alcoolodépendance multiplie par 6 le risque d'émergence d'un trouble anxieux. Une étude récente, réalisée en population générale, a permis de préciser que l'existence d'un trouble anxieux augmente surtout le risque de passage de l'abus à la dépendance.

La distinction entre les symptômes du trouble anxieux et du sevrage alcoolique n'est parfois pas chose facile. L'entretien doit alors se focaliser sur certains symptômes plus spécifiques tels que nausées, vomissements et tremblements, et ce d'autant qu'ils régressent à la prise d'alcool. Le traitement des troubles anxieux débute par un sevrage d'alcool, que le trouble anxieux soit primaire ou secondaire. En effet, les antidépresseurs (qui possèdent un effet anxiolytique démontré) sont potentiellement hépatotoxiques, ce qui est «gênant» chez les sujets alcoolodépendants. De plus, la prescription de benzodiazépines de longue durée chez les sujets consommateurs de fortes doses d'alcool a le désavantage d'augmenter (franchement) le risque de complication grave de sevrage, essentiellement pour l'épilepsie.

II. PRINCIPAUX TROUBLES ANXIEUX DU DSM 5

Il existe plusieurs façons de décrire les troubles psychiques, correspondant à différents courants de l'histoire de la psychiatrie. A l'heure actuelle, deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont utilisées : Classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé dans sa dixième édition (CIM-10), et le Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-5), développé par l'Association américaine de psychiatrie. Elles proposent une description clinique des syndromes mais ne tiennent pas compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.

Le DSM5 est utilisé aux États-Unis et internationalement par des cliniciens et chercheurs .La plupart des praticiens universitaires utilisent le DSM. La CIM semble être quelque part le manuel le plus utilisé à des fins académiques et de recherches, tandis que les deux classifications sont utilisées à des fins cliniques. [25]

Le DSM-5 a l'avantage de comporter des critères de classement plus explicites que la CIM-10, ainsi que des listes plus longues de diagnostics différentiels. [26]

Les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. Manifestement, ces deux états se chevauchent mais ils diffèrent également ; la peur étant plus souvent associée à des poussées d'hyperactivité neurovégétative nécessaires pour fuir ou combattre, évaluer le danger immédiat et permettre les conduites d'échappement, et

l'anxiété étant plus souvent associée à une tension musculaire et une vigilance dans la préparation au danger futur et à des conduites de prudence ou d'évitement. Parfois, le niveau de peur ou d'anxiété est réduit par des comportements d'évitement envahissants. [27]

Les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par le type d'objets ou le type de situations qui induisent la peur, l'anxiété ou le comportement d'évitement et le raisonnement cognitif associé. Ainsi, les troubles anxieux ont tendance à être hautement comorbides entre eux mais ils peuvent être différenciés par une analyse fine des types de situations craintes ou évitées et par le contenu des pensées ou croyances associées.

Les personnes ayant un trouble anxieux manifestent des symptômes cognitifs, physiques et comportementaux de l'angoisse qui sont intenses, fréquents, persistants et graves, et pour qui l'anxiété provoque une détresse qui nuit à leurs capacités sur différents plans. (vie sociale, affective, professionnelle, etc.).

Il existe plusieurs façons de décrire les troubles anxieux, correspondant à différents courants de l'histoire de la psychiatrie. A l'heure actuelle, deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont utilisées : Classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la santé, dixième version (CIM-10), et le Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-5), développé par l'Association américaine de psychiatrie. Elles proposent une description clinique de syndromes mais ne tiennent pas compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.

Les principaux syndromes décrits dans ces classifications sont les suivants : trouble panique, trouble anxieux généralisé, troubles phobiques [27].

1. Trouble panique

Le trouble panique se caractérise par des attaques de panique récurrentes et inattendues.

L'attaque de panique se définit comme une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

N.B : la montée brusque peut survenir durant un état de calme ou d'anxiété.

- palpitation, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
- transpiration
- tremblements ou secousses musculaires.
- sensations de <<souffle coupé>> ou impression d'étouffement.
- sensation d'étranglement
- douleur ou gêne
- nausée ou gêne abdominale
- sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
- Frissons ou bouffées de chaleur.
- Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
- Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou de dépersonnalisation (être détaché de soi).
- peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
- peur de mourir

La fréquence et la sévérité des attaques de panique dans le trouble panique peuvent varier de façon importante. En termes de fréquence, il peut y avoir des attaques modérément fréquentes (ex : une par semaine) durant des mois, ou des salves d'attaques (ex : quotidiennes) séparées par des semaines ou des mois sans aucune attaque ou avec une fréquence moindre (ex : deux par mois) pendant des années. Les personnes dont les attaques de panique sont rares ressemblent à celles dont les attaques de panique sont fréquentes en termes de symptômes, de caractéristiques démographiques, de comorbidités avec d'autres troubles, d'antécédents familiaux et de données biologiques.

Au total, plus d'une attaque de panique inattendue caractéristique est nécessaire pour retenir le diagnostic de trouble panique. Si une agoraphobie est présente, un diagnostic séparé d'agoraphobie doit être retenu.

2. Trouble d'anxiété généralisée

Il s'agit d'une anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).

La caractéristique essentielle de l'anxiété généralisée est une anxiété et des soucis excessifs (attente avec appréhension) concernant plusieurs événements ou activités.

L'intensité, la durée ou la fréquence de l'anxiété et des soucis sont hors de proportions avec la probabilité réelle ou l'impact de l'événement anticipé. Le sujet éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations et à empêcher les pensées inquiétantes d'interférer avec l'attention portée aux tâches en cours. Les

adultes ayant une anxiété généralisée s'inquiètent souvent au sujet des circonstances quotidiennes de la vie de tous les jours comme les responsabilités professionnelles, les problèmes financiers, la santé des membres de la famille, les infortunes de leurs enfants, ou à propos de sujets mineurs.

Plusieurs caractéristiques distinguent l'anxiété généralisée de l'anxiété non pathologique. Premièrement, les soucis associés à l'anxiété généralisée sont excessifs et interfèrent typiquement de manière significative avec le fonctionnement psychosocial alors que les soucis de la vie quotidienne sont perçus comme plus contrôlables et peuvent être remis à plus tard quand des problèmes plus urgents surviennent.

Deuxièmement, les soucis associés à l'anxiété généralisée sont plus envahissants, prononcés, source de détresse, de durée plus longue et surviennent fréquemment sans facteur précipitant. Le diagnostic d'anxiété généralisée est d'autant plus probable que le sujet se fait du souci pour un grand nombre de circonstances de la vie (finances, sécurité des enfants, performances professionnelles).

3. Troubles phobiques

3.1 Phobie spécifique ou simple

C'est une peur ou anxiété intense à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (ex : prendre l'avion, hauteur, avoir une injection, voir du sang).

Une caractéristique clé du trouble est que la peur ou l'anxiété est circonscrite à la présence d'une situation ou d'un objet particulier qui peut être défini par le terme de stimulus phobogène. Les catégories de situations et objets craints sont proposées comme spécification. de nombreux sujets craignent des objets ou des situations appartenant à plus d'une catégorie ou plus d'un stimulus phobogène.

Pour pouvoir poser un diagnostic de phobie spécifique, la réponse doit différer des craintes normales et passagères apparaissant habituellement dans la population générale. Pour répondre aux critères du diagnostic, la peur ou l'anxiété doit être marquée ou grave. L'intensité de la peur vécue peut varier avec la proximité de l'objet ou de la situation phobogène et apparaître en anticipation ou en présence réelle de l'objet ou de la situation. De plus, la peur ou l'anxiété peut prendre la forme de l'attaque de panique (c à d attaque de panique attendue) dont la symptomatologie peut être complète ou partielle.

Une autre caractéristique des phobies spécifiques est que la peur est déclenchée presque à chaque fois que l'individu entre en contact avec le stimulus phobogène. Ainsi, un sujet qui devient anxieux seulement occasionnellement lorsqu'il est confronté à la situation ou à l'objet (ex : devient seulement anxieux lors d'un vol sur cinq en avion) n'aura pas un diagnostic de phobie spécifique.

3.2 Phobie sociale

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

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

La caractéristique essentielle de l'anxiété sociale est une peur ou une anxiété marquée, ou intense, de situations dans lesquelles l'individu peut être sous l'observation attentive d'autrui. La personne craint d'agir ou d'être perçue d'une certaine manière ou de montrer des symptômes d'anxiété comme rougir , trembler , transpirer , buter sur ses mots ou attirer l'attention ,ce qui sera jugé négativement par d'autres.

3.3 Agoraphobie

C'est une peur ou anxiété marquées pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :

1. Utiliser les transports en commun (ex : voitures, bus, trains, bateaux, avion)
2. Etre dans des endroits ouverts (ex parking, marchés, ponts)
3. Etre dans des endroits clos (ex : magasins, théâtres, cinémas)
4. Etre dans une file d'attente ou dans une foule.
5. Etre seul à l'extérieur du domicile.

La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (ex : peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence) .

Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours une peur ou de l'anxiété, sont activement évitées et nécessitent la présence d'un accompagnant, ou sont subies avec une peur intense ou de l'anxiété.

III. STRESS-ANXIETE CHEZ LES ETUDIANTS

Bien que les termes stress et anxiété soient souvent utilisés indifféremment dans le langage parlé, il existe une distinction entre ces deux concepts.

Le stress est une réaction automatique de l'organisme à toute demande (physique, émotive, ou mentale) à laquelle l'individu doit faire face dans la vie quotidienne, qu'elle soit positive ou négative. Le stress ressenti peut être bénéfique ou nuisible, selon la manière dont l'individu réagisse.

L'anxiété scolaire fait référence à la peur de l'échec. Une autre forme très répandue d'anxiété parmi les étudiants, est l'anxiété de performance, qui réfère à la peur de ne pas être à la hauteur de leurs attentes ou de ne pas atteindre leurs objectifs.

Bien que les étudiants ne vivent pas tous des problèmes reliés au stress, la plupart en éprouveront les manifestations, à un moment ou à un autre de leurs études. La vie universitaire constitue un contexte unique qui peut favoriser le stress. La présence d'un climat de compétition dans certains programmes, l'accent souvent mis sur les notes et sur la performance, en plus du rythme élevé de l'apprentissage universitaire peuvent générer une pression constante. La valorisation de l'excellence et de la réussite dans la société (et éventuellement sur le marché du travail) peut subtilement amener les étudiants à glisser dans un rythme de vie effréné.

1. Stress et entrée à l'université

La transition du statut de lycéen à celui d'étudiant s'accompagne de nombreux changements dans la vie du jeune adulte auxquels il doit s'adapter.

L'étudiant en quête de liberté, et qui, suite à la réussite au baccalauréat pense disposer de tout son temps libre va être vite confronté à un rythme accéléré à l'arrivée des premiers examens et ne sait pas toujours comment adapter sa méthode de travail. De plus, certaines filières vont engendrer une concurrence entre étudiants notamment avec les concours nationaux et, pour certains, la pression familiale devient importante [28].

L'éloignement familial, l'obligation de devenir plus indépendant ainsi que la gestion de l'inconnu sont autant de bouleversements auxquels l'étudiant doit faire face et qui peuvent conditionner la réussite ou l'échec de sa carrière [29].

Le début des études universitaires est donc une étape délicate de transition qui va servir d'apprentissage de l'autonomie et représente le passage vers une vie d'adulte et le futur avenir professionnel [30].

2. Lieu et mode de logement

L'entrée à l'université confronte l'étudiant à une rupture affective avec son cocon familial pour des raisons géographiques, avec un lieu d'études souvent éloigné du domicile familial, mais cela lui permet également de gagner en autonomie [28].

Vivre au domicile familial permet d'éviter les démarches plus ou moins difficiles de recherche d'un logement et d'avoir à payer un nouveau logement avec des variations de loyers qui peuvent être très élevées selon la ville d'études [31].

3. Le rythme de travail universitaire

Après le baccalauréat, les étudiants sont confrontés à une certaine liberté et ne sont pas préparés au changement de rythme à l'université [28]. Un encadrement moindre de la part des enseignants, un nouvel emploi du temps à gérer, des problèmes d'organisation du fait d'une réduction ou absence de contrôles continus au cours de l'année, une méthode de travail inadaptée lors des révisions pour les examens sont autant de facteurs qui vont stresser l'étudiant [32].

Les sources de stress majeures perçues par les étudiants au niveau de l'environnement académique sont l'appréhension des examens ainsi que la gestion de l'emploi du temps [33].

Le nombre de cours et la charge de travail mènent les étudiants à ne pas assister volontairement à certains enseignements (cours, travaux dirigés ou pratiques). Cette tendance se montre plus présente chez les étudiants dans la filière santé qui pour plus de 20% n'y vont pas très souvent ou pas du tout [34].

4. Sources particulières d'anxiété chez les étudiants en médecine

La formation en droit repose sur des cours théoriques et méthodologiques qui permettent aux étudiants d'assimiler les textes législatifs. Alors que la formation des étudiants à l'IAV, repose en grande partie sur des études et des activités de laboratoire au sein de l'institut, le nombre de stages dépend de la filière choisie, mais ne dépassent généralement pas un mois par an.

La particularité de la formation des médecins , est qu'elle fait une large part à la pratique ,que ce soit au niveau de la faculté (TP ,TD) , au centre hospitalier universitaire ou encore aux centres hospitaliers périphériques.

4.1 L'ambiguïté du rôle des étudiants au milieu hospitalier

L'interne est un «*praticien en formation* », oscillant entre l'étudiant qui est en cours d'apprentissage de connaissances médicales auprès de l'équipe soignante et le médecin qui doit avoir sa place à part entière dans les prises de décisions médicales. Cette situation ambiguë est caractéristique du statut d'interne qui a parfois du mal à trouver sa place et son rôle au sein de l'équipe ou du service [35].

Il est sous la responsabilité d'un senior mais est souvent en première ligne dans la prise en charge des patients. Savoir quand agir, quand parler et quand écouter, quand faire et quoi faire vis à vis de la détresse d'un patient est une tâche importante du développement de l'étudiant [36]. Ce facteur organisationnel pouvant être à l'origine d'un stress est rapporté dans la littérature dès 1976 par Maslach.

L'apprentissage est différent chez les étudiants « proactifs » qui sont capables d'initiatives et participent activement dans les prises en charges et les étudiants qui ne le peuvent pas [37]. Les séniors seront plus enclins à superviser et à offrir des possibilités d'apprentissage (gestion de « *cas médicalement intéressants* ») aux étudiants présentant des traits de personnalité enthousiastes et extravertis.

4.2 Le manque de reconnaissance

L'interne reste un étudiant en situation d'apprentissage ; le sentiment d'approbation et de respect de la part de ses supérieurs est important pour qu'il consolide son processus d'identité professionnelle, essentiel à sa compétence future. Le manque de reconnaissance est un facteur particulièrement important. En effet, l'identité passe par la reconnaissance de la part de l'autre [28]. Sur un plan social, elle passe aussi par la reconnaissance au travail. La situation peut devenir problématique, lorsque la vie professionnelle tend à se substituer à la vie en général, ce qui n'est pas rare en médecine.

Coomber et *al.* [38] retrouvent une association positive entre des niveaux d'anxiété élevés et le sentiment éprouvé de « *manque de reconnaissance pour son effort et pour sa contribution par les autres* » en termes de fréquence et de stress induit (OR=1,75).

4.3 La loi du silence

Dans leur pratique professionnelle, les soignants sont guidés par la « loi du silence » lorsqu'il s'agit de leurs propres souffrances: la souffrance ressentie se cache et s'intériorise.

Ne pas exprimer un sentiment d'impuissance ou d'échec peut provoquer une impression de fatalité pour certains d'entre eux, elle-même source de stress [39]. Les étudiants déclarent préférer se tourner vers leurs familles et amis pour obtenir du soutien, plutôt que de chercher l'aide professionnelle au sein de l'Université. Les comportements de recherche d'aide non-appropriée commencent tôt et sont liés à la perception des normes qui exigeraient une image « idéale » du médecin. Un problème de santé mentale peut alors être

considéré comme une forme de faiblesse qui a des implications pour la progression de carrière [40].

Dans la littérature, les étudiants rapportent une stigmatisation des maladies psychiatriques expliquant ainsi leur réticence à demander de l'aide [40,41]. Les autres causes retrouvées sont les difficultés financières [41] , la croyance en sa capacité d'auto-diagnostic et d'auto-traitement[42], la crainte d'être en relation avec son thérapeute dans sa future carrière médicale [42], la peur de non-confidentialité [41,42]

IV. MESURES PREVENTIVES INDIVIDUELLES DE L'ANXIETE CHEZ LES ETUDIANTS

Diverses mesures doivent permettre d'améliorer l'estime de soi et prévenir l'apparition des symptômes anxieux, parmi ces mesures on cite :

1. Le Coping

Le coping (de l'anglais *to cope with, faire face à*) désigne les stratégies d'ajustement qu'un individu met en place afin de réduire le stress et la tension provoqués par une situation en la rendant supportable[16] .Ce sont des actions et des efforts développés pour gérer et tolérer l'événement ainsi que ses conséquences au niveau somatique et psychique [43].

La façon dont un individu va s'adapter à une situation stressante dépend de la situation (nature, gravité, le niveau de contrôle, la durée), de sa personnalité et de la transaction avec son environnement [44].

Pour Folkman et Lazarus, le *coping* fait référence aux « *efforts cognitifs et comportementaux de la personne pour réduire, minimiser, maîtriser, ou tolérer les exigences internes et externes de la transaction personne/environnement évaluée comme éreintante ou dépassant les ressources de la personne* » [45] .Ils ont identifiés plusieurs stratégies de *coping* qui se regroupent en deux voire trois grandes stratégies : « le *coping* centré sur le problème », « le *coping* centré sur l'émotion » et « la recherche de soutien social » [43].

□ « Le coping centré sur le problème » (actif et vigilant) regroupe les efforts déployés par l'individu pour contrôler ou modifier la situation stressante [44]. Réorganiser son emploi du temps, approfondir ses connaissances dans certains domaines ou consulter un professionnel de santé sont des exemples de

ce type de *coping* [43]. Si ces stratégies de changements de comportement et de la manière de travailler s'avèrent efficaces ce *coping* va permettre de gagner en autonomie sociale et économique et une meilleure adaptation au travail (universitaire) [43].

□ « Le *coping* centré sur l'émotion » (passif et évitant) régule les émotions et tensions induites par l'événement stressant avec par exemple des réévaluations positives des situations (voir le bon côté des choses) ou un comportement de fuite en évitant de penser à la situation [45]. Ce type de *coping* est souvent lié à un stress perçu intense et un faible contrôle [44]. Il semble efficace à court terme ou face à des événements incontrôlables (maladie incurables) mais non à long terme avec l'apparition d'un état dépressif, de symptômes physiques et de troubles du comportement alimentaire [44,43].

□ « La recherche de soutien social » s'y ajoute avec les efforts de l'individu pour obtenir l'aide et l'écoute d'autrui [43]. De nombreuses études montrent que les stratégies de « *coping* centré sur le problème » et la recherche de soutien social sont plus efficaces et fonctionnelles s'avérant plus associées à une meilleure santé et à un meilleur mode de vie que le *coping* évitant [46].

Le *coping* évitant s'il est lié à des évaluations négatives conduit aux stratégies dysfonctionnelles comme la consommation d'alcool, de médicaments, le refuge dans la nourriture ou de comportements agressifs [43].

1.1 Coping et étudiants

Selon une étude menée à Grenoble, la majorité des étudiants de première année universitaire adoptent des stratégies fonctionnelles avec la recherche

d'informations, de conseils, un changement d'attitude afin de modifier la situation responsable du stress ou une remise en question personnelle [29].

