



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2020

Thèse N°: 361

**LA SANTE MENTALE DES ETUDIANTS EN MEDECINE
DE RABAT DE LA 1^{ERE} A LA 7^{EME} ANNEE DE MEDECINE :
REVUE DE LITTERATURE ET ETUDE TRANSVERSALE
A VISEE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2020

PAR

Madame Maha LEMTIRI CHELIEH

Née le 19 Janvier 1993 à Rabat

Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine

Mots Clés : Santé mentale ; Etudiants en médecine; Détresse psychologique

Membres du Jury :

Monsieur Redouane ABOUQAL

Professeur de Réanimation Médicale

Madame Jihane BELAYACHI

Professeur de Réanimation Médicale

Monsieur Brahim LEKEHAL

Professeur de Chirurgie Vasculaire

Madame Imane JROUNDI

Professeur de Médecine Sociale

Madame Maria SABIR

Professeur de Psychiatrie

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَلَّى اللَّهُ عَلَى الْعِزَّةِ



UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT

1. DOYENS HONORAIRES :

2. 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 :

<i>Doyen</i>	Professeur Mohamed ADNAOUI
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Estudiantines</i>	Professeur Brahim LEKEHAL
<i>Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération</i>	Professeur Toufiq DAKKA
<i>Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie</i>	Professeur Younes RAHALI
<i>Secrétaire Général</i>	Mr. Mohamed KARRA

* Enseignants Militaires

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

3. PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne - Clinique Royale
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne - Doyen de la FMPR
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Gynécologie -Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUHA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid

Anesthésie Réanimation- Doyen de FMPO
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des

Orangers

Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie- Dir. du Centre National PV Rabat
Chimie thérapeutique ____

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUHA Adil
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

* Enseignants Militaires

Mars 1994

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

FMPA

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

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

Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale - *Directeur du CHIS*
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Gynécologie - Obstétrique
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Urologie *Inspecteur du SSM*
Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur HMI Mohammed V*

* Enseignants Militaires

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Directeur Hôp.Ar-razi Salé*
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie *Doyen de la FMP Abulcassis*
Abdesslam Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR 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. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

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. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - *Directeur Hôp.Cheikh Zaid*
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJILIL Maria

Anesthésie-Réanimation
Neurologie

* Enseignants Militaires

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. 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. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim

Est.

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

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURLARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *

Néphrologie
 Pneumo-phtisiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Rhumatologie
 Anatomie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie - *Directeur Hôp. Univ. Cheikh Khalifa*
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale *Directeur Hôpital Ibn Sina*
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique *V-D chargé Aff Acad.*

Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie *Dir.-Adj. HMI Mohammed V*
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie

* Enseignants Militaires

Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 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. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

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

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. BAHIRI Rachid
 Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Biophysique
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie

* Enseignants Militaires

Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire. *Directeur Hôpital Ibn Sina*

Marr.

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
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. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

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

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhousaine *
Pr. BENZIANE Hamid *

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique

* Enseignants Militaires

Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHERKAOUI Naoual *
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 Pr. EL BEKKALI Youssef *
 Pr. EL ABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid *
 Pr. ICHOU Mohamed *
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LOUZI Lhoussain *
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed *
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 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

Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio-vasculaire
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
 Pr. AGADR Aomar *
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. AKHADDAR Ali *
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen *
 Pr. BJJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. BOUI Mohammed *

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie ***Directeur Hôp.des Spécialités***
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie

* Enseignants Militaires

Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 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. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufik*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 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

Decembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phtisiologie

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne *Directeur ERSSM*
 Physiologie
 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

Anatomie Pathologique

* Enseignants Militaires

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil *
Pr. BENCHEBBA Driss *
Pr. DRISSI Mohamed *
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane *
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. RAISSOUNI Maha *

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
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 JAOUDI Rachid *
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane *
Pr. ERRGUIG Laila

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologique
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie

* Enseignants Militaires

Pr. FIKRI Meryem
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 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 *