Cependant, un nombre considérable d'étudiants ont recours à des stratégies dysfonctionnelles comme la fuite dans le sommeil, la consommation de médicaments et drogues, l'acceptation passive ou l'évitement de la situation stressante. Les conduites agressives vers autrui ou soi-même ainsi que la colère sont employées par environ 10% de l'échantillon [29].

Certains traits de personnalité comme le névrosisme sont plutôt liés au *coping* évitant alors que l'optimisme et la satisfaction du niveau du soutien social sont associés au *coping* actif [43].

Une situation familiale (séparation, célibat, etc.) et professionnelle difficile sont également corrélées à un *coping* centré sur l'émotion et passif [43].

2. L'hygiène de vie

Une meilleure hygiène de vie par la modification de comportements et une alimentation équilibrée amène une certaine régularité et du bien-être chez l'étudiant. Ces changements permettront de mieux appréhender le stress [47].

2.1 Amélioration du sommeil

Le sommeil a des fonctions restauratrices essentielles à la santé physique et mentale. Le manque de sommeil a des conséquences néfastes sur le comportement et sur le bon déroulement des études. De plus, la consommation de substances psychoactives comme la caféine, le cannabis et l'alcool auront soit des effets d'insomnie (café) ou d'hypersomnie (alcool à forte dose, cannabis) [48]. Un lien statistique a notamment été trouvé dans une étude à la faculté de

médecine dentaire en France entre un nombre insuffisant d'heures de sommeil et un état de santé moins bon ($p < 0,001$).

Une prévention passe par des horaires réguliers de sommeil, un environnement calme et non bruyant et la non-consommation de certaines substances [49].

2.2 L'activité sportive

Les études montrent que l'activité physique a des effets bénéfiques au niveau de la santé avec notamment une réduction de l'anxiété et des troubles dépressifs dans la population générale mais aussi des sous-groupes (étudiants, personnes âgées) [50].

Ses bénéfices sont reconnus aussi bien du point de vue de la santé physique (amélioration du fonctionnement musculaire, articulaire, contrôle du poids, prévention de maladies vasculaires) que psychique (bien-être psychologique, réduction du stress) [50].

Une pratique sportive permet de mieux gérer les troubles anxieux même sans améliorer la condition physique. Une activité modérée telle que la marche est plus bénéfique pour l'humeur qu'un entraînement intense [50].

Le sport permet de réduire le risque de l'anxiété par rapport aux personnes sédentaires. Il semble même que la course à pied soit plus avantageuse pour une personne présentant des troubles anxieux que certaines activités mixtes comme le football et le volleyball [50].

Allgöwer et al. expliquent que l'absence d'exercice physique est liée à des troubles dépressifs et une moins bonne santé mentale [51].

L'activité sportive constitue donc un « facteur protecteur de la santé mentale ».

Boujut et al souligne ce lien entre la pratique sportive et une meilleure santé mentale (faible taux de névrosisme, une moindre détresse émotionnelle et une meilleure image du corps) [46].

Lors de l'entrée universitaire, l'étudiant fait face à de nombreux changements de ses habitudes avec notamment une réduction de l'activité physique. Moins de la moitié pratiquent un sport de manière « modérée » alors qu'ils sont 30% à ne pratiquer aucune activité sportive. Il faut également prendre en compte que l'activité physique varie selon la période (examens, été) [46].

En France, les services universitaires d'activités physiques et sportives (SUAPS) mènent des actions de prévention sur les questions de bien-être ainsi que dans la promotion des activités sportives des étudiants [52]. Ils ont pour mission d'offrir, d'organiser, d'animer et d'enseigner des activités physiques à tous les étudiants quel que soit leur niveau de pratique et leur filière d'études. Ils veulent contribuer au bien-être de l'étudiant, à une meilleure qualité de vie [53].

De plus, la non-reconnaissance du sport dans la formation universitaire avec une non-inscription dans l'emploi du temps expliquent la saturation de certains cours en étudiants à midi et le soir.

Finalement, le manque de moyens budgétaires et équipementiers et surtout le manque de reconnaissance de la valeur du sport au niveau institutionnel, délégué au rang de divertissement ou pour l'entretien personnel, expliquent cette situation 59.

2.3 Les Loisirs

L'absence de temps pour des activités extrascolaires est l'une des principales sources de stress parmi les étudiants y compris ceux en odontologie. L'emploi du temps chargé empiète sur le temps libre et contribue au stress [54].

Au-delà de l'activité physique, les étudiants vont passer du temps devant la télévision et internet. La lecture, les sorties culturelles comme le cinéma, les soirées étudiantes, les expositions, les concerts font partie des activités majeures auxquelles les étudiants s'adonnent en dehors de l'université [31].

Un étudiant ayant le temps pour ses loisirs voit son stress académique réduit et régule mieux son comportement et ses réactions face aux situations stressantes (moins de frustration, de conflit) [55].

2.4 L'alimentation équilibrée

L'un des principaux symptômes de l'anxiété est la faim, causée par un mauvais équilibre alimentaire et un régime pauvre en vitamines et en nutriments. Le manque général d'aliments génère la chute de la glycémie ce qui réveille les envies de sucré ou de malbouffe. C'est pourquoi, l'alimentation est l'une des choses les plus importantes à surveiller lorsqu'on veut combattre l'anxiété.

3. Les liens familiaux et sociaux

Un faible soutien social et familial augmente le risque de troubles anxieux. Ainsi, nouer des relations amicales, amoureuses, le soutien de sa famille et de l'université permettent un échange et l'expression de ses sentiments (angoisses, peurs, anxiété). Le manque de communication entraîne l'isolement, la frustration et entretient un environnement stressant [47].



*Deuxième partie :
Partie pratique*

I. OBJECTIFS

L'objectif de cette étude est d'évaluer et comparer la prévalence de l'anxiété chez les étudiants en médecine, et dans d'autres établissements d'enseignement supérieur, afin de comprendre l'ampleur de ce phénomène dans le milieu étudiant, et de proposer quelques solutions en vue de réduire l'impact de l'anxiété sur la vie de nos futurs médecins et cadres.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire est le document de base pour la collecte des données, sur lequel sont inscrites les informations fournies par les étudiants.

L'élaboration de notre questionnaire a été faite en 4 étapes :

- Pré-enquête : une étude préliminaire de reconnaissance a été faite auprès des étudiants et une recherche bibliographique en rapport avec le sujet
- Première rédaction : en fonction de l'objectif fixé, du résultat de la pré-enquête, une première rédaction du questionnaire a été faite.
- Enquête pilote : afin de compléter le questionnaire, de l'adapter à la population cible, de connaître la réaction des répondants vis-à-vis des questions, et pour mieux formuler les questions, une enquête pilote était nécessaire.
- Une rédaction définitive : l'étape finale, nous avons rédigé un questionnaire pour chaque établissement ciblé. (voir annexe)

Pour évaluer l'anxiété, nous avons utilisé un auto-questionnaire anonyme composé de deux parties :

- une première partie comportant les caractéristiques sociodémographiques des étudiants, leurs antécédents (ATCD) personnels (médicaux chirurgicaux et psychiatriques), les habitudes de consommation de substances psychoactives, les sources de l'anxiété et les moyens utilisés par les étudiants pour en faire face.
- une deuxième partie qui comporte l'inventaire de Spielberger : elle est composée d'une échelle de vingt items. Les échelles sont de type Likert, autrement dit elles vont évaluer l'intensité de l'anxiété en 4 points (non, plutôt non, plutôt oui, oui) avec une réponse à chaque item notée de 1 (niveau d'anxiété le plus faible) à 4 (niveau d'anxiété le plus fort). Par la suite la somme des notes de chaque échelle est réalisée afin d'obtenir un score .Le temps de passation de cet inventaire était de 5 à 10 minutes. Un trouble anxieux est caractérisé quand le score dépasse 56.

Le questionnaire final est constitué de six pages format A4 avec la lettre explicative comme page de garde (Voir annexe).

2. Population d'étude

Pour bien cerner le sujet de l'anxiété au sein de la population des étudiants, il nous a semblé intéressant d'évaluer la prévalence de l'anxiété chez des étudiants de formations différentes, à savoir une formation littéraire, scientifique et une formation d'ingénierie.

2.1 Etudiants de l'université Mohammed V

2.1.1 Etudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat (FMPR)

La FMPR est l'une des facultés de médecine et de pharmacie du Maroc. Elle est située à la ville de Rabat et assure la formation des médecins et pharmaciens.

Les études de médecine sont parmi les études supérieures les plus longues, il s'agit d'une formation théorique et pratique. Cette formation se déroule en deux cycles. La durée totale des études est de 7 ans, couronnée par une soutenance de thèse de doctorat en médecine.

2.1.2 Etudiants de la faculté des Sciences Juridiques, Économiques et Sociales de Rabat (FSJES) :

La FESJES est une institution d'enseignement public supérieur et de recherche scientifique marocaine. Les cours aux facultés de droit sont dispensés en langue arabe et en français. Les étudiants doivent passer trois ans avant d'obtenir la licence en sciences juridiques. Une fois la licence décrochée, les étudiants peuvent s'inscrire en Master fondamental ou spécialisé, ce qui fait un total de 5 ans.

2.2 L'Institut Agronomique et vétérinaires Hassan II (IAV HII)

L'Institut assure la formation des cadres (Bac + 5) dans les filières suivantes :

- Agronomie (Spécialités : Agronomie et amélioration des plantes, Sciences du Sol, Zootechnie, Ecologie et Pastoralisme, Halieutique, Sciences Humaines, Biométrie, Nutrition Humaines)

- Industrie Agro-alimentaires
- Equipement rural (Spécialités ; Génie rural et Machinisme agricole)
- Topographie
- Horticulture (Spécialités : Horticulture, Phytiairie, Espace Verts).
- Médecine Vétérinaire : (Bac + 6)

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tous les étudiants inscrits durant l'année universitaire 2016/2017 au niveau de la faculté de médecine et de pharmacie, la faculté de droit et à l'institut agronomique et vétérinaire Hassan II à la ville de Rabat, toute options confondues, ont été inclus.

Nous avons opté pour les étudiants en droit français pour la faciliter de compréhension de notre questionnaire.

Les étudiants n'ayant pas répondu à toutes les questions ont été exclu de l'étude.

4. Echantillon de notre étude

Nous avons calculé la taille de l'échantillon nécessaire, en optant pour un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5% et nous avons obtenu les résultats suivant :

✚ POUR LA FMPR :

Tableau 1: taille d'échantillon calculée pour la FMPR

Niveau d'étude	1 ^{er} Année	2eme Année	3eme année	4eme année	5eme année	6eme année	7eme année	Internes en CHU
N° des étudiants inscrits (N)	534	566	579	643	525	528	468	80
Taille de l'échantillon calculée (n)	224	230	232	241	223	223	212	67

✚ POUR LA FSJES :

Tableau 2 : taille d'échantillon calculée pour la FSJES

Niveau d'étude	DEUG (1 et 2eme année)	Licence (3eme année)	Master (1 et 2eme année)
N° des étudiants inscrits (N)	672	84	--
Taille de l'échantillon calculée (n)	245	70	--

✚ POUR L'IAV Hassan II :

Tableau 3: taille d'échantillon calculée pour l'IAV

Niveau d'étude	APESA	2eme année	3eme année	4eme année	5eme année	6eme année (Vétérinaire)
N° des étudiants inscrits (N)	403	406	418	373	306	57
Taille de l'échantillon calculée (n)	197	198	201	190	171	50

5. Recueil de données

Nous avons opté pour 2 formes de recueil de données :

- Par enquêteur
- Par internet

Dès Mars 2017, le questionnaire en version papier a été distribué : (Par enquêteur) : nous nous sommes déplacé auprès des étudiants avant le cours magistral où un grand nombre d'étudiants est groupé dans l'amphithéâtre. Une fois le questionnaire rempli nous avons numérisé les données pour qu'elles soient analysées et traitées.

Une relance du questionnaire en version électronique (Par voie du web) a été publiée sur la page FACEBOOK de la faculté de médecine et de pharmacie de rabat gérée par le service informatique de cette dernière.

Et grâce à GOOGLE FORMS, on a pu mettre en ligne l'auto-questionnaire. Un grand nombre d'étudiants on réagit à cette forme de recueil de donnée. Chaque formulaire crée est automatiquement enregistré et hébergé sur Google Drive. Les données sont recueillies dans une feuille de calcul ce qui nous a permis de les analyser directement dans GOOGLE SHEETS.

Une fois le sondage est envoyé, les données sont obtenues sous forme de graphiques. GOOGLE FORMS a permis également d'observer les réponses aussi bien dans une vue globale qu'individuelle.

6. Analyse statistique

Les calculs statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 23.

L'âge a été exprimé en moyen écart type. Les autres variables (score>56, habitudes de consommation de substances psychoactives, année d'étude.....) ont été exprimé en effectif et pourcentage.

La comparaison de l'anxiété chez les étudiants entre les trois établissements et entre les différentes années a été réalisée à l'aide du test Khi-deux.

Une régression logistique (variable dépendante) simple et multiple ont été effectué pour étudier les facteurs associés (variable indépendante) à la présence d'une anxiété sévère (score>56).

$P < 0,05$ était considéré comme seuil de signification statistique.

Les variables indépendantes (habitudes, redoublement) ont été introduites du modèle uni varié vers le modèle multi varié du fait de leur pertinence.

III. RESULTATS

1. Etude descriptive

1.1 Nombre des étudiants

Pour la FMPR

Le nombre des répondants était de 1161 étudiants, ce qui représente 30% de la totalité des étudiants inscrits au cours de l'année universitaire 2016/2017 au niveau de la FMPR.

Tableau 4 : nombre de répondants au questionnaire dans la FMPR

	1 ^{er} année N=534	2 ^{eme} année N=566	3 ^{eme} année N=579	4 ^{eme} année N=643	5 ^{eme} année N=525	6 ^{eme} année N=528	7 ^{eme} année N=468	Instance de thèse	Internes N=80	Total
Nb de répondants	91	262	162	191	116	69	75	137	58	1161

Pour l'IAV H2

En terme d'effectif, les promotions les plus représentées sont la 4^{ème} et la 5^{ème} année, alors que la première année (APESA) ne représente que 2% des répondants.

Tableau 5 : nombre de répondants au questionnaire à l'IAV

	APESA N=403	2 ^{ème} année N=406	3 ^{ème} année N=418	4 ^{ème} année N=373	5 ^{ème} année N=306	Total
Nb de répondants	6	56	52	98	98	310

Pour la FSJES

Le nombre total des répondants était de 260 étudiants dont 70% étaient inscrits en première et deuxième année.

Tableau 6: nombre de répondants au questionnaire à la FSJES

	DEUG N=672	3^{eme} année Licence N=480	Master --	Total
Nb de répondants	184	68	8	260

1.2 Profil des étudiants

1.2.1 Âge

La moyenne d'âge dans notre échantillon était presque similaire au niveau des trois établissements.

Tableau 7 : répartition des étudiants selon l'âge

Variable	Etudiants en médecine N =1161	Etudiants en Droit N =260	Etudiants à l'IAV N=310
Age (année) :M±ET	22 ±2,7	21,4 ± 3,2	21,6 ±1,8

1.2.2 Sexe

- A la faculté de médecine et à la faculté de droit, la majorité des répondants étaient de sexe féminin avec une proportion respectivement de 67,8% et 61,5%.
- à l'IAV, il y avait une prédominance masculine (figure 1).

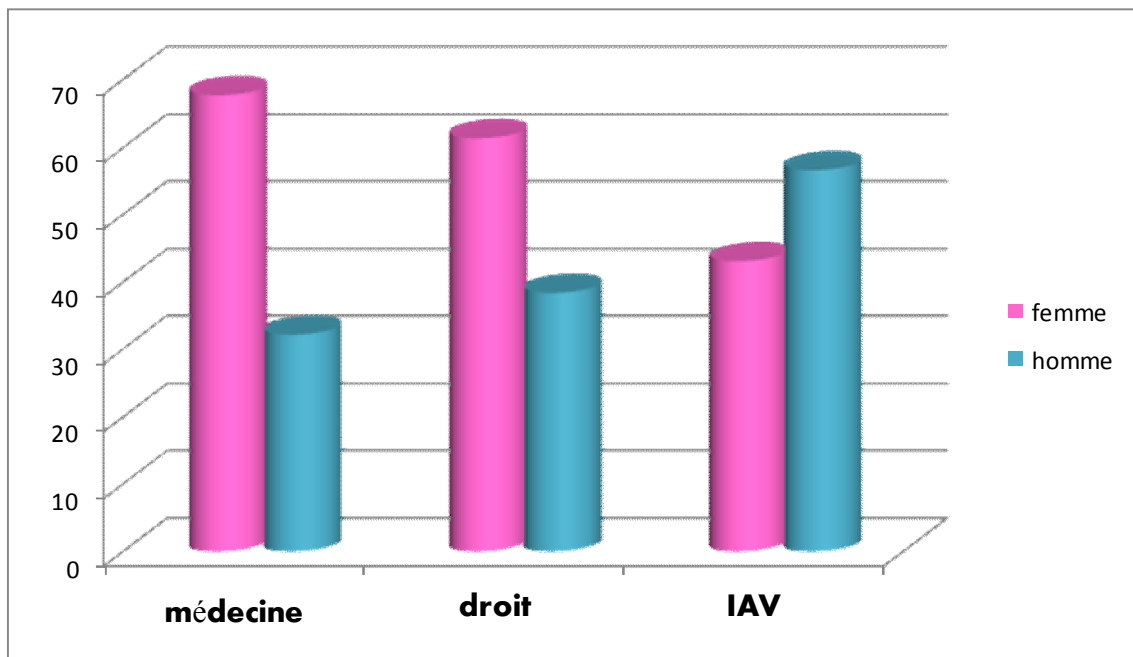


Figure 1 : répartition des étudiants selon leur sexe

1.2.2 Année d'étude

Tableau 8 : répartition des étudiants selon leur année d'étude

Variable	Etudiants en médecine N =1161	Etudiants en Droit N =260	Etudiants à l'IAV N=310
Années			
1 ^{er} année	91 (7,8%)	80 (30,8%)	6 (1,9 %)
2 ^{ème} année	262 (22,6 %)	104 (40%)	56 (18,1%)
3 ^{ème} année	162 (14%)	68 (26,2%)	52 (16,8%)
4 ^{ème} année	191 (16,5%)	4 (1,5%)	98 (31,6%)
5 ^{ème} année	116 (10%)	4 (1,5%)	98 (31,6%)
6 ^{ème} année *	69 (5,9%)		
7 ^{ème} année *	75 (6,5%)		
instance de thèse *	137 (11,8)		
interne en CHU *	58 (5%)		

*années d'études concernant les étudiants en médecine.

1.2.3 Redoublement

On remarque que la majorité des étudiants des trois établissements n'ont jamais redoublés.

Tableau 9 : Nombres d'années redoublées chez les étudiants des trois établissements

Nombre d'années redoublées	Etudiants en médecine N=1161	Etudiants en droit N=260	Etudiants à l'IAV N=310
Jamais	990 (85,3%)	174 (66,9%)	250 (80,6%)
Une année	120 (10,3%)	54 (20,8%)	42 (13,5%)
Deux années	40 (3,4%)	24 (9,2%)	14 (4,5%)
Trois années	11 (0,9%)	8 (3,1%)	4 (1,3%)

1.3 Antécédents des étudiants

1.3.1 Antécédents médicaux et chirurgicaux

On remarque que 16,9% des étudiants en médecine avaient des antécédents médicaux et chirurgicaux, 16,2% des étudiants en droit et 20% à l'IAV.

Tableau 10 : répartition des étudiants des trois établissements selon leurs antécédents médicaux et chirurgicaux

	Etudiants en médecine N=1161	Etudiants en droit N=260	Etudiants à l'IAV N=310
Antécédents médicaux Et Chirurgicaux	44 (16,9%)	44(16,2%)	234(20%)
• Chirurgicaux	10(26,3%)	16(44,4%)	39(17,4%)
• Médicaux *	22(57,9%)	20(55,6%)	136(60,7%)

*Diabète, allergie, asthme, gastrite, colopathie fonctionnelle, anémie, tuberculose, pathologie thyroïdienne.

1.3.2 Antécédents psychiatriques

Selon notre étude, les étudiants de la faculté de droit avaient des antécédents psychiatriques moindres ($p=0,006$) (tableau 8).

Les étudiants en médecine avaient des antécédents de troubles dépressifs plus que les autres étudiants. ($p=0,06$) (Tableau 8).

Tableau 11 : antécédents psychiatriques chez les étudiants

	Etudiants en médecine N=1161	Etudiants en droit N=260	Etudiants à l'IAV N=310	P
Antécédents psychiatriques	134 (11,5%)	34(13,1%)	18(5,8%)	0,006
Trouble anxieux	74 (6,4%)	18 (6,9%)	12 (3,9%)	0,20
Trouble dépressif	78 (6,7%)	14 (5,4%)	10 (3,2%)	0,06

1.4 Consommation de substances psychoactives

Les étudiants des trois établissements avaient une consommation élevée de café représentée par 45,8% à l'IAV, 43,8% en droit et 38,2% en médecine ; suivis par la consommation de thé avec un pourcentage de 21,9% à l'IAV, 30% en droit et en médecine (figure 2).

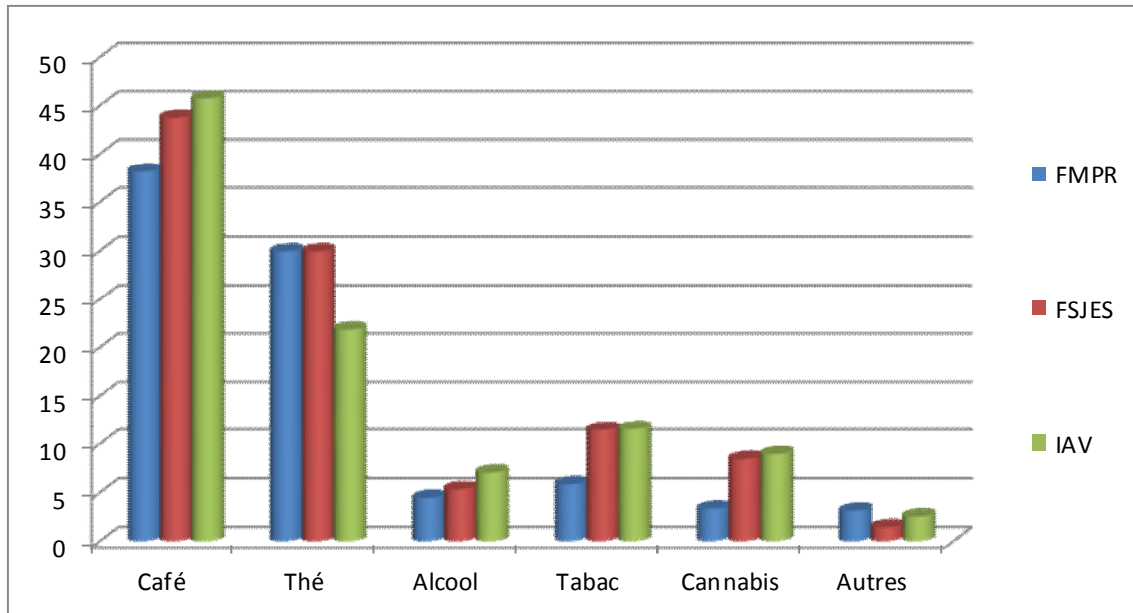


Figure 2 : consommation de substances psychoactives

1.5 Sensation d'angoisse chez les étudiants

La majorité des étudiants ont déclaré avoir eu une sensation d'angoisse avec 86,6 % en médecine, 90,8% en droit et 73,5 à l'IAV (tableau 9)

Tableau 12 : la sensation d'angoisse chez les étudiants des trois établissements

	Etudiants en médecine N=1161	Etudiants en droit N=260	Etudiants à l'IAV N=310	P
sensation d'angoisse	1005 (86,6%)	236 (90,8%)	228(73,5%)	<0,001

1.5.1 Sources de l'angoisse chez les étudiants

Parmi les étudiants ayant déjà eu une sensation d'angoisse, 71,2% en médecine déclarent avoir cette sensation à l'approche des examens, 58,5% à la faculté de médecine et 50% à l'IAV.

Une minorité, allant de 5,9% à 19,3%, parmi les étudiants des trois établissements ont rapporté d'autres périodes de sensation d'angoisse comme une période de garde successif, après les examens, la période de décalage entre les examens ou encore pendant le stage.

Tableau 13 : période de la sensation d'angoisse rapportée par les étudiants

	Etudiants en médecine N=1005	Etudiants en droit N=236	Etudiants à l'IAV N=228
➤ angoisse tout au long de l'année	215 (21, 4%)	84 (35, 6%)	70 (30, 7%)
➤ angoisse à l'approche des examens	716 (71, 2%)	138 (58, 5%)	114 (50%)
➤ Autres	74 (7,4%)	14(5, 9%)	44(19,3)

Tableau 14 : source de la sensation d'angoisse rapportée par les étudiants

	Etudiants en médecine N=1005	Etudiants en droit N=236	Etudiants à l'IAV N=228
➤ Période des examens	728 (72,4%)	154(65,3%)	122(63,5%)
➤ Inquiétude pour l'avenir	533 (53%)	114(48,3%)	86(37,7%)
➤ Gestion de l'emploi du temps	494 (49,4%)	68(28,8%)	78(34,2%)
➤ Problèmes financiers	131 (13%)	34(14,4)	22(9,6%)
➤ Autres	60 (6%)	4(1,7%)	28(12,3%)

1.5.2 Stratégies de gestion de la sensation d'angoisse par les étudiants

La plupart des étudiants des trois établissements, ayant eu une sensation d'angoisse, la géraient à travers l'activité physique, suivie par la relaxation (tableau 12).

Tableau 15 : Stratégies de gestion de la sensation d'angoisse par les étudiants

	Etudiants en médecine	Etudiants en droit	Etudiants à l'IAV
➤ Activité physique	305 (30,3%)	110 (46,6%)	112 (49,1%)
➤ Anxiolytiques et somnifères	157 (15,6%)	20 (8,5%)	18 (7,9%)
➤ Méthodes de respiration	149 (14,8%)	44 (18,6%)	22 (9,6%)
➤ Techniques de relaxation	285(28,4%)	78 (33,6%)	62 (27,2%)
➤ Techniques de méditation	144(14,3%)	46 (19,5%)	54 (23,7%)
➤ Autres	248(24,7%)	34 (14,4%)	47 (20,6%)

1.5.3 Les étudiants ayant consulté pour leur anxiété

A la faculté de médecine, un pourcentage élevé des étudiants ont consulté pour leur sensation d'angoisse, cependant seul 9% ont vu un psychiatre.

A la faculté de droit, 6,8% des étudiants ont consulté chez un psychiatre, alors que 9,3% ont consulté chez un psychologue.

A l'IAV, 1,8% des étudiants ont consulté chez un psychiatre, tandis que 7% chez un généraliste (tableau 13).

Tableau 16 : consultation chez les professionnels de santé par les étudiants

	Etudiants en médecine N=1005	Etudiants en droit N=236	Etudiants à l'IAV N=228
Consultation	213 (21, 1%)	38 (16,1%)	38 (16,7)
Psychiatre	90 (9%)	16(6,8%)	4(1,8%)
Cardiologue	82(8,2%)	4(1,7%)	10(4,4%)
Gastrologue	18(1,8%)	00	00
Généraliste	47(4,7%)	10(4,2%)	16(7%)
Psychologue	33(3,3%)	22(9,3%)	6(2,6%)
Pneumologue	16(1,6%)	00	00
Neurologue	6(0,6%)	00	00
Non précisé	9 (0,9%)	00	8 (3,5%)

1.6 L'évaluation de l'anxiété chez les étudiants

Le score d'anxiété obtenu à partir de l'inventaire de Spielberger nous a permis de connaître la prévalence des étudiants ayant une anxiété sévère à très sévère (score >56).

On remarque que 40% des étudiants en médecine ayant déclaré une sensation d'angoisse ont un score de spielberger supérieur à 56 (figure 4).

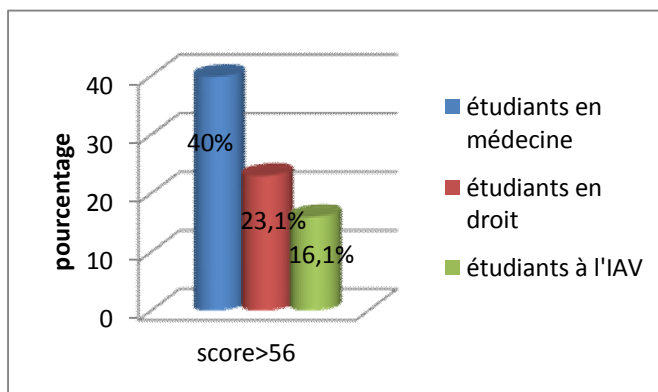


Figure 3: score d'angoisse chez les étudiants

➤ **Score de l'anxiété et année d'étude**

A la faculté de médecine, presque la moitié des étudiants avaient un score de Spielberger significativement supérieur à >56. Le pourcentage le plus élevé était observé chez les étudiants de 3ème année, il est significativement de l'ordre de 55%, alors que ceux de la 4ème année ont été moins touchés par l'anxiété avec un pourcentage de 33%.

A la faculté de droit, presque le quart de la population des étudiants ont un score de Spielberger significativement supérieur à 56.

Quant à l'IAV, le pourcentage le plus élevé en termes d'anxiété a été observé chez les étudiants de 1ère année, il est de l'ordre de 33%, alors que les étudiants de la 4ème année sont moins touchés par le risque de l'anxiété avec un pourcentage de 8,2% (tableau 14).

**Tableau 17 : comparaison de la fréquence de l'anxiété (score >56)
entre les étudiants de toutes les années dans trois établissements**

Score > 56					
Etudiants en Médecine N = 1161		Etudiants en Droit N= 260		Etudiants à l'IAV N= 310	
Année d'étude	Effectif (%)	Année d'étude	Effectif (%)	Année d'étude	Effectif (%)
1^{er} année (n =91)	41 (45 %)	1er année (n =80)	22 (27,5%)	1^{er} année (n =6)	2 (33%)
2^{ème} année (n =262)	88 (34,7%)	2ème année (n =104)	20 (19,2%)	2^{ème} année (n =56)	16 (28,6%)
3^{ème} année (n =162)	89 (55%)	3ème année (n =68)	16 (23,5 %)	3^{ème} année (n =52)	8 (15,4 %)
4^{ème} année (n =191)	63 (33%)	4ème année (n =4)	2 (50%)	4^{ème} année (n =98)	8 (8,2%)
5^{ème} année (n =116)	47 (40,5%)	5ème année (n =4)	00	5^{ème} année (n =98)	16 (16,3%)
6^{ème} année (n =69)	37 (53,6%)				
7^{ème} année (n =75)	26 (34,7%)				
Instance de thèse (n =137)	61 (44,5%)				
Internes en CHU (n =58)	18 (31%)				
	P-value =0,5		P-value =0,3		P-value =0,01

2. Etude analytique

2.1 Régression simple

2.1.1 Facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants en médecine

Parmi les variables étudiées, certaines sont liées de façon statistiquement significative à l'anxiété (tableau 15).

Tableau 18 : facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants en médecine en analyse uni variée

	OR	IC 95%	P
Sexe	0,46	0,35-0,61	0,001
Année			
1 ^{er} année	1,82	0,91 – 3,64	0,09
2 ^{ème} année	1,12	0,60 – 2,07	0,71
3 ^{ème} année	2,71	1,43 – 5,12	0,002
4 ^{ème} année	1,09	0,58 – 2,06	0,78
5 ^{ème} année	1,51	1,77 – 2,95	0,22
6 ^{ème} année	2,57	1,39 – 5,33	0,01
7 ^{ème} année	1,18	0,56 – 2,45	0,66
8 ^{ème} année	1,78	0,93 – 3,42	0,08
Internes au CHU	1		
Redoublement			
➤ 0 année	1		
➤ Une année	0,52	0,15-1,72	0,28
➤ Deux années	0,78	0,22-2,69	0,69
➤ Trois années	1,25	0,32-4,79	0,74
Consommation de substances psychoactives	1,24	0,98-1,58	0,66
Antécédents psychiatriques	2,89	1,99-4,20	0,001
Prise d'anxiolytiques	2,40	1,68 - 3,41	0,001

2.1.2 Facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants en droit

On remarque que les étudiants de sexe masculin en droit sont significativement (P-value=0,001) moins exposés au risque de l'anxiété que les étudiants de sexe féminin, avec une chance de 31%.

Les étudiants ayant des antécédents de troubles anxieux et dépressifs ont une chance de 267% significativement par rapport à ceux n'en ayant aucun.

De même, les étudiants qui prennent les anxiolytiques sont significativement plus anxieux que ceux qui ne les prennent pas avec une chance de 425%.

Tableau 19 : facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants en droit en analyse uni variée

	OR	IC 95%	P
Sexe	0,31	0,15-0,63	0,001
Année			
1 ^{er} année	0,61 .10 ⁻⁹	0	0,53
2 ^{ème} année	0,38. 10 ⁻⁹	0	0,99
3 ^{ème} année	0,49. 10 ⁻⁹	0	0,99
4 ^{ème} année	0,16 10 ⁻⁹	0	0,99
5 ^{ème} année	1		
Redoublement			
➤ 0 année	1		
➤ Une année	0,67	0,13-3,50	0,64
➤ Deux années	1,76	0,32-9,59	0,51
➤ Trois années	1	0,15-6,34	1
Consommation de substances psychoactives	1,43	0,76-2,66	0,25
Antécédents psychiatriques	3,67	1,73-7,78	0,001
Prise d'anxiolytiques	5,25	2,03 – 13,58	0,001

2.1.3 Facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants de l'IAV

Les étudiants de sexe masculin à l'IAV sont significativement (P-value=0,01) moins exposés au risque de l'anxiété que les étudiantes, avec une chance de 56% (tableau 17).

Tableau 20 : facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants à l'IAV en analyse uni variée

	OR	IC 95%	P
Sexe	0,44	0,24-0,82	0,01
Année			
1 ^{er} année	2,56	0,43 – 15,19	0,30
2 ^{ème} année	2,05	0,93 – 4,51	0,07
3 ^{ème} année	0,93	0,37 – 2,34	0,88
4 ^{ème} année	0,45	0,18 – 1,12	0,08
5 ^{ème} année	1		
Redoublement			
➤ 0 année	1		
➤ Une année	3,4 .10 ⁻⁸	0	0,99
➤ Deux années	1,7.10 ⁻⁸	0	0,99
➤ Trois années	2,6.10 ⁻⁸	0	0,99
consommation de substances psychoactives	1,66	0,85-3,23	0,13
Antécédents médicaux	1,66	0,76 – 3,62	0,20
Antécédents psychiatriques	2,81	1,00-7,90	0,04
Prise d'anxiolytiques	2,26	0,79 - 6,41	0,12

2.2 Analyse Multi-variée

Nous analysons à travers les tableaux 18,19 et 20, les facteurs qui peuvent expliquer la présence d'anxiété chez les étudiants en médecine.

2.2.1 Facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants en médecine

Tableau 21 : analyse des facteurs explicatifs de l'anxiété chez les étudiants en médecine

	OR	IC	P
Sexe	0,46	0,35-0,61	<0,001
Redoublement			
0 année	1		
Une année	1,33	0,88-1,99	0,16
Deux années	1,87	0,95-3,70	0,07
Trois années	1,85	0,51-6,64	0,34
1^{er} année	1,97	0,96-4,02	0,63
2^{ème} année	1,14	0,60-2,15	0,67
3^{ème} année	2,88	1,49-5,57	0,002
4^{ème} année	1,09	0,57-2,11	0,77
5^{ème} année	1,52	0,76-3,04	0,23
6^{ème} année	2,45	7,75-5,23	0,02
7^{ème} année	0,97	0,45-2,06	0,93
Internes au CHU	1,57	0,80-3,07	0,18
En instance de thèse	1		
Antécédents psychiatrique	2,46	1,66-3,64	<0,001

2.2.2 Facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants en droit

Tableau 22 : analyse des facteurs explicatifs de l'anxiété chez les étudiants en droit

	OR	IC	P
Sexe	0,32	0,15 – 0,68	0,003
Redoublement			
0 année	1		
Une année	2,56	1,22 – 5,34	0,12
Deux années	1,27	0,34 – 4,29	0,69
Trois années	2,53	0,42 – 15,2	0,30
Consommation de substances psychoactives	1,43	0,20 – 2,91	0,32
Antécédents psychiatrique	2,81	1,10 - 7,14	0,006

2.2.3 Facteurs associés à l'anxiété chez les étudiants de l'IAV

Tableau 23 : analyse des facteurs explicatifs de l'anxiété chez les étudiants de l'IAV

	OR	IC	P
Sexe	0,34	0,16-0,72	0,005
Redoublement			
jamais	1		
Une année	0,37	0,11-1,20	0,10
Deux années	0,58	0,10-3,1	0,53
Trois années	0	0	0,99
Consommation de substances psychoactives	3,05	1,34-6,94	0,008
Année			
1^{er} année	1,54	0,24-9,98	0,64
2^{ème} année	1,36	0,57-3,23	0,48
3^{ème} année	0,81	0,29-2,24	0,69
4^{ème} année	0,26	0,09-0,72	0,10
5^{ème} année	1		
Antécédents Psychiatrique	5,58	1,68-18,45	0,005

2.2.4 Comparaison entre les trois établissements en terme d'anxiété

En cette perspective, nous nous intéressons à mettre en exergue la relation entre le fait d'appartenir à un établissement et le risque de l'anxiété. Nous avons pris comme établissement de référence : la faculté de droit. On remarque que :

- ✓ Etre un étudiant en médecine augmente significativement la chance d'être anxieux de 126% par rapport à un étudiant à la faculté de droit.
- ✓ Etre un étudiant à l'IAV diminue significativement la chance d'être anxieux de 36% par rapport à un étudiant de la faculté de droit.

Tableau 24 : comparaison entre les trois établissements

	OR	IC	P
Etudiants en droit	1		
Etudiants à l'IAV	0,64	0,42 – 0,97	0,03
Etudiants en médecine	2,26	1,66 – 3,09	<0,001

IV. DISCUSSION

Dans notre étude, la majorité des étudiants déclarent avoir déjà eu une sensation d'angoisse avec 90% en droit, 86% en médecine, 73% à l'IAV. Nous avons pu déceler à travers notre questionnaire quelques sources d'anxiété et aussi les moyens que les étudiants utilisent pour y faire face.

L'augmentation du nombre de publications internationales dans les dernières années révèle combien la santé des étudiants est une question importante et d'actualité. Très peu d'études ont été menées au Maroc concernant la santé mentale des étudiants, encore moins l'anxiété.