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM *

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
 Pr. BENCHAKROUN Mohammed *
 Pr. BOUCHIKH Mohammed
 Pr. EL KABBAJ Driss *
 Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
 Pr. HARDIZI Houyam
 Pr. HASSANI Amale *
 Pr. HERRAK Laila
 Pr. JANANE Abdellah *
 Pr. JEAIDI Anass *

Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique *Vice-Doyen à la Pharmacie*
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Thoracique
 Néphrologie
 Biochimie-Chimie
 Histologie- Embryologie-Cytogénétique
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Urologie
 Hématologie Biologique

* Enseignants Militaires

Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. LEMNOUER Abdelhay*
Pr. MAKRAM Sanaa *
Pr. OULAHYANE Rachid*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Génycologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. DOBLALI Taoufik
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. 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.

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES :

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Noureddine*
Pr. NITASSI Sophia

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

JUIN 2017

Pr. ABBI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*

Microbiologie
Cardiologie

* Enseignants Militaires

Pr. BOUAYTI El Arbi*
 Pr. BOUTAYEB Saber
 Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
 Pr. HAFIDI Jawad
 Pr. OURAINI Saloua*
 Pr. RAZINE Rachid
 Pr. ZRARA Abdelhamid*

Médecine préventive, santé publique et Hyg.
 Oncologie Médicale
 Oncologie Médicale
 Anatomie
 O.R.L
 Médecine préventive, santé publique et Hyg.
 Immunologie

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
 Pr. SOULY Karim
 Pr. TAHRI Rajae

Anatomie
 Microbiologie
 Histologie-Embryologie-Cytogénétique

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq *
 Pr. ACHBOUK Abdelhafid *
 Pr. ANDALOSSI SAGHIR Khalid *
 Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah *
 Pr. BASSIR RIDA ALLAH
 Pr. BOUATTAR TARIK
 Pr. BOUFETTAL MONSEF
 Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *
 Pr. BOUZELMAT Hicham *
 Pr. BOUKHRIS Jalal *
 Pr. CHAFRY Bouchaib *
 Pr. CHAHDI Hafsa *
 Pr. CHERIF EL ASRI Abad *
 Pr. DAMIRI Amal *
 Pr. DOGHMI Nawfal *
 Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir
 Pr. EL ANNAZ Hicham *
 Pr. EL HASSANI Moulay EL Mehdi *
 Pr. EL HJOUJI Aabderrahman *
 Pr. EL KAOUI Hakim *
 Pr. EL WALI Abderrahman *
 Pr. EN-NAFAA Issam *
 Pr. HAMAMA Jalal *
 Pr. HEMMAOUI Bouchaib *
 Pr. HJIRA Naoufal *
 Pr. JIRA Mohamed *
 Pr. JNIE NE Asmaa
 Pr. LARAQUI Hicham *
 Pr. MAHFOUD Tarik *

Néphrologie
 Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Radiothérapie
 Gynécologie-obstétrique
 Anatomie
 Néphrologie
 Anatomie
 Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Traumatologie-orthopédie
 Traumatologie-orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Neurochirurgie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie-réanimation
 Pharmacie Galénique
 Virologie
 Gynécologie-obstétrique
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-réanimation
 Radiologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 O.R.L
 Dermatologie
 Médecine Interne
 Physiologie
 Chirurgie Générale
 Oncologie Médicale

* Enseignants Militaires

Pr. MEZIANE Mohammed *
Pr. MOUTAKI ALLAH Younes *
Pr. MOUZARI Yassine *
Pr. NAOUI Hafida *
Pr. OBTEL Majdouline
Pr. OURRAI Abdelhakim *
Pr. SAOUAB Rachida *
Pr. SBITTI Yassir *
Pr. ZADDOUG Omar *
Pr. ZIDOUH Saad *

Anesthésie-réanimation
Chirurgie Cardio-vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-réanimation

** Enseignants Militaires*

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

4. 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. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. YAGOUBI Maamar	Environnement, Eau et Hygiène
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

Mise à jour le 11/06/2020

KHALED Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR

** Enseignants Militaires*

Dédicaces

*Ce travail représente l'aboutissement d'un long parcours et
le commencement, j'espère, d'un parcours de recherche.*

*Ce parcours n'aurait pas été le même sans les personnes qui
ont croisé mon chemin et je n'aurai été probablement pas la
même personne sans l'influence de chacun de vous.*

Par gratitude, je vous dédie mon travail.