La santé mentale des étudiants en médecine était au centre d'intérêt de plusieurs chercheurs depuis les années cinquante du vingtième siècle, et les troubles anxieux et dépressifs sont les plus étudiés. Selon la revue de la littérature de Dyrbye et Al (2006) [56] des études menées aux États-Unis et au Canada suggèrent une prévalence élevée des troubles anxieux parmi les étudiants en médecine, ainsi que des niveaux de détresse psychique plus élevés que dans la population générale du même âge.

Les étudiants sont confrontés à un monde en pleine mutation, une sélection croissante et des difficultés socio-économiques. Ils se déclarent fréquemment « stressés ». La notion de stress correspond à une pression, une contrainte, un surmenage, une agression. Le stress au cours des études universitaires est vécu comme le principal responsable de la dégradation de la qualité de vie, de conduites à risque vis-à-vis de la santé et/ou de résultats médiocres aux examens [57,19].

Une étude a été menée à l'université de Montpellier auprès de 582 étudiants de troisième année de médecine, d'odontologie, de STAPS et de psychologie qui ont rempli un questionnaire anonyme entre le 20 novembre et le 16 décembre 2009. Le niveau de stress perçu était mesuré par le score à l'auto-questionnaire Perceived Stress Scale à 14 items (PSS 14) de Cohen dans une version française [20,58]. La disposition à l'anxiété (ou anxiété trait) était mesurée par le score à l'auto-questionnaire STAI-Y, version Trait de Spielberger, dans une version française validée [59,60]. Les scores les plus élevés correspondent à des niveaux plus élevés de stress perçu ou d'anxiété trait.

Les filles semblent 3 fois plus sensibles au stress que les garçons (enquête nationale, EPSE). Les étudiants se formant à des professions de santé présenteraient des niveaux de stress perçu plus élevés que les étudiants d'autres disciplines, Car ils côtoient au quotidien des sources de stress telles que la maladie et la mort.

Pourtant, dans une étude menée à l'université d'Arizona, les étudiants en droit étaient ceux qui présentaient le plus haut niveau de stress [61]. L'influence du cursus universitaire reste encore méconnue.

Les étudiants interrogés présentaient un trait de personnalité anxieuse comparable à la population française adulte [59], qui toutefois était plus faible chez les étudiants en STAPS. 12% des participants avaient un niveau de stress élevé avec un score PSS 14 d'au moins 352. Les étudiantes présentaient des scores aux échelles de stress perçu et d'anxiété-trait plus élevés que les étudiants. Ces scores étaient plus faibles chez les étudiants en STAPS par rapport aux trois autres filières. Les étudiants de psychologie avaient des scores d'anxiété-trait plus élevés que les étudiants de médecine. On notait des scores de

stress perçu plus faibles chez les étudiants ayant un score d'anxiété trait plus faible. Les hommes, en STAPS, les étudiants pratiquant une activité physique plus de 3 heures par semaine, et chez ceux n'ayant pas d'emploi rémunéré ou d'activité collective (groupe ou association), n'ayant pris ni anxiolytique, antidépresseur, somnifère pendant les deux derniers mois, ou n'ayant pas consulté de psychologue ou psychiatre depuis l'entrée à l'université (Tableau 2).

Tableau 25 : Comparaison des scores moyens STAI-Y-Trait et PSS 14 entre les étudiants inscrits à Montpellier en troisième année en 2009-2010 en médecine, odontologie, psychologie ou STAPS [62]

	Médecine		Odontologie		Psychologie		STAPS		p
	N		N		N		N		
Score STAI-Y	135	44	57	45.9	198	46.9	165	41	<.001
Score PSS 14	142	25.3	58	26.2	197	27	167	22.1	<.001

Cependant, indépendamment de ces facteurs ainsi que de sources de stress non directement liées aux études (famille, interactions avec les pairs, relations amoureuses, sentiment de solitude, problèmes financiers ou de santé personnels, addiction, inquiétude pour l'avenir) et des stratégies de gestion du stress, la filière était associée au niveau de stress perçu.

La filière de médecine était associée à un risque significativement accru d'avoir un score de stress perçu dans le quartile supérieur (score PSS 14 >31) par rapport aux étudiants de STAPS ou par rapport aux étudiants en psychologie. De plus, être dans une filière santé (médecine ou odontologie) était associé à un risque environ deux fois plus élevé d'avoir un score PSS 14 supérieur à 31 (OR: 2,5, IC95%: 1,3; 4.8, p=0.005) par rapport aux deux autres filières réunies, ainsi qu'être en médecine par rapport aux trois autres filières réunies (OR:2,18, IC95%: 1,16; 4.01, p=0.005).(Tableau 23).

Tableau 26 : Facteurs indépendants associés au score de l'échelle Perceived Stress Scale (≥ 31 versus < 31) chez des étudiants inscrits à Montpellier en troisième année en 2009-2010 en médecine, odontologie, psychologie ou STAPS. [20, 51]

		Total (n=513)		Femmes (n=317)		Hommes (n=201)	
		OR** [IC 95%]	P	OR** [IC 95%]	p	OR** [IC 95%]	p
Trait d'anxiété*	Léger	1		1		1	
	Modéré	5.0 [1.7 - 15.1]	<0.0001	4.9 [1.4 - 17.8]	<0.0001	7 [0.82 - 59]	<0.0001
	Sévère	26.8 [8.9 - 81.3]		25.8 [7.4 - 90.1]		52.3 [6.2 - 439]	
Filière	STAPS	1		NS		NS	
	Médecine	4.7 [1.9 - 11.2]					
	Odontologie	2.8 [0.94 - 8.2]					
	Psychologie	2.1 [0.94 - 4.7]	0.007				
Genre	Hommes	1		NA		NA	
	Femmes	2.1 [1.1 - 4.2]	0.032				
Implication collective	Oui	1		NS		NS	
	Non	0.47 [0.26 - 0.87]	0.016				
Source de stress famille :	Légère	1		1		NS	
	Intense	1.98 [1.2 - 3.4]	0.012	2.16 [1.2 - 3.9]	0.01		
Source de stress difficultés financières :	Légère	1		1		NS	
	Intense	2.0 [1.2 - 3.5]	0.011	2.0 [1.1 - 3.6]	0.02		
Source de stress inquiétude pour l'avenir	Légère	1		NS		1	
	Intense	3.4 [1.6 - 7.2]	0.001			6.2 [1.6 - 24]	0.009
Prise en charge psychologique	Oui			NS		1	
	Non					0.29 [0.09 - 0.96]	0.04
Stratégie de gestion du stress centrée sur le problème		0.67 [0.54 - 0.85]	0.0007	0.7 [0.55 - 0.89]	0.003	NS	
Stratégie de gestion du stress basée sur l'évitement		1.6 [1.1 - 2.2]	0.007	1.8 [1.1 - 2.8]	0.003		

NA: non applicable; NS: non significatif ($p > 0.05$). *Un trait d'anxiété a été classé selon la valeur T calculée à partir du score STAI-Y et d'une standardisation sur le genre: élevé (> 55), moyen (46 à 55) et faible (< 46) (11) ** Les odds ratios (OR) proviennent d'une régression logistique multiple et ont été ajustés sur les facteurs significatifs ($p < 0.05$) reportés dans le tableau.

Une source de stress perçu était considérée comme intense si elle était cotée entre 3 et 5 sur une échelle allant de 0 (situation non stressante) à 5 (extrêmement stressante). Une prise en charge psychologique incluait une utilisation d'anxiolytique, antidépresseur ou somnifère pendant les deux derniers mois ou une consultation chez un psychologue ou un psychiatre depuis le début de l'entrée à l'université. Les stratégies de gestion du stress étaient définies à partir des échelles du Brief Cope [63,64].

Chez les femmes, avoir un trait de personnalité anxieuse sévère ou modéré, avoir des relations familiales difficiles et des problèmes financiers personnels étaient indépendamment associés à un risque accru de stress perçu. Chez les hommes, avoir un trait de personnalité anxieuse sévère, une inquiétude pour l'avenir, ou avoir pris un anxiolytique, antidépresseur, somnifère pendant les deux derniers mois, ou avoir consulté un psychologue ou psychiatre depuis l'entrée à l'université étaient les seuls facteurs de risque indépendants de stress perçu.

Dans notre étude nous avons remarqué une prédominance féminine en médecine, avec 67,8%, et une prédominance masculine en ingénierie avec 56,8%.

Ceci rejoint la publication du Haut-commissariat au plan (HCP) à travers un article « Femmes et hommes en chiffre » à l'occasion de la journée internationale de la femme en 2016. Cette étude montre que les femmes sont prédominantes dans la section médecine et pharmacie avec 64,5%, alors que la prédominance masculine est claire dans le secteur d'ingénierie avec 63,5% de sexe masculin.

En médecine, la majorité des répondants sont des étudiants de la première à la cinquième année, du fait de leur présence à la faculté pour assister au cours magistraux, travaux pratiques et travaux dirigés. Alors que les autres étudiants sont habituellement au centre hospitalier universitaire.

Nous n'avons pas eu assez de réponses des premières années de l'IAV(APESA) car, pendant la période de notre enquête, les étudiants préparaient le concours général final qui permettra leur passage à l'IAV.

Concernant les étudiants de droit, les étudiants de Master n'étaient pas en masse, parce qu'ils sont répartis en micro groupes, difficile à regrouper ni au niveau de la faculté ni via les réseaux sociaux.

Il existe des études globales régulièrement consacrées à la santé des étudiants, menées notamment en France par les organismes de mutuelles étudiantes ou de l'observatoire de la vie étudiante. Cependant, la santé psychologique des étudiants est sondée avec moins de fréquence, alors que les résultats sont assez inquiétants.

Treize étudiants du cursus préclinique ont été interrogés à l'université Laval lors des entretiens focalisés afin d'explorer les besoins, les attitudes et les perceptions des étudiants quant au phénomène du stress et de l'anxiété.

L'anticipation par rapport aux années d'externat et de résidanat était la principale source de stress chez les étudiants du cursus préclinique. L'idée de mettre en pratique les acquis théoriques du cursus préclinique lors de l'externat et de la résidanat engendre du stress. Plusieurs soulignent être inquiets à l'idée d'oublier certains éléments théoriques car la quantité de matière à mémoriser est considérable [65].

Tableau 27 : sources de stress chez les étudiants en médecine du cycle pré clinique [66]

Sources de stress		Facteurs diminuant le stress
<ul style="list-style-type: none"> • Anticipation de l'externat et de la résidence • Comparaison et performance • Commentaires de certains professeurs • Manque d'information sur les pré-requis associés aux diverses spécialités • Gestion des horaires associés à la profession • Image associée à la profession • Remise en question liée aux éléments stressants de la profession • Première session et session d'été 		<ul style="list-style-type: none"> • Planification du temps • Communication avec les proches • Faire du sport • Avoir fait une 1^{re} année dans un autre programme • Être capable d'équilibrer loisir étude
Interventions les plus appréciées	Modalités d'intervention	Programme obligatoire <i>versus</i> optionnel
<ul style="list-style-type: none"> • Techniques de gestion des pensées et techniques de relaxation 	<ul style="list-style-type: none"> • Certains apprécieraient que le programme soit disponible sur Internet. D'autres que les interventions soient réalisées par des gens du milieu médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme obligatoire : prévient le stress et rejoint les gens qui ne vont pas chercher de l'aide • Programme optionnel : une minorité d'étudiants sont stressés

Dans le même ordre d'idées, plusieurs croient ne pas être suffisamment informés des prérequis nécessaires pour accéder à l'externat et aux programmes de résidence désirés. Plusieurs s'interrogent relativement aux notes et à l'expérience clinique requise pour atteindre leurs objectifs professionnels

Les commentaires de certains professeurs entraînent également du stress chez les étudiants. Ces commentaires portent, entre autres, sur les difficultés associées à la profession de médecin.

En effet, selon un sondage auquel ont répondu 32 % des externes, la fédération médicale étudiante du Québec a conclu que les objectifs peu précis et le manque d'information sur les stages sont des sources de stress importantes. Selon ce sondage, la pression de performance, le choix de carrière et le sentiment de culpabilité par rapport aux études font [65] parties des cinq plus grandes sources de stress non académiques [67] ; Ces sources de stress ont été mentionnées lors des entretiens focalisés.

Une étude sur le stress des étudiants de troisième année de licence en médecine, odontologie, psychologie et STAPS a été menée à l'université de Montpellier en 2009. Elle a montré que globalement, les sources de stress perçues comme intenses les plus fréquentes étaient les examens (70%), l'inquiétude pour l'avenir (58%), le contrôle continu (51%), et le travail personnel (52%). La gestion de l'emploi du temps était aussi perçue comme une source de stress intense, en particulier pour les étudiants salariés ou ayant une activité collective. Pour les étudiants en médecine et en odontologie, les principales sources de stress perçue intense étaient liées aux études ; c'étaient les examens et le travail personnel pour les premiers, les examens et le contrôle continu pour les seconds. En psychologie, c'étaient les relations amoureuses, les examens, le contrôle continu, le travail personnel, les problèmes financiers, et une inquiétude pour l'avenir. En STAPS, c'étaient les examens et l'inquiétude pour l'avenir.

Des études antérieures ont effectivement montré que les principales sources de stress chez les étudiants en médecine étaient liées au programme d'études médicales en lui-même [56], les trois principales sources de stress perçues comme très stressantes par les étudiants étaient les examens, la grande quantité de matière à apprendre, et le manque de temps pour réviser ce qui a été appris. Selon Shah et al. (2010) les sources de stress les plus courantes sont liés à des inquiétudes académiques et psychosociales comprenant les attentes élevées des parents, la fréquence des examens, l'immensité du programme d'étude, des difficultés de sommeil, des inquiétudes à propos du futur, la solitude, et le fait de devenir médecin. Cependant, la source de stress la plus fréquente et sévère était la performance dans les examens périodiques.

Notre étude rejoint généralement les résultats décrits dans les études précédentes. En médecine : parmi les étudiants ayant déjà eu une sensation d'angoisse la majorité déclarent avoir cette sensation à l'approche des examens (71,2%) ; comparativement aux étudiants de l'IAV que seuls la moitié des étudiants déclarent avoir eu cette sensation à l'approche des examens.

Les stratégies actives de gestion de l'anxiété visent à résoudre le problème ou la source de cette anxiété et sont reconnues comme efficaces à moyen et long termes.

Dans son enquête nationale sur les conditions de travail des étudiants en médecine, l'association nationale des étudiants en médecine en France ANEMF rapporte que la moitié des étudiants durant leur externat ne sont pas capables de lutter contre leur stress ou leur anxiété au cours de leurs études. L'ANEMF constate également que les moyens de lutte contre ce stress sont peu développés voire inexistantes et que les étudiants se retrouvent souvent démunis et seuls face à cela, d'autant que leur cercle d'amis a tendance à se restreindre du fait de leurs études.

Dans notre étude la plupart des étudiants des trois établissements gèrent leur angoisse à travers l'activité physique, suivie par la relaxation.

Un soutien social était le plus recherché pour faire face aux situations stressantes par les étudiants en psychologie, et le moins par les étudiants en odontologie et en STAPS. Un recours aux substances, alcool ou autres, pour gérer le stress était plus fréquent chez les étudiants en odontologie. L'usage de substances ou de traitement antidépresseur, anxiolytique ou somnifère était associé au recours à des stratégies d'évitement.

La prise d'anxiolytiques et somnifères est évoquée dans notre étude en troisième lieu. Dans son enquête nationale sur la santé des jeunes médecins, le Conseil de l'Ordre des Médecins en France relève que 11% des participants déclarent avoir eu recours souvent ou parfois à des anxiolytiques. Les participants à l'enquête qui ont déclaré « avoir des idées suicidaires » et une santé « mauvaise ou moyenne » sont 30% à consommer « souvent ou parfois » des anxiolytiques dont 26% sont des 2ème cycles.

Dans notre enquête, les étudiants en médecine consultent plus pour leur sensation d'angoisse avec un pourcentage de 21%, tandis que les étudiants de droit et de l'IAV consultent moins. Ceci peut être expliqué par l'accès facile aux soins pour les étudiants en médecine du fait de leur présence quotidienne à l'hôpital auprès des spécialistes (pour les étudiants en cycle clinique et intermédiaire) voir même au sein d'un service de psychiatrie en cinquième année. Alors que généralement l'accès aux soins pour les autres étudiants était pour longtemps difficile voire impossible pour certains étudiants surtout indigents jusqu'à 2015. Les étudiants couverts par l'AMO-E (Assurance Maladies Obligatoire) ont commencé à bénéficier depuis Janvier 2015 du panier de soins garantis par le régime de base, remboursés entre 70 et 100% : consultations médicales, hospitalisations, interventions chirurgicales, analyses biologiques, radiologie, médicaments, soins dentaires, orthoptie, la rééducation fonctionnelle, la kinésithérapie et les services paramédicaux.

Par ailleurs, parmi les étudiants qui ont une sensation d'angoisse, seul 9% des étudiants en médecine ont vu un psychiatre alors que la plupart ont consulté chez des médecins d'autres spécialités (cardiologue, pneumologue ...). Peu d'étudiants (6%) en droit ont consulté chez un psychiatre, alors que la majorité ont vu un psychologue.

A l'IAV 7% des étudiants ont vu un généraliste alors que seuls 1,8% des étudiants ont consulté chez un psychiatre vu qu'un médecin généraliste est recruté à l'institut agronomique et vétérinaire Hassan II.

DISCUSSION DES RESULTATS

1. Comparaison de l'anxiété au niveau des trois établissements selon les différentes variables

1.1 Sexe

Dans la population générale les femmes ont un risque plus élevé de développer des troubles anxieux que les hommes [68,69].

Nous avons objectivé une différence significative de la prévalence de l'anxiété en fonction du genre, avec presque trois quart des étudiants qui présentaient un état anxieux sont de sexe féminin.

Des résultats similaires ont été reportés par plusieurs auteurs notamment Lloyd et al en 1990 [70] qui ont objectivé que les étudiantes déclaraient plus de symptômes d'anxiété que leurs collègues masculins ($p= 0,05$).Ainsi que Farhad Ghorban et Al [71] en 2011 en IRAN et Cassady et Al [72] en 2001 en Inde, ($P=<0,04$).

Pour bien asseoir cette corrélation, des études longitudinales [73, 74] ont été menées notamment par Richman et Flaherty [74] qui ont trouvé que les scores d'anxiété de base étaient similaires chez les deux genres ; mais, les étudiantes ont développé plus de TA (troubles anxieux) tout au long de la première année que leurs homologues masculins ($P=0,001$). Toutes ces études sont d'accord sur la prédominance des TA chez les étudiantes.

Il y a de solides preuves qu'il existe des différences entre les deux sexes concernant l'anatomie cérébrale, la neurochimie et les patrons d'activation et de réponse aux stimulations ambiants, ainsi que des différences par rapport à la physiologie et à la physiopathologie d'autres systèmes corporels, des différences qui peuvent avoir une influence dans l'origine des troubles psychiatriques.

En effet, les femmes en âge de procréation sont plus vulnérables au développement des troubles d'anxiété, par rapport aux hommes, à peu près de 2 à 3 fois de plus. En fait, 17,5% des femmes, face à 9,5% des hommes avaient souffert un quelconque trouble d'anxiété tout au long de sa vie, tandis que 8,7% des femmes, face à 3,8% des hommes avaient souffert d'un trouble d'anxiété lors de la dernière année.