A ma mère,

La première chose qui me vient à l'esprit, c'est le moment décisif de l'orientation qu'allait prendre mon chemin professionnel, le moment où tu as tout fait pour me convaincre de ne pas opter pour des études médicales. Tu disais qu'il s'agissait d'un parcours long, difficile et peu enrichissant. Après coup, tes inquiétudes étaient en partie fondées, mais je ne regrette rien. Combien même la difficulté, il s'agit d'un métier noble, altruiste et passionnant. Je te remercie pour le souci que tu t'es fait.

Les histoires de ton parcours médical m'ont beaucoup aidé durant mon cursus. C'était une façon pour toi de me montrer que malgré la difficulté, on finit par y arriver.

Ton soutien et tes conseils m'ont beaucoup apporté et grâce à toi, j'ai fini par constituer une grande bibliothèque médicale, qui m'a énormément servi.

Ta gentillesse, ta sociabilité, ta résilience et ton côté serviable m'ont beaucoup inspiré.

Ce travail est un petit témoignage de mon amour et ma reconnaissance.

Puisse Dieu t'accorder la santé, le bonheur et sa protection.

A mon père,

A contrario de maman, tu m'as encouragé à faire des études de médecine. Ce soutien a participé à ma prise de décision.

Ta façon de dédramatiser les événements voire les banaliser m'a aidé à relativiser et à mieux vivre les difficultés du parcours.

Ton pragmatisme, ton éthique et ta résilience ont été une grande source d'inspiration pour moi.

Puisse ce travail être à la hauteur de tes espérances, tu y trouveras le témoignage de mon amour et ma reconnaissance.

Puisse Dieu t'accorder la santé, le bonheur et sa protection.

A ma sœur,

Tu es un pilier très important dans ma vie. Nous avons partagé énormément de choses ensemble. Tu as été une confidente et une épaule solide sur laquelle j'ai toujours pu me reposer. Ton énorme soutien a été très précieux et tes conseils m'ont beaucoup aidé. Je n'y serais pas arrivée sans toi.

Ton empathie, ton altruisme, ton affection, ta gentillesse et ta bonté ont été une source d'inspiration pour moi.

Puisse notre esprit de famille se fortifier au cours des années et notre fraternité demeurer toujours aussi solide.

A Zahra,

Tu as été une seconde maman pour moi. Tu as pris soin de moi pendant des années. Je t'en témoigne une reconnaissance et une gratitude infinies.

A Bacha,

Ton optimisme et ta positivité m'ont positivement influencé durant ces dernières années. Je te remercie aussi pour ton aide.

A ma famille,

Je vous remercie pour votre soutien. Je remercie spécialement ma cousine Imane, ma grand-mère maternelle, mes tantes Majda, Amina et Najat qui ont toujours été présentes par leurs prières et leurs mots réconfortants. Votre soutien m'a toujours touché.

A Bassam,

Wissal et toi m'avez toujours permis de faire des pauses durant mes longues heures de travail. Tu as aussi été inspirant du fait de ton sens du bien-être. Je te remercie pour ça.

A Ilyass,

Nous avons partagé de nombreux moments ensemble, des moments heureux mais aussi des moments difficiles, mais tu as toujours su tirer de ces derniers des bénéfices et des leçons. Ton sourire et tes mots ont toujours été d'un grand réconfort et d'un grand soutien.

Ton optimisme, ta positivité, ta résilience, ta simplicité, ton empathie, ta bonté, ton affection, ton côté attentionné, ta capacité d'adaptation et ton aspiration à toujours être une meilleure personne ont été une grande source d'inspiration pour moi.

Tu as été une épaule solide sur laquelle je pouvais me reposer. Je t'en témoigne une profonde gratitude et reconnaissance.

Aux 4 fantastiques,

A Sara,

De la maternelle à la médecine, nous avons vécu ensemble un nombre considérable et une diversité de choses : des moments de travail, d'associatif, de partage et d'amitié. Je ne te remercierai jamais assez de m'avoir laissée être ta copilote durant les partiels, de m'avoir toujours prêtée main forte, d'avoir toujours trouvé les mots justes et réconfortants et d'avoir toujours essayé de trouver des solutions.