Un ensemble de facteurs qui puissent expliquer la prédominance féminine dans les troubles d'anxiété a été identifié, ainsi que les différences entre les deux sexes dans d'autres troubles psychiatriques. Un groupe de ces facteurs seraient les psychosociales et les socioculturels, qui comprennent des différences en ce qui concerne le type d'affrontement de la personne, le rôle sexuel, la pauvreté, le niveau éducatif, l'état civil, le niveau de revenus, le soutien social, l'isolement social, les adversités lors de l'enfance, les changements sociaux, les normes culturelles et la vulnérabilité à l'exposition et la réaction face à des événements vitaux stressants.

D'autre part, les chercheurs du Karolinska Institut ont montré, en utilisant une technologie d'imagerie cérébrale, que les femmes ont un plus grand nombre des récepteurs les plus courants de la sérotonine que les hommes. Ils ont aussi montré que le système de la sérotonine diffère chez les femmes qui ont de sérieux symptômes mentaux prémenstruels et celles qui n'en ont pas. Ces résultats suggèrent que ce système ne répond pas aussi flexiblement aux changements hormonaux du cycle menstruel que chez les femmes sans symptômes. [75]

1.2 Le niveau d'étude

En médecine, Le système des études médicales au Maroc dure sept ans après un accès régulé à la faculté. Cela commence par deux premières années pendant lesquelles l'étudiant reçoit des sciences fondamentales ou précliniques, suivies de trois années où il commence les stages hospitaliers pendant les matinées et les enseignements théoriques l'après-midi, suivi de la dernière étape où il n'y a que des stages hospitaliers au niveau des centres hospitaliers universitaires à la sixième année et au niveau des hôpitaux périphériques pendant la septième année durant laquelle ,ils passent les examens cliniques de fin d'étude et commence à préparer la thèse pour l'obtention du diplôme de doctorat en médecine. En général les études médicales sont marquées par un programme et un volume horaire très important.

Nous avons objectivé une variation statistiquement significative de la prévalence de l'anxiété en fonction du niveau d'étude avec une prévalence de 45% à la phase initiale puis qui s'élève à 55% en troisième année ou phase intermédiaire avant de descendre à 34% en septième année.

Z Mehanna et Al [76] rapportent aussi une relation statistiquement significative entre le niveau d'étude et la prévalence des trouble anxieux (TA), en trouvant qu'au premier cycle 69,1% des étudiants avaient un trouble anxieux caractérisé, chiffre qui s'accroît à la phase intermédiaire pour atteindre 76,45%, puis diminue au dernier cycle pour atteindre 42,5% .

Jadoon NA et Al [77] ont rapporté, en 2010 dans un échantillon de 815 étudiants en médecine pakistanais, une variation de la prévalence de TA qui est de l'ordre de 49,22% au premier cycle, et qui diminue à 38% à la phase intermédiaire et remonte à 45,1% à la phase finale.

BASSOLS, Ana M. et al [78] rapportaient aussi que la prévalence et la gravité de l'anxiété manifestée par les étudiants de première année était trois fois supérieure à celle des répondants de la sixième année de la faculté de médecine de Porto Alegre, RS, Brésil.

En comparant notre résultat et ceux des autres études [79, 80, 81], nous constatons que nous sommes d'accord sur le fait que la prévalence de l'anxiété varie en fonction du niveau d'étude, mais la variation d'un cycle à l'autre diffère d'une étude à l'autre.

Tout au début des études médicales nous objectivons une prévalence élevée ce qui est conforme aux résultats des autres chercheurs [82, 83,84]

Il n'y a pas de corrélation significative concernant les années d'études en droit.

Les étudiants de première année de l'IAV (Année Préparatoire aux Etudes supérieures en Agriculture : APESA). Sont significativement les plus touchés par un niveau élevé d'anxiété (score>56). Cette année constitue le cycle préparatoire qui est un tronc commun pour la formation de l'ingénieur et du docteur vétérinaire et à la fin duquel les étudiants sont amenés à passer un concours général afin d'accéder au cycle d'ingénieur. Ce concours va leur permettre de choisir, en fonction de leur classement, leur filière .Pour les étudiants qui ne réussissent pas, ils sont exclus directement de l'institut.

Il est d'importance capitale d'exploiter ces résultats pour instaurer un soutien psychologique adéquat au bon moment aux groupes à risque.

1.3 Le redoublement

Dans notre étude, il n'y a pas de corrélation entre le redoublement et l'anxiété dans deux établissements : la faculté de droit et l'institut agronomique et vétérinaire Hassan2 de Rabat. Tandis qu'en médecine, les étudiants ayant redoublés 3 années ou plus ont un risque de 25%, par rapport aux étudiants qui n'ont jamais redoublés, de développer une anxiété.

1.4 Consommation de substances psychoactives chez les étudiants

Notre étude montre que le fait d'avoir des habitudes de consommation de café, thé, tabac, alcool ou encore le cannabis augmente le risque de l'anxiété de 24% en médecine, 43% en droit, 66% à l'IAV.

Shawaz Iqbal et Al [85] de l'Inde ont fait le constat que le tabagisme est un facteur directement proportionnel avec une prévalence faible des troubles anxieux caractérisés. Ils ont trouvé aussi que la consommation de l'alcool n'a pas de corrélation statistiquement significative avec la prévalence des TA (troubles anxieux).

Newbury-Birch et Al [86] lors d'une étude longitudinale faite à Newcastle en Angleterre entre 1995 et 1998, portant sur la consommation d'alcool, des drogues et leurs conséquences sur la santé mentale des étudiants suivis, ont montré qu'il y avait une association statistiquement significative négative entre la prévalence des TA et la consommation d'alcool ($P = 0,001$). Ils ont trouvé aussi qu'il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre la consommation du cannabis et la prévalence des TA.

Jorien et Al [87] des Pays-Bas ont fait une étude longitudinale sur les étudiants de l'université d'Amsterdam. Ils ont conclu que la consommation d'alcool même si elle conduit à une augmentation de plusieurs risques pour la santé, il apparaît qu'elle réduit le risque de développer des problèmes de santé mentale pendant les premières années des études médicales, chose que Geisner et Al [88] ont confirmé chez un échantillon de 867 étudiants des États-Unis d'Amérique.

1.5 Les antécédents médicaux et chirurgicaux des étudiants

Nous avons objectivé, dans notre échantillon, une relation statistiquement significative entre les antécédents personnels psychiatriques et la prévalence de l'anxiété chez les étudiants des trois établissements.

Des résultats similaires ont été rapportés par plusieurs auteurs notamment Khan MS et Al [89] chez les étudiants de l'université médicale de Karachi au Pakistan ($P=16,3$) et Shawaz et Al [85] en 2015 dans un échantillon de 353 étudiants en médecine de l'Inde.

Par contre Z Mehanna [90] de Bierut au Liban, évoque que les antécédents psychiatriques sont des forts prédicteurs de la prévalence des troubles anxieux chez les médecins en formation.

✚ Les étudiants en médecine sont plus touchés par l'anxiété

L'étude de khashdan TB et al en 2008 a montré que la sensibilité à l'anxiété augmente le risque d'apparition des troubles anxieux. [91]

En effet, dans notre enquête, 40% des étudiants en médecine avaient un score d'anxiété supérieur à 56, cela veut dire que cette tranche d'étudiants est susceptible de développer un trouble anxieux.

Notre étude montre que le fait d'être un étudiant en médecine augmente significativement le risque d'anxiété de 126% par rapport aux étudiants de droit. Tandis qu'être étudiant à l'IAV diminue significativement ce risque.

On peut conclure donc que les étudiants en médecine sont les plus touchés par l'anxiété ; ceci rejoint de nombreux auteurs qui ont évalué l'incidence de l'anxiété au sein de la population des étudiants en médecine.

Dans une étude transversale descriptive de 2012 menée auprès des internes en médecine de l'Université de Brest, Kerrien et coll. [92] se sont intéressés à la prévalence de l'anxiété. Ils ont utilisé le questionnaire d'évaluation de l'anxiété de Spielberger. 28,7% des internes interrogés présentent un trouble anxieux dans cette étude. Les facteurs associés à cette anxiété sont un antécédent d'agression physique ou verbale par un patient ($r = 0,17$, $p = 0,03$), un ressenti de compétition entre internes ($r = 0,17$, $p = 0,03$). En revanche, le conseil sur leur avenir professionnel ou les formations à effectuer par leurs seniors est un facteur protecteur contre l'anxiété ($r = 0,17$, $p = 0,03$).

De nombreux auteurs ont évalué l'incidence de ce symptôme au sein de la population des étudiants en médecine (Tableau25). Les études citées dans le Tableau 25 ont toutes été réalisées grâce à des évaluations par des échelles d'anxiété validées. Trois études n'ont pas indiqué les scores utilisés comme seuils d'anxiété [93, 94,95]. Les prévalences retrouvées allaient de 13,7% à 69%. Les résultats des études ne sont pas toujours directement comparables. En effet, les auteurs ne différencient pas clairement l'évaluation du symptôme anxiété, du trait anxiété ou d'un trouble anxieux constitué. L'étude de Mehanna (2006) [90] a comparé la prévalence de l'anxiété entre un groupe de 359 étudiants en médecine et un groupe de 148 étudiants en pharmacie (toutes années

confondues). Elle ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes. Les auteurs ont ensuite comparé les étudiants des deux groupes par année d'étude et démontrent que s'il n'existe pas de différence de niveau d'anxiété entre les étudiants de première année de médecine et de pharmacie, les étudiants de dernière année en pharmacie atteignent plus souvent des niveaux d'anxiété importants que leurs homologues en médecine (90% des étudiants en pharmacie ont un score de Hamilton supérieur ou égal à 6 versus 63,16% des étudiants en médecine, $p=0,04$).

Tableau 28 : prévalence de l'anxiété chez les étudiants en médecine dans le monde

Auteurs	Population	Prévalence anxiété	Echelle d' évaluation
Bunevicius <i>et al.</i> , 2008	338 étudiants, Lituanie	43%	HADS-A > 7
Strivastava <i>et al.</i> , 2007	105 étudiants première année	13,7%	IPAT anxiety scale
Alvi <i>et al.</i> , 2010	279 internes et étudiants, Pakistan	47,7%	BAI > 8
Gaspersz <i>et al.</i> , 2012	1180 internes et étudiants, Allemagne	43%	BSI-ANX > 0,41
Karaoglu et Seker., 2010	350 étudiants, Turquie	20,3%	HADS > 7
Rab <i>et al.</i> , 2008	87 étudiantes, Pakistan	43,7%	HADS
Samaranayake <i>et al.</i> , 2011	255 étudiants, Nouvelle-Zélande	13,7%	GAD > 8
Mancevska <i>et al.</i> , 2008	354 étudiants, Roumanie	F: 62,5%; H: 55%	TMAS > 15
Popescu <i>et al.</i> , 2014	267 étudiants 1ère année, Roumanie	Trait: 35%; Etat: 44%	STAI
Mehanna <i>et al.</i> , 2006	359 étudiants et internes, Lituanie	69%	Hamilton > 5
Shi <i>et al.</i> , 2015	2925 étudiants 1ère année, Chine	47,3%	SAS > 49
Notre étude	1161 étudiants de la première à la dernière année	40%	STAI

HADS- A: Hospital Anxiety and Depression rating Scale- Anxiety; IPAT anxiety scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BSI-ANX: Brief Symptom Inventory ANXIETY; GAD: Generalized Anxiety Disorder; TMAS: Taylor Manifest Anxiety Scale; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; SAS: Zung Self-Rating Anxiety Scale

Dans notre étude nous avons objectivé une prévalence de 40% chez les étudiants en médecine. La même prévalence a été rapportée par Webb et Al [96] dans un échantillon de 3075 étudiants de dix universités anglaises.

Un résultat proche de celui de notre étude a été rapporté aussi par Farhad Ghorban et Al [71] qui ont mené une étude sur un échantillon de 150 étudiants de l'université médicale d'Iran et ils ont objectivé une prévalence de 55,5% de troubles anxieux.

Tableau 29 : tableau récapitulatif de la prévalence des troubles anxieux chez les étudiants en médecine de différents pays

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Résultats
Notre étude	-----	2017	1161	40%
Maroc	Ouchtain et Al [97]	2014	350	54%
Royaume unis	Webb et Al [96]	1996	3075	54%
Iran	Farhad Ghorban [71]	2011	150	55,5%
Liban	Mehanna et Al [90]	2006	448	69%
L'Inde	Shawaz et Al [85]	2015	353	66,9%
L'Inde	Cassady et Al [72]	2001	168	61,9%
Pakistan	Inam et Al [98]	2003	252	60%
Macédonie	Mancevska et Al [99]	2008	354	50%
Albanie	Sevim et Al [100]	2015	125	45,2%
Egypte	Motaz B et Al [101]	2014	164	43,9%
Maroc	Kadri et Al [102]	2007	800(population générale)	25,5%

En 1988, Onady et al ont publié un article évaluant l'association entre le choix de spécialité par les étudiants en médecine et leur niveau d'anxiété sociale. Ils ont évalué le niveau de stress et d'anxiété sociale (passation de Willoughby Personnalité schedule, (WPS) et de la Brief version on fear of negative evaluation (BFNE)), chez 86 étudiants avant leur choix de spécialité.

Vingt et un étudiants présentaient des scores élevés d'anxiété sociale. Ils leur ont également proposé un questionnaire évaluant le niveau de stress perçu vis à vis de la pratique de chaque spécialité médicale par deux échelles : WilStress In Medical School scale (SIMS). Il n'existait pas d'association entre le trouble anxiété sociale et le fait de choisir ou non une spécialité évaluée comme stressante par les étudiants.

Toutes ces études sont différentes par leurs lieux de réalisation ; leurs outils de mesure et leur résultats, mais elles se mettent d'accord sur le fait que la prévalence des troubles anxieux est très élevée chez les futurs médecins par rapport à la population générale.

En effet Kadri et Al ont mené une étude auprès d'un échantillon de 800 personnes de la population générale de la ville de Casablanca. Ils ont objectivé une prévalence de 25,5% des TA. L'Agoraphobie était le trouble le plus prévalent (7,6%) suivi des TOC en deuxième lieu (6,1%), puis le TAG en troisième place (4,3%). Alors que la PS et l'ESPT occupent la quatrième place (3,4%), le trouble de panique vient en dernier lieu (2%)[102].

Des théories différentes ont été présentées par plusieurs auteurs qui essayaient d'expliquer ce fait, quelques un l'attribuent à la nature des études médicales ou l'étudiant subit des évaluations tout au long de l'année universitaire soit au niveau du stage soit à la faculté, ainsi qu'au caractère compétitif de l'apprentissage de la médecine [103].

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Forces

Cette étude quantitative de grande envergure est une des rares concernant la population des étudiants au Maroc, sur la même année universitaire (2016-2017). C'est aussi la première étude qui compare trois institutions universitaires de spécialités différentes avec autant de diversités dans les thèmes abordés, assurant ainsi un balayage très large de l'état de santé psychique des étudiants.

Les taux de réponses dans les trois facultés (1731 réponses) ont permis d'obtenir une excellente puissance aux données statistiques, avec $p < 0.05$. Le traitement des données en uni varié puis en multi varié a permis d'obtenir des données statistiques très pertinentes. Cela montre aussi que ce sujet a particulièrement intéressé les étudiants. Ceci a été rapporté, en particulier, dans les commentaires libres où un grand nombre d'étudiants nous ont été très reconnaissants de nous intéresser à leur souffrance, laissant entrevoir une grande attente de leur part sur l'amélioration de leur santé et de leurs conditions de vie. De plus, l'anonymat a très certainement permis d'obtenir des réponses fidèles à la réalité de chaque participant.

Le protocole de notre étude a été strictement identique dans les trois facultés, rendant les bases de données fiables et comparables.

Le questionnaire composé de questions valides et fréquemment utilisé dans la littérature, permet ainsi la bonne comparabilité des données et leur reproductibilité.

Enfin, les bases de données larges et statistiquement pertinentes permettent leur utilisation pour des travaux de recherche ultérieurs.

2.2 Limites et biais

Ces données ne concernent que les étudiants de Rabat, et ne peuvent donc pas être représentatives de la population des étudiants au Maroc. Des études ultérieures comparatives avec d'autres villes devraient être envisagées.

La participation des étudiants à cette étude reposant sur le volontariat. On peut donc supposer que les étudiants les plus concernés par le sujet aient été plus enclins à répondre au questionnaire, encore que, les plus anxieux aient pu à l'inverse refuser ce travail supplémentaire. Ainsi, on ne peut éliminer un biais de sélection sur notre échantillon.

Le redoublement pourrait affecter la satisfaction du choix de carrière. Cette question a probablement généré une confusion auprès des étudiants. Ils ne savaient pas s'ils devaient inclure ou non les années avant l'entrée à l'université.

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), mais il comporte aussi des inconvénients : pause dans le remplissage du test, possibilité de parasitage par des éléments extérieurs, réponses automatiques et manque d'implication, erreur de frappe, possibilité de remplir plusieurs fois le même questionnaire pour un seul étudiant. De plus comme tout auto-questionnaire, il peut exister un biais d'évaluation lié à la subjectivité des répondants. Par exemple, concernant l'anxiété, un étudiant véritablement anxieux pourra refuser d'admettre sa souffrance (de façon consciente ou non) et donc minimiser ses réponses à ce sujet. A l'inverse, un autre souffrant pourra majorer ses réponses sur ce sujet dans l'espoir d'être entendu et de faire évoluer la situation.

Il peut aussi exister un biais d'investigation quant à la période de remplissage du questionnaire. En effet, la période de notre enquête était dans les trois établissements une période qui a précédé la préparation à l'examen, aboutissant probablement à un stress supplémentaire chez nos étudiants.

Et en raison de session d'examens, et aux examens de fin de stages, le nombre de répondant n'a pas atteint la taille calculée des échantillons mais la marge d'erreur reste acceptable (entre 4 et 9).

Enfin, les facteurs associés de l'ensemble des thèmes de l'étude auraient pu être recherchés, ou encore d'autres questions auraient pu être posées. Cela aurait pu être pertinent, par exemple, d'inclure des questions sur les finances des étudiants, leur lieu d'habitation ou leur statut sentimental ou encore l'intervention de psychologues ou de psychiatres dans leur vie comme cela nous a été suggère dans les commentaires libres.

3. Suggestion pour prévenir et gérer l'anxiété

Notre thèse montre donc une souffrance importante chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat. Certaines solutions existent pour la prise en charge de ce mal-être mais sont souvent mal connues par les étudiants et les informations à leur sujet n'étant pas toujours faciles d'accès.

3.1 Favoriser la communication et l'échange

Dans une étude transversale descriptive datant de 2012 menée auprès des internes en médecine de l'Université de Brest, Kerrien et coll se sont intéressés à la prévalence de l'anxiété et ont retrouvé que le conseil sur leur avenir professionnel ou les formations à effectuer par leur senior est un facteur protecteur contre l'anxiété ($r = 0,17$, $p = 0,03$).

Des temps et des espaces d'échanges, de concertation et de discussions constitueraient un moyen essentiel dans le domaine de la prévention de l'anxiété (Leriche et al. 2008) [104].

La motivation est considérée comme au centre de la régulation biologique, cognitive et sociale des individus. Elle est vue comme une source d'énergie, une direction ou encore la persévérance que les individus mettent dans leurs actions ainsi que dans leurs intentions.