Ta maturité, ta sagesse, ta sérénité, ta gentillesse, ton éthique et ta bonté ont été une source d'inspiration pour moi.

Ta présence a été précieuse, je n'y serais pas arrivée sans toi.

A Farah,

On a aussi grandi ensemble. Tu as été une très bonne compagne de révisions et de musique. Tu as toujours été à l'écoute et soucieuse de mon bien-être.

Ton optimiste, ta sagesse, ta sérénité, ton éthique, ta gentillesse et ta bonté ont été une source d'inspiration pour moi.

Merci infiniment d'avoir été là.

Aux 8 filles et un jean,

A Sarra,

Nous avons vécu cette aventure ensemble, avec ses hauts et ses bas. On a vécu des moments de folie, des moments drôles, des moments de confiance et aussi des moments difficiles. J'ai le sourire aux lèvres en pensant à certains souvenirs.

Ton courage, ta détermination, ta persévérance, ta résilience, ton altruisme, ton éthique et ta bonté ont été une source d'inspiration pour moi.

Je te remercie infiniment.

A Oumaima,

On a grandi ensemble et on a évolué ensemble. On a partagé une multitude de choses : des moments de travail, des moments de partage et de confiance et aussi des moments délicats. Malgré la séparation de nos chemins professionnels, on a continué à évoluer ensemble, à s'encourager et à se soutenir.

Ta détermination, ta persévérance, ton excellence, ton ambition, ton altruisme, ta générosité, ton éthique et ta bonté ont été une source d'inspiration pour moi.

Tu as toujours cru en moi. Je t'en suis profondément reconnaissante.

A Rim,

On a aussi grandi ensemble. Les premiers souvenirs qui me viennent sont les souvenirs de fous rires en classe. Ça a été très agréable de t'avoir à mes côtés.

Ton optimisme, ta positivité, ton enthousiasme, ton ambition, ton brin de folie et ton côté très drôle ont été une source d'inspiration pour moi.

Je t'en remercie sincèrement.

A Fatine,

Je garde de bons souvenirs passés avec toi : de longues discussions qui nous coûtaient des nuits blanches et des moments de fous rires surtout après l'élaboration de plans drôles et bizarres.

Ton courage, ta persévérance, ton attention, ta bonté et ton brin de folie ont été une source d'inspiration pour moi.

Je t'en remercie sincèrement.

A Zaineb,

On s'est connues au lycée grâce à une expérience commune qu'on a vécu. Cette amitié me montre que même les expériences les plus difficiles, peuvent être l'origine d'un bien.

Tu as toujours été très encourageante et tu m'as poussé à affronter mes peurs.

Ta douceur, ta résilience et ta gentillesse ont été une source d'inspiration pour moi.

Je t'en remercie sincèrement.

A Yousra,

On a toujours essayé de s'encourager du mieux que l'on pouvait.

*Ton courage, ta persévérance, ta résilience et ton ambition ont été une source
d'inspiration pour moi.*

Je t'en remercie.

A Anas,

*On a grandi ensemble et on s'est toujours soutenu durant les différentes étapes de nos
vies.*

*Ton pragmatisme, ton objectivité, ton ambition, ton efficacité, ta générosité, ta
compréhension et ton côté « caring » ont été une source d'inspiration pour moi.*

En souvenir de toutes nos longues discussions.

Je t'en remercie sincèrement.

A Mohammed,

*Notre rencontre s'est faite par le plus grand des hasards et le hasard fait bien les
choses.*

Ton soutien et tes encouragements m'ont beaucoup apporté.

*Ton pragmatisme, ta simplicité, ton intégrité, ta gentillesse, ta bonté et ton côté
serviable ont été une source d'inspiration.*

Tu as toujours répondu présent quand j'avais besoin d'aide.

Je t'en suis profondément reconnaissante.

A Myriam,

A ma copine de lettre, on a évolué ensemble durant le cursus et ta présence durant les stages a été précieuse.