Selon la théorie de l'auto-détermination, trois besoins psychologiques sont à la base de la motivation humaine : le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin d'appartenance sociale. Lorsque ces trois besoins sont satisfaits, ils permettent d'obtenir une sensation de bien-être chez l'individu. Ainsi, il est proposé quatre facteurs régulant la motivation humaine : motivation intrinsèque, motivation extrinsèque, amotivation et les conséquences qui en découlent. Un des déterminants de la motivation concerne, selon cette théorie, les interactions des collègues, que nous nommerons ici « intervenants », avec l'individu. Ces différents intervenants peuvent interagir selon deux modes différents : le contrôle ou le soutien de l'autonomie des individus [105]. L'intervenant qui utilise une méthode contrôlante lorsqu'il interagit avec un individu réduit les opportunités pour celui-ci de choisir lui-même ce qui serait le plus approprié d'après le contexte. Il se retrouve en position de donner des instructions pour atteindre l'objectif visé. Cette interaction ne satisfait pas le besoin d'autonomie de l'individu et peut engendrer un sentiment d'incapacité à penser par soi-même ou à faire des choix. À l'inverse, une interaction soutenant l'autonomie implique d'offrir dans certaines occasions des choix à l'individu, dans d'autres de lui laisser l'opportunité de réfléchir sur la meilleure approche

possible pour atteindre l'objectif. Cela implique que les intervenants soutenant l'autonomie d'un individu aient confiance en lui et qu'ils puissent échanger par la suite avec l'individu afin de mieux lui expliquer les raisons qui mènent à certains choix plus qu'à d'autres.

En résumé, cette théorie propose qu'un environnement soutenant, dans lequel la perspective de l'individu est considérée, ses sentiments reconnus, des informations significatives et utiles fournies et des possibilités de choix offertes, favorisent le fonctionnement optimal des personnes et réduisent leur stress. Certains auteurs retrouvent que le soutien à l'autonomie mène à des conséquences affectives, cognitives et comportementales positives (Fothergill et al. 2004) [106].

La *Team Building* signifiant «la construction d'équipe» est un processus émergeant dans les années 1980 permettant de développer des valeurs collectives au sein d'une entreprise comme la cohésion, l'interdépendance ou l'implication (Wiertz., 2012) [107]. Ces facultés peuvent être cultivées et transposées dans tout groupe de travail et elles peuvent s'appliquer dans un service hospitalier. L'objectif est de renforcer la cohésion d'équipe et de créer un environnement favorable au travail. À travers des activités communes de nombreuses valeurs peuvent être mises en exergue et favorisent la gestion du stress, la cohésion et l'esprit d'équipe.

Nombreux sont les étudiants en médecine souhaitant une évaluation de mi-semestre pour les rassurer quant à leur façon de travailler et valoriser la relation seniors-juniors. Cet entretien privilégié avec son encadrant pourrait permettre de dépister des symptômes psychiatriques, chez certains individus si le médecin senior y est sensibilisé. Ainsi, il apparaît, dans plusieurs études, le souhait des

étudiants en médecine de bénéficier d'un tutorat pendant l'externat. Dans l'étude nationale menée par Le Tourneur et Komly (2011) [108], 70 % des étudiants de médecine générale interrogés apprécieraient l'attribution d'un tuteur durant leur cursus universitaire. Cependant, comme le souligne Chew-Graham en 2003, certains étudiants en médecine anglais affirment avoir peur de se confier à leur tuteur en raison de leur double casquette, celle de soutien et celle d'évaluateur.

3.2 Une évaluation initiale et une réévaluation régulière des aptitudes mentales

La prévention de l'état de santé des médecins commence bien en amont de l'exercice de la profession. En effet, les études médicales, longues et difficiles, constituent en soi, une épreuve, et peut constituer une sélection des sujets les plus motivés et les moins vulnérables. Pourtant, même si cette hypothèse peut paraître cohérente et valable, cela ne préserve en aucun cas d'une décompensation psychiatrique ultérieure (Wiertz., 2012) [107]. La première période de vulnérabilité se situe au moment du concours d'accès, une deuxième période lors des premiers stages hospitaliers (externat), l'autre moment critique serait le début de la prise des fonctions d'interne et la confrontation aux responsabilités de médecin [107,104].

Certains auteurs sont favorables à une évaluation régulière des aptitudes physiques et psychiques des étudiants à l'exercice de la médecine permettant ainsi le dépistage de vulnérabilité psychique (Leriche et al, 2008) [104]. A l'inverse, d'autres pensent la vulnérabilité soignante comme un atout pour la pratique médicale[109] Ainsi, Galam en 2008, lors du colloque « Vulnérabilité et souffrance du soignant » organisé par le Groupe Pasteur Mutualité, considère la vulnérabilité des soignants comme une qualité de « bon soignant » en raison

du développement de l'empathie liée à leur propre expérience de la maladie, de la souffrance et se réjouit même « cela nous rend humains et c'est plutôt une bonne nouvelle ! ».

Pour Platon, père de la philosophie occidentale, « les plus habiles des médecins seraient ceux qui (...) n'étant pas eux même d'une complexion saine auraient souffert de toutes les maladies » [110]. Dans un ouvrage, publié peu avant son décès, Jung affirmait que seul un « médecin blessé » peut soigner de façon efficace [111].

3.3 Faciliter l'accès à la filière de soin

Dans deux études, menées en 2009 par Cauchard [109] et 2011 par Thevenet [112], respectivement 20% et 38% des internes interrogés déclarent consulter un médecin traitant en cas de problème de santé. Parmi ces mêmes étudiants, seuls 24% des internes du Languedoc- Roussillon et 42% de ceux d'Ile-de-France ont déclaré un médecin traitant. Les raisons invoquées sont multiples : manque de temps, crainte de non confidentialité, représentation d'une demande d'aide à un confrère comme une faiblesse ou un manque de compétence, réticence à dévoiler un état de vulnérabilité.

En 2002, Givens et Tjia [113] estiment que seulement 22% des étudiants en médecine américains ont consulté un médecin spécialisé. Les principales oppositions à consulter un service de santé spécialisé par les étudiants en médecine sont: le manque de temps (48%), le manque de confidentialité (37%), la stigmatisation des services psychiatriques (30%), le coût (28%), la peur d'une intervention non désirée (26%), le fait de se sentir faible si on consulte un psychiatre (26%), la peur d'un écrit dans le dossier médical (24%), un accès difficile aux soins (22%). Certains expliquent que la concurrence entre étudiants

au cours des premières années d'études puis la volonté de pouvoir prétendre à un poste au cours de l'internat ne leur permet pas de paraître « faibles » vis à vis de leurs collègues ou supérieurs, ce qui les incite à ne pas demander d'aide dans les moments de détresse psychologique.

Dans une étude comparant des étudiants en médecine et d'autres en psychologie, Brimstone rapporte en 2007 que les étudiants en psychologie étaient significativement plus susceptibles de connaître les démarches à réaliser en cas de troubles psychiques, pour bénéficier des soins du centre de santé de l'université. [42]

Tija et al. (2005) décrivent qu'aux Etats Unis, les services de santé mentale destinés aux étudiants en médecine sont indépendants de l'école de médecine. Le traitement confidentiel et la facilité d'accès aux soins permettent de proposer jusqu'à 10 consultations individuelles par année académique. L'orientation vers des praticiens libéraux est possible si la poursuite du traitement est jugée appropriée [113].

3.4 Information des étudiants sur la réalité de la profession

L'objectif serait de réduire les discordances possibles entre leurs attentes souvent utopistes du métier de médecin et la réalité du terrain en évoquant les contraintes de la profession médicale [107].

Cette information permettrait de sensibiliser les étudiants aux risques psychosociaux (Wiertz, 2012). L'information est un moyen d'identifier les médecins en souffrance. Elle permettrait par ailleurs la lutte contre la stigmatisation du médecin malade [28, 114, 108,41].

En Belgique, les étudiants de première année peuvent bénéficier d'une présentation de la profession et de l'exercice médical qui se veut réaliste, avec en particulier une exposition des contraintes, des inconvénients et des risques spécifiques à la profession [115].

Dans la suite du cursus, il est organisé des ateliers animés par un psychiatre évoquant des thèmes en lien avec les difficultés liées à la profession : désillusion et deuil de la toute-puissance, manque de temps hors profession, peur démesurée de l'erreur médicale, acceptation de ne pas maîtriser toutes les connaissances, crainte de partager ses difficultés par peur du jugement de faiblesse, exposition à la souffrance et gestion des émotions par exemple.

Au Québec, il existe un programme de prévention intitulé «des effets secondaires de la médecine» dont les activités, destinées aux étudiants, sont de trois ordres : information, intervention et prévention (Wiertz., 2012) [107]. Il existe également en termes de prévention des présentations adressées à l'ensemble des promotions ainsi que des groupes de discussion encadrés par des psychiatres, en début de cursus et avant le début des stages hospitaliers. L'évaluation de ces programmes par l'ensemble des étudiants est très positive et les demandes d'admission sont croissantes.

3.5 Exemple d'un programme de prévention

Le Programme Wellness Vanderbilt a été développé à l'automne 2005 dans l'Université Vanderbilt à Nashville, Tennessee. Un groupe d'étudiants intéressés ainsi que le doyen des affaires étudiantes, le Dr Scott Rodgers, ont créé le Comité de bien-être des élèves (« Student Wellness Committee »). Ce comité a ensuite élaboré le modèle pour le Programme de bien-être qui a officiellement été mis en oeuvre à l'automne 2006.

Le programme a pour but d'aider à soulager le stress des élèves et les difficultés ultérieures en se concentrant sur trois principes fondamentaux: encadrement et conseil par l'université, le « leadership » étudiant, et l'épanouissement personnel via des « wellness retreats ». Bien que ces trois aspects du programme soient des entités indépendantes, ils se chevauchent afin d'atteindre l'objectif commun de promouvoir et d'entretenir le bien-être des étudiants en médecine.

Au sein de l'Université, des « College Mentors » sont recrutés et ont une mission de « mentorat » auprès d'un groupe d'étudiants. Le « mentorat » doit permettre d'instaurer une relation de confiance entre l'étudiant et le « Mentor », afin qu'ils puissent aborder les situations de stress au cours de la formation et ainsi les prévenir. Les Mentors sont des membres du corps professoral qui sont rémunérés pour cette mission. Ils organisent des réunions de soutien avec les étudiants dont ils sont responsables et parfois des rencontres plus informelles au sein ou en dehors de l'université.

Les « faculty affiliate advisors » sont des membres du corps professoral qui sont impliqués bénévolement dans ce programme et qui proposent durant leur temps libre un soutien aux étudiants, et répondent à leurs questions individuellement ou en groupe.

Les « *student affiliate advisors* » ont été mis en place pour favoriser le soutien des plus jeunes étudiants par leurs aînés. Ainsi, un étudiant de 4^{ème} année se voit « chef de famille » d'un groupe d'étudiants inscrits dans le cycle pré clinique (première à quatrième années). Les « familles » sont instaurées selon les règles du parrainage entre étudiants: l'étudiant de deuxième année parraine un nouvel étudiant de première année créant ainsi des « familles » d'étudiants

entre la première et la quatrième année. Leur rôle est d'encourager et de soutenir les efforts des élèves pour leur bien être personnel ainsi que de participer aux activités mises en place au sein de l'université.

Le « *student wellness comittee* » est gouverné par des étudiants et a pour objectif de s'assurer de la communication entre les intervenants et de mettre en place des évènements étudiants afin de favoriser les échanges entre étudiants et l'accession à des ateliers (relaxation, art...).

Enfin les « *wellness retreats* » sont des lieux d'échanges et d'activités organisés par l'université en dehors de ses murs. Au cours de l'année, des demi-journées permettent aux étudiants d'échanger au sein de groupes de paroles et de participer à des activités sportives ou artistiques.

3.6 La question de l'auto prescription

Les réflexions autour de l'automédication et de ses risques dans la population médicale sont nécessairement au cœur de la question de la prise en charge des médecins et des étudiants en médecine.

Nombreux sont les auteurs qui préconisent de limiter l'accès à l'auto prescription. Dans la thèse de Gillard sur les médecins généralistes d'Ile de France (2004), parmi ceux qui suivent un traitement régulier, 60% ont recours à l'autoprescription. Vaillant (1992) [116] affirme à propos des psychotropes que « *aucun médecin ne devrait pouvoir se rédiger seul une ordonnance pour une substance lui permettant de se sentir mieux, de dormir mieux ou de mieux travailler* ». Rosvold (2005) [117] propose que cette pratique soit encadrée par des textes de loi et demande une législation limitative. En France, dans le rapport sur le Médecin Malade de Leriche (2008) [104], il est évoqué que les

Caisses d'Assurance Maladie pourraient décider par voie réglementaire puis conventionnelle de limiter l'auto-prescription des médecins, en cessant le remboursement de certains médicaments.

En pratique

Dans leur travail de thèse, Le tourneur et al ont proposé plusieurs moyens de lutte contre la souffrance des étudiants en médecine en France, qui pourraient être appliqués à tous les étudiants de médecine y compris dans notre contexte [115].

- Ils évoquent l'intérêt d'une évaluation à mi-stage. Celle-ci nous paraît très intéressante de par son double objectif. Premièrement, elle permettrait à l'étudiant de redresser la barre en terme d'apprentissages ou d'attitude en cas d'insatisfaction à mi-stage mais également, et surtout, elle permettrait de dépister les étudiants en difficulté durant le stage, et ce, avant la fin du stage. En effet, repérer le mal être d'un étudiant au moment de son départ du service, ne permet pas de lui apporter une aide efficace .

- Il leur paraît également intéressant de réaliser des campagnes d'information auprès des étudiants, sur les structures d'aides aux étudiants existantes, les façons de les joindre, les numéros d'appel d'urgence, les lieux où elles se trouvent etc. Il serait également intéressant de communiquer les numéros d'appel d'urgence aux étudiants.

- La prise de responsabilité progressive avec un accompagnement durant le stage

Le stage hospitalier devrait également s'accompagner, en plus de l'enseignement facultaire, d'un enseignement sur le lieu de stage, cible par rapport aux pathologies rencontrées. Cet enseignement doit être formalisé mais doit aussi se faire au lit du malade, aussi bien avec les chefs qu'avec les internes car cela permettrait de favoriser le compagnonnage, et éviter l'isolement.

On retrouve également dans la littérature, mais aussi suite aux résultats de notre étude, d'autres perspectives envisageables particulièrement chez les étudiants en médecine.

- Il est suggéré de revoir le mode de sélection afin de sélectionner un profil d'étudiants plus aptes à supporter sans souffrance les études, via notamment des tests psychologiques au moment du concours ou encore, comme le suggère VIGNON [118], en ouvrant les portes de la médecine à des profils plus philosophiques ou littéraires qu'à uniquement des profils scientifiques.

- On pourrait également envisager une forme de tutorat, par un médecin hospitalier ou libéral, qui serait le référent pour l'étudiant dès la rentrée à la faculté et jusqu'à la fin de ses études. Ce référent pourrait changer selon les cycles pour être le plus adapté au cursus de l'étudiant, mais il est important que le lien perdure et que l'étudiant ait toujours un interlocuteur identifié à qui se confier en cas de besoin. Ce système existe notamment au département de Médecine Générale de l'Université Paris 7 – Paris Diderot pour les internes de médecine générale. Il nous apparaît important qu'un système équivalent existe également pour tous les étudiants de notre établissement.

- Une visite annuelle prévue chez le médecin généraliste pour chaque externe avec remise à la clé d'un certificat de non contre-indication a la poursuite de ces études pourrait également être une piste comme suggère les recommandations australiennes.

- Une autre piste à explorer serait l'extension des groupes Balint, et des groupes de paires/pratique (ou en tout cas des équivalents), aux externes, ce qui leur permettrait dans une dynamique de groupe d'exprimer leurs difficultés a la fois clinique, scolaire ainsi que le retentissement de cette souffrance sur leur psychisme

- De même, des campagnes de sensibilisation de la population et des politiques sur la condition des soignants. La population a, en effet, une vision parfois erronée du métier de soignant en particulier pour les futurs médecins dont le statut est mal connu. Les externes souffrent parfois d'un certain paradoxe entre la représentation de leur vie aux yeux de la population et leur vie réelle. On retrouve notamment cette notion dans le rapport de Desailly-Chanson et Siahmed [119] pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur les risques psychosociaux des personnels médicaux. Il évoque en effet que l'hôpital est un lieu a risque de conflits sociaux et que les médecins sont vulnérables ce qui est une notion tout à fait émergente aussi bien pour les pouvoirs publics que pour la communauté médicale. Les étudiants en formation sont, dans ce cas, les témoins de la fragilité des seniors. Ce à quoi s'ajoutent leurs propres souffrances lie au stress de leur exercice mais aussi à la confrontation à la souffrance des patients.

- Un possible frein à la prise en charge des difficultés rencontrées au cours des études pourrait également résider dans ce « mythe de l'invincibilité » du médecin : le médecin (et l'étudiant par extension) doit soigner et non être soigné.



Conclusion

L'anxiété est un facteur qui influence l'apprentissage et retentit, par son intensité ou sa durée sur la vie des étudiants et leur hygiène mentale, sociale et rendement professionnel. Il constitue le lit sur lequel peuvent se développer des conduites addictives, des troubles anxieux et d'autres complications graves.

Nos résultats confirment l'impression générale de la présence d'une prévalence élevée de l'anxiété chez les étudiants en médecine par rapport aux autres filières, ce qui concorde avec la littérature.

Notre étude, par son exhaustivité et le nombre important des étudiants inclus (1731étudiants), est une source importante d'informations. Toutes n'ont pas pu être intégralement étudiées notamment la consommation de substances psychoactives, le milieu familial ou encore la satisfaction en stages et pourront faire l'objet de travaux ultérieurs. Néanmoins ces résultats permettent de révéler quelques facteurs et conditions sur lesquels un travail préventif ou d'accompagnement peut être fait pour soulager les étudiants les plus vulnérables en matières d'anxiété et de ses complications.

L'anxiété est un phénomène qui doit être reconnu, prévenu et mieux géré chez ces étudiants qui sont les médecins et les cadres de demain.

Il paraît intéressant aussi de poursuivre cette enquête dans d'autres établissements et d'autres villes afin d'obtenir une analyse comparative plus exhaustive des caractéristiques sociodémographique et cliniques des étudiants en générale et en médecine en particulier.



Questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété chez les étudiants de la FMPR

INTRODUCTION :

Dans le cadre de notre travail de doctorat en médecine, nous avons opté pour une étude qui évalue l'anxiété chez les étudiants de la FMPR, car ils peuvent être exposés à des situations anxiogènes et stressantes pendant leurs stages, gardes et aussi au cours de la préparation des examens.

Ainsi, vous êtes sollicités de remplir ce questionnaire simple, rapide et anonyme qui représentera la base de notre travail. Nous vous serons reconnaissants de répondre à toutes les questions pour aboutir à des résultats précis.

INSTRUCTIONS :

Les étudiants en médecine peuvent être exposés à plusieurs situations stressantes et anxiogènes (génératrices d'anxiété) au cours de leurs longues années d'études ; cette anxiété peut influencer le rendement et la santé de ces étudiants.

- L'anxiété, appelée aussi angoisse, est un état de tension psychique caractérisé par une peur sans objet.
- Les symptômes (les signes) de l'angoisse sont souvent d'expression physique : accélération des battements du cœur, accélération du rythme ou gêne respiratoire, sueurs, sensation de chaleur.....En fait toutes les parties du corps peuvent être concernées.
- Dans ce travail, nous allons évaluer l'anxiété chez les étudiants de la faculté de droit, ainsi que les situations anxiogènes qu'ils évoquent et les moyens qu'ils utilisent pour la surmonter.

Et ce à travers un questionnaire rapide auquel vous allez répondre d'une manière anonyme, il est divisé en deux parties:

- ❖ une partie "informations générales sur le répondant"
- ❖ L'autre partie "Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger".

Questionnaire à propos de l'anxiété chez les étudiants en médecine

- **Age :**
- **Sexe :**
 - masculin
 - Féminin
- **Année universitaire :**
 - 1ère année
 - 2ème année
 - 3ème année
 - 4ème année
 - 5ème année
 - 6ème année
 - 7ème année
 - En instance de thèse
 - Interne en CHU

1. Avez-vous redoublé?

- Jamais
- Une année
- Deux ans
- Trois ou plus

2. Avez-vous des antécédents médicaux(c'est à dire suivi pour maladie chronique) ou des antécédents chirurgicaux(c'est à dire déjà opéré)

- OUI
- NON (passez à la question 4)

3. veuillez mentionner votre maladie ainsi que votre traitement

.....

4. Habitudes

- Aucune
- Café
- Thé
- Alcool
- Tabac
- Cannabis

5. Avez-vous des antécédents Psychiatriques pour lesquels vous êtes suivis chez un médecin ?

- Non
- Trouble anxieux
- trouble Dépressif
- Autre :

6. Avez-vous déjà eu une sensation d'angoisse ?

- Oui
- Non (passez à l'inventaire de Spielberger)

7. Elle est présente :

- Tout au long de l'année universitaire
- A l'approche des examens
- Autres

8. Quelle en est la source?

- Période des examens
- Inquiétude pour l'avenir
- Gestion de l'emploi du temps
- Problèmes financiers
- Autres

9. Quelle est votre stratégie pour la gérer?

- Activité physique
- Anxiolytiques(médicaments utilisés contre l'anxiété)
- somnifères(médicaments qui facilite le sommeil)
- Techniques de respiration
- Techniques de relaxation
- Techniques de méditation
- Autres.....

Questionnaire à propos de l'anxiété chez les étudiants en médecine

10. Avez-vous consulté pour cette sensation d'angoisse ?

- NON
- Psychiatre
- Cardiologue
- Gastrologue
- Généraliste
- Psychologue
- Pneumologue

Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger

*Encercler la réponse qui correspond le plus à votre état.

1. Je me sens de bonne humeur, aimable :

1. Oui
2. Plutôt oui
3. Plutôt non
4. Non

2. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e) :

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

3. Je me sens content(e) de moi.

1. Oui
2. Plutôt oui
3. Plutôt non
4. Non

4. J'aimerais me sentir aussi heureux (se) que les autres le paraissent

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

5. J'ai un sentiment d'échec.

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

6. Je me sens reposé(e).

1. Oui
2. Plutôt oui
3. Plutôt non
4. Non

7. J'ai tout mon sang-froid.

1. Oui
2. Plutôt oui
3. Plutôt non
4. Non

8. J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

9. Je m'inquiète à propos de choses sans importance.

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

10. Je suis heureux (se).

1. Oui
2. Plutôt oui
3. Plutôt non
4. Non

11. J'ai des pensées qui me perturbent.

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

Questionnaire à propos de l'anxiété chez les étudiants en médecine

12. Je manque de confiance en moi.

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

13. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.

1. Oui
2. Plutôt oui
3. Plutôt non
4. Non

14. Je prends facilement des décisions.

1. Oui
2. Plutôt oui
3. Plutôt non
4. Non

15. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

16. Je suis satisfait(e).

1. Oui
2. Plutôt oui
3. Plutôt non
4. Non

17. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

18. Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

Questionnaire à propos de l'anxiété chez les étudiants en médecine

19. Je suis une personne posée, solide, stable.

1. Oui
2. Plutôt oui
3. Plutôt non
4. Non

20. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.

1. Non
2. Plutôt non
3. Plutôt oui
4. Oui

Questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété pour les étudiants de l'IAV

INTRODUCTION :

Dans le cadre de notre travail de doctorat en médecine, nous avons opté pour une étude qui évalue l'anxiété chez les étudiants ingénieurs à l'IAV Hassan II, car ils peuvent être exposés à des situations anxiogènes et stressantes pendant leurs années d'études.

Ainsi, vous êtes sollicités de remplir ce questionnaire simple, rapide et anonyme qui représentera la base de notre travail. Nous vous serons reconnaissants de répondre à toutes les questions pour aboutir à des résultats précis.

INSTRUCTIONS :

Les étudiants ingénieurs peuvent être exposés à plusieurs situations stressantes et anxiogènes (génératrices d'anxiété) aussi bien pendant la période de préparation des examens que lors de la période des cours ; cette anxiété peut influencer le rendement et la santé de ces étudiants.

- L'anxiété : appelée aussi angoisse, est un état de tension psychique caractérisé par une peur sans objet.
- Les symptômes (les signes) de l'angoisse sont souvent d'expression physique : accélération des battements du cœur, accélération du rythme ou gêne respiratoire, sueurs, sensation de chaleur.....En fait toutes les parties du corps peuvent être concernées.
- Dans ce travail, nous allons évaluer l'anxiété chez les étudiants de la faculté de droit, ainsi que les situations anxiogènes qu'ils évoquent et les moyens qu'ils utilisent pour la surmonter.

Et ce à travers un questionnaire rapide auquel vous allez répondre d'une manière anonyme, il est divisé en deux parties:

- ❖ Une partie "informations générales sur le répondant"
- ❖ L'autre partie "Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger".

Questionnaire à propos de l'anxiété chez les étudiants de l'IAV

- **Age :**

- **Sexe :**
 - Masculin
 - Féminin

- **Année universitaire :**
 - APESA
 - 2^{ème} année
 - 3^{ème} année
 - 4^{ème} année
 - 5^{ème} année

1. Avez-vous redoublé?

- Jamais
- Une année
- Deux ans
- Trois ou plus

2. Avez-vous des antécédents médicaux(c'est à dire suivi pour maladie chronique) ou des antécédents chirurgicaux(c'est à dire déjà opéré)

- OUI
- NON (passez à la question 4)

3. Veuillez mentionner votre maladie ainsi que votre traitement

.....

4. Habitudes

- Aucune
- Café
- Thé
- Alcool
- Tabac
- Cannabis

5. Avez-vous des antécédents Psychiatriques pour lesquels vous êtes suivis chez un médecin ?

- Non
- Trouble anxieux
- Trouble Dépressif
- Autre :.....

6. Avez-vous déjà eu une sensation d'angoisse ?

- Oui
- Non (passez à l'inventaire de Spielberger)

7. Elle est présente :

- Tout au long de l'année universitaire
- A l'approche des examens
- Autres

8. Quelle en est la source?

- Période des examens
- Inquiétude pour l'avenir
- Gestion de l'emploi du temps
- Problèmes financiers
- Autres

9. Quelle est votre stratégie pour la gérer?

- Activité physique
- Anxiolytiques(médicaments utilisés contre l'anxiété)
- Somnifères(médicaments qui facilite le sommeil)
- Techniques de respiration
- Techniques de relaxation
- Techniques de méditation
- Autres.....

10. Avez-vous consulté pour cette sensation d'angoisse ?

- NON
- Psychiatre
- Cardiologue
- Gastrologue
- Généraliste
- Psychologue
- Pneumologue

Questionnaire à propos de l'anxiété chez les étudiants de l'IAV

8. J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

9. Je m'inquiète à propos de choses sans importance.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

10. Je suis heureux (se).

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

11. J'ai des pensées qui me perturbent.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

12. Je manque de confiance en moi.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

13. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

14. Je prends facilement des décisions.

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

Questionnaire à propos de l'anxiété chez les étudiants de l'IAV

15. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

16. Je suis satisfait(e).

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

17. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

18. Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

19. Je suis une personne posée, solide, stable.

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

20. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

Questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété chez les étudiants de la FSJES

INTRODUCTION :

Dans le cadre de notre travail de doctorat en médecine, nous avons opté pour une étude qui évalue l'anxiété chez les étudiants de la faculté de droit, car ils peuvent être exposés à des situations anxiogènes et stressantes pendant leurs années d'études.

Ainsi, vous êtes sollicités de remplir ce questionnaire simple, rapide et anonyme qui représentera la base de notre travail. Nous vous serons reconnaissants de répondre à toutes les questions pour aboutir à des résultats précis.

INSTRUCTIONS :

Les étudiants en droit peuvent être exposés à plusieurs situations stressantes et anxiogènes (génératrices d'anxiété) aussi bien pendant la période de préparation des examens que lors de la période des cours ; cette anxiété peut influencer le rendement et la santé de ces étudiants.

- L'anxiété, appelée aussi angoisse, est un état de tension psychique caractérisé par une peur sans objet.
- Les symptômes (les signes) de l'angoisse sont souvent d'expression physique : accélération des battements du cœur, accélération du rythme ou gêne respiratoire, sueurs, sensation de chaleur.....En fait toutes les parties du corps peuvent être concernées.
- Dans ce travail, nous allons évaluer l'anxiété chez les étudiants de la faculté de droit, ainsi que les situations anxiogènes qu'ils évoquent et les moyens qu'ils utilisent pour la surmonter.

Et ce à travers un questionnaire rapide auquel vous allez répondre d'une manière anonyme, il est divisé en deux parties:

- ❖ une partie "informations générales sur le répondant"
- ❖ L'autre partie "Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger".

Questionnaire à propos de l'anxiété chez les étudiants en droit

- **Age :**
- **Sexe :**
 - masculin
 - Féminin
- **Année universitaire :**
 - 1ère année
 - 2ème année (DEUG)
 - 3ème année (licence fondamentale)
 - 1^{ère} année master
 - 2^{ème} année master

1. Avez-vous redoublé?

- Jamais
- Une année
- Deux ans
- Trois ou plus

2. Avez-vous des antécédents médicaux(c'est à dire suivi pour maladie chronique) ou des antécédents chirurgicaux(c'est à dire déjà opéré)

- OUI
- NON (passez à la question 4)

3. veuillez mentionner votre maladie ainsi que votre traitement

.....

4. Habitudes

- Aucune
- Café
- Thé
- Alcool
- Tabac
- Cannabis

5. Avez-vous des antécédents Psychiatriques pour lesquels vous êtes suivis chez un médecin ?

- Non
- Trouble anxieux
- trouble Dépressif
- Autre :.....

6. Avez-vous déjà eu une sensation d'angoisse ?

- Oui
- Non (passez à l'inventaire de Spielberger)

7. Elle est présente :

- Tout au long de l'année universitaire
- A l'approche des examens
- Autres

8. Quelle en est la source?

- Période des examens
- Inquiétude pour l'avenir
- Gestion de l'emploi du temps
- Problèmes financiers
- Autres

9. Quelle est votre stratégie pour la gérer?

- Activité physique
- Anxiolytiques(médicaments utilisés contre l'anxiété)
- somnifères(médicaments qui facilite le sommeil)
- Techniques de respiration
- Techniques de relaxation
- Techniques de méditation
- Autres.....

10. Avez-vous consulté pour cette sensation d'angoisse ?

- NON
- Psychiatre
- Cardiologue
- Gastrologue
- Généraliste
- Psychologue
- Pneumologue

Auto-évaluation du niveau d'anxiété : inventaire de Spielberger

*cochez la réponse qui correspond le plus à votre état.

1. Je me sens de bonne humeur, aimable :

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

2. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e) :

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

3. Je me sens content(e) de moi.

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

4. J'aimerais me sentir aussi heureux (se) que les autres le paraissent

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

5. J'ai un sentiment d'échec.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

6. Je me sens reposé(e).

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

7. J'ai tout mon sang-froid.

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

8. J'ai l'impression que les difficultés s'accroissent à un tel point que je ne peux plus les surmonter

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

9. Je m'inquiète à propos de choses sans importance.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

10. Je suis heureux (se).

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

11. J'ai des pensées qui me perturbent.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

12. Je manque de confiance en moi.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

13. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

14. Je prends facilement des décisions.

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

15. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

16. Je suis satisfait(e).

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

17. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

18. Je prends les déceptions à cœur : je les oublie difficilement.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui

19. Je suis une personne posée, solide, stable.

- 1. Oui
- 2. Plutôt oui
- 3. Plutôt non
- 4. Non

20. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.

- 1. Non
- 2. Plutôt non
- 3. Plutôt oui
- 4. Oui



Résumés

RÉSUMÉ

Titre : Anxiété en milieu estudiantin : étude transversale sur une population d'étudiants en médecine, en droit et en agronomie

Auteur : El MIBRAK Lhbiba

Les mots clés : Anxiété-étudiants-médecine-troubles anxieux-substances psychoactives.

Introduction: L'anxiété et les troubles anxieux, chez les étudiants et particulièrement en médecine, ont fait l'objet de plusieurs études, vu leur fréquence et leurs conséquences sur les performances académiques et la santé physique.

Objectif : L'objectif de notre étude est d'évaluer et comparer la prévalence de l'anxiété chez les étudiants de la faculté de médecine, à d'autres établissements d'enseignement supérieur, et suggérer quelques solutions pouvant réduire l'impact de l'anxiété sur la vie des futurs cadres.

Population et méthodes : Nous avons mené une étude transversale descriptive et analytique sur un échantillon de 1731 étudiants à Rabat dont 1161 étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie, 310 étudiants de l'institut agronomique et vétérinaire Hassan II et 260 étudiants de la faculté des sciences juridiques , économiques et sociale, filière de droit français.

Résultats : Une anxiété sévère a été observée chez 40% des étudiants en médecine, 23,1% des étudiants de droit et 16,1% des étudiants de l'institut agronomique.

Le sexe féminin et la présence d'antécédents personnels psychiatriques étaient associés à une prévalence élevée d'anxiété chez tous ces étudiants. Le niveau d'étude et la consommation de substances psychoactives étaient liés à une prévalence plus élevée d'anxiété chez les étudiants en médecine.

Discussion et conclusion : La prévalence élevée de l'anxiété chez les étudiants en médecine a été confirmés par plusieurs auteurs.

Notre étude permet d'ouvrir quelques pistes de compréhension de ce phénomène, et suggérer quelques solutions pour y remédier, afin de prévenir la survenue de complications psychiques et physiques de l'anxiété chez les étudiants, qui risqueraient de compromettre leur parcours universitaire

SUMMARY

Title: Anxiety in students: Transverse study on a population of medical, law, and agronomy students.

Author: El MIBRAK Lhbiba

Key words: Anxiety, students, medicine, anxiety disorders, psychoactive substances.

Introduction: Anxiety and anxiety disorders in students, especially in medicine have been the subject of several studies, given their frequency and their impact on the academic performance and physical health of future physicians.

Objective: The aim of our study is to evaluate and compare the prevalence of anxiety among students of the Faculty of Medicine and other educational institutions, and to propose some solutions to reduce the impact of anxiety on the lives of our future professionals.

Population and methods: We conducted a cross-sectional, descriptive and analytical study on a sample of 1161 students from the Faculty of Medicine in Rabat, 310 students from the HassanII Agricultural and Veterinary Institute and 260 students from the Faculty of law, economic and social Sciences.

Results: severe anxiety was observed in 40% of medical students, 23.1% of law students and 16.1% of IAV students.

Female gender and presence of psychiatric personal history were associated with a high prevalence of anxiety among students in all three streams. The level of study and psychoactive substances were related to a higher prevalence of anxiety among medical students.

Discussion and conclusion: The prevalence of anxiety among medical students is consistent with results of many authors .

Our study opens up some ways of understanding this phenomenon and suggests some solutions, in order to prevent the occurrence of anxiety disorders and other psychic and physical complications in students, as well as the repercussions on their academic careers.

الملخص

العنوان: القلق في الوسط الطلابي: دراسة مقطعية حول عينة من طلبة الطب والحقوق و الهندسة الزراعية

المؤلفة: لحبيبة المبراك

الكلمات المفتاحية: القلق – الطلبة – الطب -الاضطراب القلبي – مادة مؤثرة نفسية.

المقدمة: اهتمت عدة دراسات بموضوع القلق والاضطرابات القلقية عند الطلبة وخاصة طلبة الطب نظرا لترددتها وعواقبها على الأداء الأكاديمي والصحة الجسمية لطلبة الطب.

الهدف: تهدف دراستنا إلى تقييم ومقارنة انتشار القلق عند طلبة كلية الطب والصيدلة بالرباط، ومؤسسات أخرى ، وذلك من أجل اقتراح بعض الحلول لتقليل وقع القلق على حياة أطر المستقبل.

الساكنة والوسائل: لقد قمنا بدراسة مقطعية وصفية وتحليلية على عينة من 1161 طالبا من كلية الطب والصيدلة بالرباط، و310 طالبا من معهد الحسن الثاني للزراعة والبيطرة، و260 طالبا من كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية شعبة القانون الفرنسي.

النتائج: لوحظ القلق الحاد عند 40% من طلبة الطب، و23.1% من طلبة الحقوق، و16.1% من طلبة الزراعة والبيطرة.

يرتبط ارتفاع انتشار القلق عند طلبة الشعب الثلاث بالاناث والسوابق النفسية الشخصية ، بينما يرتبط عند الطلبة الأطباء بالمستوى الدراسي واستهلاك المؤثرات النفسية .

المناقشة والخلاصة:

يرتفع انتشار القلق بين طلبة الطب ، وهذا يصب في منحي عدة باحثين . ستسمح دراستنا بفتح بعض المسارات لفهم هذه الظاهرة واقتراح بعض الحلول لعلاجها، من أجل منع حدوث الاضطرابات القلقية وغيرها من المضاعفات النفسية والجسدية لدى الطلاب، الممكن أن يكون لها تداعيات على مسارهم الجامعي .



- [1] **Secheter. D**
« *A propos des interrelations entre l'inhibition et l'anxiété L'encéphale* »
1989, XV : 487-491.
- [2] **Guele I. J-D**
« Les risques toxicomanogènes des tranquillisants La revue du praticien »,
1989 n° 73, 12-14
- [3] **Anseau. M, Von Frenckell. R**
« Usefulness of prazepam drops in the brief treatment of anxiety disorders. ». *L'encéphale*, 1991, X VII: 291 -294.
- [4] **Ohman, A. (2000).**
« Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives » in M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of emotions*. (p. 573-593). New York: The Guilford Press.
- [5] **Servant, Parquet. Ph-J**
Événements de vie et anxiété *L'Encéphale*, 1994, XX: 333-337.
- [6] **David H. Barlow,**
« *Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory* »
American Psychologist, November 2002, p. 1247
- [7] **Bech P et al.**
The Hamilton scale and the Hopkins symptom checklist (SCL 90). Across national validity study in patients with panic disorders.
Br. J. Psychiatry 1992, 160: 206-211.

- [8] **Monfort JC, et al.**
Névrose d'angoisse : diagnostic et principes du traitement.
Rev. Prat, 1991, 41 ,6
- [9] **LESUR. A (et collab)**
L'échelle brève d'anxiété de Tyrer en pratique extra-hospitalière
L'encéphale, 1989, XV : 535-542.
- [10] **BRICOUT. J.**
Echelle cartographique de l'anxiété. Psychologie médicale, 1989, 21, 1 :
101 -104
- [11] **Spielberger C.D**
**The French adaptation of the STAXI-2, C.D. Spielberger's State-trait
anger expression inventory**
Encéphale. 2008 Jun ;34(3) :249-55
- [12] **Edouard Zarifian**
La Décennie 80 en psychiatrie
Le concours médical, 1991:2139-2141.
- [13] **Clément Y, et al.**
Involvement of regions of the 4th and 7th chromosomes in the open-field
activity of mice.
Behav Brain Res. 1995
- [14] **GORWOOD PH.**
L'anxiété est-elle héréditaire.
Encéphale. 1998 May-Jun ; 24(3) :252-5.

- [15] **Bounhoure, J.-P., Bui, E., Schmitt, L.,**
Stress, Dépression et pathologie cardiovasculaire.
Elsevier Masson, 2010. 227p
- [16] **Truchot D.**
Burnout et stress : Épuisement Professionnel et Burnout : Concepts, Modèles,
Interventions. Paris : Dunod, 2004. p. 13-69
- [17] **GOGNALONS-NICOLET. M, AMIEL-LEBIGRE.F**
Stress, événement de vie, mécanisme du faire-face, réseaux et support social
Med. et hyg. 1990, 48, 2348-2352.
- [18] **RAWSON H-E. , Bloomer K. , KENDALLA.**
Stress, anxiety, depression, and physical illness in college students.
Journal of genetic psychology 1994 Sep; 155(3):321-30
- [19] **Marshall LL, Allison A, Nykamp D, Lanke S.**
Perceived stress and quality of life among doctor of pharmacy students.
Am J Pharm Educ. 2008 Dec 15; 72(6):137.
- [20] **Bruchon-Schweitzer**
Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes.
Paris : Dunod; 2002.
- [21] **Bacqué M-F., Gautier C.,**
Deuil et divorce des parents : groupe de soutien psychologique
d'adolescents dans le cadre scolaire. Neuropsychiatrie de l'enfance et de
l'adolescence. 46, 5-6: 350-57. (1998)

- [22] **AZAÏS.F**
Cognitive experimental approach to anxiety disorders
L'encéphale, 1995, XXI, 597-607
- [23] **Servant D, Pelissolo A, Chancharme L, Le Guern ME, Boulenger JP.**
Adjustment disorders with anxiety. Clinical and psychometric characteristics in patients consulting a general practitioner
Encephale. 2013 Oct;39(5):347-51. doi: 10.1016/j.encep.2012.10.004. Epub 2012 Dec 20.
- [24] **JALENQUES.I, COUDERT.A.J,CHRISTIAN LACHAL**
Anxiety disorders in children: are there any risk factors
Ann.Pediatrics, 1990, 37N°8, 487-495.
- [25] **Y Nakane et H Nakane,**
« Classification systems for psychiatric diseases currently used in Japan »,
Psychopathology, vol. 35, no 2–3, 2002, p. 191–4
- [26] **Trull TJ, Widiger**
TA. Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-
Dialogues in Clinical Neuro-science 15:135-146, 2013.
- [27] **Bandelow B, et al.**
World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – first revision.
World J Biol Psychiatry 2008.248–312.

- [28] **Bellin G.**
Le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale : Quelles en sont leur connaissances et leurs interprétations
Université Claude Bernard Lyon 1; 2013. 44.
Th: Med: Poitiers. 2013
- [29] **Grebot, E. et Barumandzadeh, T.**
L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles.
Annales Medico Psychologiques, 163, 561-567.
- [30] **Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M. et al.**
La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. *Ann. Méd.Psychol.* 2009 ; 167 (9) : 662-668.
- [31] **Observatoire national de la vie étudiante,**
Enquête conditions de vie des étudiants
Disponible sur : <http://www.ove-national.education.fr> 2010.
- [32] **Boudoukha, A.H., Bonnaud-Antignac, A., Acier, D. et al.**
Anxiété et stress : impact de la préparation du concours de pharmacie. *J. Théor. Comport. Cogn.* 2011 ; 21:90-96.
- [33] **Neveu, D.,**
Étude sur le stress des étudiants de troisième année de Licence en médecine, odontologie, psychologie et STAPS 2009

- [34] **Zilloniz, S.,**
Présentation des principaux résultats de l'enquête conditions de vie des étudiants.
Observatoire national de la vie étudiante. 2010.
- [35] **Duvivier R., Stalmeijer R., van Dalen J., van der Vleuten C., Scherpbier A.**
Influence of the workplace on learning physical examination skills. BMC Med Educ. 2014; 28: 14-61
- [36] **Rosenfield P., Jones L. Striking**
A balance: training medical students to provide empathetic care. Medical Education. 2004; 38: 927-933
- [37] **Blanchard P., Truchot D., Albiges-Sauvin.**
Prevalence and causes of burnout among oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. European Journal of Cancer. 2010; 46: 2708-15
- [38] **Coomber S., Todd C., Park G., Baxter P., Firth-Cozens J., Shore S.**
Stress in UK intensive care unit doctors.
British Journal of Anaesthesia. 2002; 89(6): 873-81
- [39] **Chew-graham CA., Rogers A., Yassin N.**
Medical students' experiences of help seeking for mental health problems.
Med Educ. 2003; 37(10): 873-880

- [40] **Grantham H.**
Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel. *Ann Med Psychol.* 1985; Sep-Oct 776-781
- [41] **Reynolds C., Clayton PJ.**
Commentary: Out of the silence: confronting depression in medical students and residents.
Acad Med. 2009; 84(2): 159-60
- [42] **Brimstone B., Thistlethwaite J., Quirk F.**
Behaviour of medical students in seeking mental and physical health care: exploration and comparison with psychology students.
Med Educ. 2007 ; 74-83
- [43] **Mazé, C. et Verliac, J.-F.**
Stress et stratégies de coping d'étudiants en première année universitaire : rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels. *Psychol. Fr.* 2013 ; 89-105.
- [44] **Bruchon-Schweitzer, M.,**
Au-delà du modèle transactionnel. Vers un modèle intégratif en psychologie de la santé **2008.**
- [45] **Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. et DeLongis A.**
Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1986 ; 50 (3) : 571-579
- [46] **Boujut, É. et Bruchon-Schweitzer, M.**
Rôle de certains facteurs psychosociaux dans la réussite universitaire d'étudiants de première année.
Orient. Scol. Prof. 2007 ; 36 (2) : 157-177.

- [47] **Hayes, David M., Eddy, James M., Hayes, D. M. et al.**
 Stress Management Education: A Life Skills Approach For Health Promotion Professionals.
 Wellness Perspect. 1985 ; 9-11
- [48] **Guénolé, F., Nicolas, A., Hommeril, A. et al.**
 Sommeil et substances à l'adolescence :Les effets de la caféine, de l'alcool, du tabac et du cannabis. *Méd. Sommeil*2011 : 152-158.
- [49] **Gaultney, J.F.**
 The prevalence of sleep disorders in college students: Impact on academic performance. *J. Am. Coll. Health* 2010; 59 (2): 91-97.
- [50] **De Matos, M.G., Calmeiro, L. et Da Fonseca, D.**
 Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression.
 La Presse Médicale. 2009 ; 38 (5) : 734-739.
- [51] **Allgöwer, A., Wardle, J., Steptoe, A.**
 Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychol.* 2001;3): 223-227.
- [52] **Kerdran, R. et Procaccia, C.,**
 La sécurité sociale et la santé des étudiants (Rapport d'information No. 221), (2012-2013)
- [53] **Union Nationale des Étudiants de France (UNEF),**
 Syndicat National de l'Enseignement Supérieur (SNESUP), Syndicat National des Enseignants d'Éducation Physique et Sportive (SNEP). Du sport pour tous à l'université, un droit à conquérir

- [54] **Alzahem, A.M., Van der Molen, H.T., Alaujan, A.H. et al.**
Stress amongst dentalstudents: a systematic review. *Eur. J. Dent. Educ.* 2011 ; 15 : 8-18.
- [55] **Misra, R. et McKean, M.**
College student's academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction.
Am. J. Health Stud. 2000; 41-51.
- [56] **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 Apr; 81(4):354-73.
- [57] **Beck DL, Hackett MB, Srivastava R, McKim E, Rockwell B.**
Perceived level and sources of stress in university professional schools.
J Nurs Educ. 1997 Apr;180-6.
- [58] **Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R.**
A global measure of perceived stress.
J Health Soc Behav. 1983 Dec;385-96.
- [59] **Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I.**
Inventaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y (STAI-Y).
Paris: ECPA; 1993.
- [60] **Spielberger C, Vagg P, Barker L, GW. D, LG. W.**
The factor structure of the State-Trait Anxiety Inventory. In: CD. Sias, editor. *Stress and anxiety.*
New-York: Hemisphere/Wiley; 1980.

- [61] **Heins M, Fahey SN, Leiden LI.**
Perceived stress in medical, law, and graduate students.
J Med Educ. 1984 Mar;169-79.
- [62] **Dorine Neveu, Julie Boiché, Ismaël Conejero, Julie Doron, Pierre Dujols, Michèle Maury, Grégory Ninot, Marie-Christine Picot, Claude Terral, Raphael Trouillet, Laurent Visier**
Etude sur le stress des étudiants de troisième année de Licence en médecine, odontologie, psychologie et STAPS Promotions 2009-2010
- [63] **Carver CS.**
You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE.
Int J Behav Med. 1997;4(1):92-100.
- [64] **Muller L, Spitz E.**
[Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population].
Encéphale. 2003 Nov-Dec;29(6):507-18.
- [65] **Flore Morneau-Sévigny, Sylvie Dodin, Guillaume Lamontagne, Lucie Rochefort Et Geneviève Belleville**
Sources et moyens de réduction du stress chez les étudiants en médecine : analyse d'entretiens focalisés
Pédagogie Médicale 2013 ; 14 (1): 9–1514 (1): 9–15 DOI: 10.1051/pmed/2012027
EDP Sciences / SIFEM Pédagogie Médicale 2013 ; 14 (1)

- [66] **Pédagogie Médicale**
2013 ; 14 (1): 9–15 DOI: 10.1051/pmed/2012027
- [67] **Fédération médicale étudiante.**
Rapport bien-être. 2011
[http:// www.fmeq.ca/rapport-bien-etre](http://www.fmeq.ca/rapport-bien-etre)
- [68] **Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ.**
One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study.
Acta Psychiatr Scand. 1993;88:35–47.
- [69] **Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ.**
One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites.
Arch Gen Psychiatry. 1988;45:977–86
- [70] **Lloyd C, Gartrell NK.**
Psychiatric symptoms in medical students.
Compr Psychiatry. 1984:552–65
- [71] **Farhad Ghorban Dordi Nejada, Hamideh Hakimi ,Maryam Ashouric , Maryam Dehghani, Zhaleh Zeinali, Maryam Sadegh Daghighic , NaghmehBahrami**
On the relationship between test anxiety and academic performance
Procedia - Social and Behavioral Sciences Volume 15, 2011, Pages 3774-3778

- [72] **Cassady, J.C., & Johnson, R. E.,**
Cognitive Test Anxiety and Academic Performance.
Contemp.Ecluc. Psychol,(2002) 27(2), 27- 295
- [73] **Vitaliano PP, Maiuro RD, Russo J, Mitchell ES.**
Medical student distress: a longitudinal study.
J Nerv Ment Dis. 1989;177:70–76.
- [74] **Richman JA, Flaherty JA.**
Gender differences in medical student distress: contributions of prior socialization and current role-related stress.
Soc Sci Med. 1990;30:777–87.
- [75] Plus de dépression et d'anxiété chez les femmes: une cause possible
Psychomédia
Publié le 14 février 2008
- [76] **Ahmed,I ;Banu H, ;Al-Fageer ,R &AL suwaidi,R**
Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff.
J crit Care 2009. Sep ,24(3),el-7.
- [77] **Jadoon NA,Yaqoub R,Raza A ,Shehzad MA,Zeshan SC**
Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study
J Pak Med Assoc.2010 Aug; 699-702
- [78] **Bassols AM, Okabayashi LS, Silva AB, Carneiro BB, Feijó F, Guimarães GC, Cortes GN, Rohde LA, Eizirik CL**
First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms
Rev. Bras. Psiquiatr. 2014 Sep;36(3):233-40. Epub 2014 Mar 24.

- [79] **Ketelaar SM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK.**
Is change in health behavior of Dutch medical students related to change in their ideas on how a physician's lifestyle influences their patient's lifestyle?
Int J Adolesc Med Health 2014;26:511–6.
- [80] **Compton MT, Carrera J, Frank E.**
Stress and depressive symptoms/ dysphoria among US medical students: results from a large, nationally representative survey.
J Nerv Ment Dis 2008:891–7
- [81] **Weich S, Lewis G.**
Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain.
J Epidemiol Community Health 1998; 8–14
- [82] **Hunt, J., Eisenberg, D.,**
Mental health problems and help-seeking behavior among college students.
J Adolesc Health. 2010 Jan; 46(1):3-10
- [83] **Omokhodion, F.O., Gureje, O.,**
Psychosocial problems of clinical students in the University of Ibadan Medical School.
Afr.J.Med.Med.Sci 2003;32,55–58.
- [84] **Othieno, C.J., Okoth, R.O., Peltzer, K., Pengpid, S., Malla, L.O.,**
Depression among university students in Kenya :prevalence and sociodemographic correlates. J.Affect.Disord. 2014, 165, 120–125

- [85] **Shawaz Iqbal, Sandhya Gupta and E .Venkatarao**
Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates.
J Med Res. 2015 Mar; 141(3): 354–357
- [86] **Dorothy Newbury-Birch , David Walshaw b, Farhad Kamali**
Drink and drugs: from medical students to doctors
Drug and Alcohol Dependence 64 (2001) 265–270
- [87] **Jorien M. Borst, Monique H.W. Frings-Dresen and Judith K. Sluiter**
Prevalence and incidence of mental health problems among Dutch medical students and the study-related and personal risk factors: a longitudinal study
INTERNATIONAL JOURNAL OF ADOLESCENT MEDICINE AND HEALTH · AUGUST 2015
- [88] **Geisner IM, Mallett K, Kilmer JR.**
An examination of depressive symptoms and drinking patterns in first year college students.
Issues Ment Health Nurs 2012; 33:280–7
- [89] **Khan MS, Mahmood S, Badshah A, Ali SU , Jamal Y**
Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan.
J Pak Med Assoc 2006 Dec; 56(12):583-6
- [90] **Z, Mehhana S Richa**
Prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les étudiants en médecine.
L'Encéphale, 2006 :976-82,

- [91] **Kashdan TB, Zvolensky MJ, McLeish AC.**
Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms.
J Anxiety Disord. 2008;22(3):429-40. Epub 2007 Mar 27.
- [92] **Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Pougnet L, Le Galudec M, Loddé B, Dewitte JD**
Prevalence of anxiety disorders and depression among junior doctors and their links with their work
La Presse Medicale, Volume 44, Issue 4, Part 1, April 2015, Pages e84–e91.
- [93] **Strivastava K, Rju M, Saldanha D.**
Psychological well-being of medical students.
Med J Armed Forces India. 2007; 63(2): 37-40
- [94] **Rab F, Mamdou R, Nasir S.**
Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan.
East Mediterr Health J. 2008; 14(1): 126-33
- [95] **Popescu A., Horatiu B., Junjan M., Mihai Armean S., Buzoianu A.D.**
Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst first year medical students
Acta Medica Transilvanica. 2014; 2(3): 174-178
- [96] **Webb, C., Ashton, H., Kelly, P. & Kamali, F.**
Alcohol and drug use in UK university students.
The Lancet, 1996 Oct 348, no. 9032, pp. 922-925, 1996

- [97] **M. Abdallah OUCHTAIN**
La prévalence et les caractéristiques des troubles anxieux et dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
Thèse de médecine / Faculté de médecine ;N ° 25 : Marrakech 2016
- [98] **InamS .N, SaqibA., AlamE.**
“Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students of Private University.”
J Pak Med Assoc. 2003 Feb;53(2):44-47.
- [99] **Mancevska S, Bozinovska L, Tecce J, Pluncevik-Gligoroska J, Sivevska-Smilevska.E**
Depression, anxiety and substance use in medical students in the Republic of Macedonia. Bratisl Lek Listy 2008;109(12):568-72
- [100] **Sevim Mustafa; Erika Melonashi; Fleura Shkemi; Kaltrina Besimi; Naim Fanaj**
Anxiety and self-esteem among university students: comparison between Albania and Kosovo
Procedia - Social and Behavioral Sciences Volume 205, 9 October 2015, Pages 189-194
- [101] **Motaz B. Ibrahim, Moataz H. Abdelreheem**
Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University
Alexandria Journal of Medicine Volume 51, Issue 2, June 2015, Pages 167-173

- [102] **Kadri N, Agoub M, El Gnaoui S, Berrada S, Moussaoui D.**
Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco.
Morocco Annals of General Psychiatry 2007, 6:6
- [103] **Mikolajczyk RT, Maxwell AE, El Ansari W, Naydenova V, Stock C, Ilieva S, Dudziak U, Nagyova I.**
Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008 Feb;43(2):105-12. Epub 2007 Nov 23.
- [104] **Leriche B, Drs Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Piernick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS , Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD**
Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008.
www.conseil-national-medecins.fr
- [105] **Deci E., Ryan R.**
Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health.
Canadian Psychology. 2008; 49(3): 182–185
- [106] **Fothergill, A.:**
Heads Above Water: Gender, Class, and Family in the Grand Forks Flood, State University of New York Press, Albany, NY.2004

[107] Wiertz R. Th :

Psychiatres et Burnout ? Etude de la Prévalence du Syndrome d'Épuisement Professionnel auprès des Psychiatres Hospitaliers du Nord Pas de Calais.

TH: Med: Lille: 2012

[108] Le Tourneur A., Komly V.

Burn-out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine.

Th: Med: Grenoble; 2011;

[109] Cauchard L.

De l'évaluation du burn-out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon.

Th: Med: Montpellier 2009

[110] Platon.

Œuvres Complètes.

Paris : Flammarion, 2008

[111] Jung CG.

Psychologie du transfert.

Paris: Albin Michel, 2000

[112] Thevenet M.

Analyse du burn-out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile-de-France et le Languedoc-Roussillon.

Th: Med: Paris 6:2011

- [113] **Tija J, Givens J, Shea J.**
Factors associated with undertreatment of medical student depression.
Journal of American College Health. 2005; 53: 5
- [114] **Freedman JL., Crow FF., Gutheil TG. Sanchez LT., Suzuki J.**
Treating a physicianpatient with psychosis.
Asian J Psychiatr. 2012 Jun ; 5 (2) :193-8. doi: 10.1016/j.ajp.2012.03.001. E
pub 2012 Mar 28.
- [115] **Galam E., Komly V., Le Tourneur A., Jund J.**
Burnout among french Gps in training: a cross- sectional study.
British Journal of General Practice. 2013; 63(608): 217-24
- [116] **Vaillant GE.**
Physician, cherish thyself. The hazards of self-prescribing.
JAMA. 1992; 267(17): 2373
- [117] **Rosvold E., Tyssen R.**
Should physician self-prescribing be restricted by law
Lancet. 2005 ;Apr 16-22 365(9468) : 1372-4
- [118] **Vignon G,**
Le bur-nout : du PCEM à la retraite ?
La Revue Exercer. 2004 Novembre-Décembre 2004(71):96-100

[119] Etablissements de santé,

Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandation pour une amélioration des pratiques. Rapport, tome I, établi par Desafilly-Chanson M.A. et Siahmed H.

Inspection Générale des Affaires Sociales. December 2016

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 le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
 - < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
 - < وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
 - < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
 - < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
 - < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
 - < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
 - < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
 - < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
 - < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .
- والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 51

سنة : 2018

**القلق في الوسط الطلابي:
دراسة مقطعية حول عينة من طلبة الطب
والحقوق والهندسة الزراعية**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : 27 فبراير 2018

من طرف

السيدة: لحبيبة المبراك

المردادة في: 01 يناير 1992 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: القلق - الطلبة - الطب - الاضطراب القلبي - مواد مؤثرة نفسية.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: محمد بويي

مشرف

أستاذ في أمراض الجلد

السيد: محمد قادري

أستاذ في الطب النفسي

السيد: جمال محساني

أستاذ في الطب النفسي

السيدة: مريا صابر

أستاذة في الطب النفسي

السيد: علي الإدريسي الأيوبي

أستاذ في علم التشريح

أعضاء