Ta douceur, ta gentillesse, ta bonté, ta quiétude et ta simplicité ont été une source d'inspiration.

Tu as toujours répondu présente quand j'avais besoin d'aide.

Je t'en suis profondément reconnaissante.

A Rhita,

Ton enthousiasme, ton brin de folie, tes conseils et tes encouragements m'ont aidé durant le cursus. Je garde en tête des moments spéciaux qu'on a partagé tels que le travail de la revue médicale ou nos discussions profondes sur la vie.

A mes amis,

A Saad, pour ses encouragements, ses conseils, sa gentillesse et son écoute.

A Nour, pour son aide et ses conseils.

A Benayad, pour son soutien, son énergie positive et son sens de l'organisation qui m'a inspiré.

A Ali, pour sa gentillesse.

A Imane et Diyae, mes voisines avec qui j'ai partagé de très bons moments.

A Yassir, pour son pragmatisme, sa culture et son originalité.

A Laila, pour tes encouragements et ta vision de la vie. Ta persévérance et ton audace sont une source d'inspiration pour moi.

A mes amis associatifs,

A Basma, tu as été ma compagne secrète ces derniers mois. Cette chose commune que nous partageons, représente beaucoup pour moi. Je te remercie pour ton aide, tes conseils et tes encouragements.

A Mahmoud, qui a été d'une grande aide en partageant ses documents et ses ouvrages médicaux. Nous nous sommes aussi encouragés à différents moments de notre cursus tels que la préparation de l'internat ou l'apprentissage de l'allemand. Ta persévérance et ton ambition ont été une source d'inspiration.

A Salim, qui a été la raison principale de mon activité associative. Je ne t'en remercierai jamais assez de m'avoir encouragé à prendre ce chemin. Ton travail acharné et ton ambition ont été une source d'inspiration.

A Ossema, qui a été d'un grand soutien et d'une grande écoute. Ta gentillesse et ta bonté ont été une source d'inspiration.

A Leïla, dont la sagesse, la maturité et le pragmatisme m'ont toujours épaté. Je te remercie pour ton aide et tes conseils.

A Ismail, pour son côté sain et sportif qui m'a toujours inspiré. Je te remercie aussi pour ton aide.

A Saad, qui m'a beaucoup inspiré par sa polyvalence, son ambition et son courage. Tu as été d'une grande aide dans l'élaboration de la revue médicale. Je t'en remercie.

A Wissal, qui m'a inspiré par sa gentillesse et son optimisme.

A Faouz, qui m'a inspiré par sa force et sa persévérance.

For my friends of Leipzig,

For Ema, thank you for your kindness, your help and your sweetness.

*For Sebastian, thank you for your incredible kindness, your help and your warm
welcome.*

For Henning, thank you for your advices and for your help.

A Najia, Yassir, Hala et Lamia,

*Vous avez été mes binômes de stage. Je vous remercie pour tous ces moments partagés
ensemble à l'hôpital.*

*Je remercie par la même occasion Salma avec qui j'ai partagé de bons moments et mes
groupes de stage qui m'ont accompagné durant mon cursus.*

Aux parents de mes amis,

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

A IFMSA Morocco, à la Méd'OCiation et au SCOME,

*Cette association m'a apporté beaucoup en termes d'enrichissement personnel. J'ai
beaucoup appris et j'ai aussi rencontré par son intermédiaire des personnes
fantastiques et inspirantes.*

*Cette association m'a permis de travailler dans le domaine de l'éducation médicale, un
domaine qui me passionne beaucoup. J'en profite pour remercier les Scomedians pour le
travail qu'on a pu accomplir ensemble.*

Aux professeurs,

*Aux Pr. Afifi, Pr. Bichra, Pr. Ouzedoune, Pr. Mahraoui, Pr. Assermouh, Pr Bourraza,
Pr. Kouach, Pr. Moussaoui, Pr. Larakj, Pr. Soualhi, Pr. Ait Ali, je vous remercie pour
l'intérêt que vous portez aux étudiants.*

*Aux étudiants qui m'ont permis de diffuser le questionnaire, aux
responsables des différentes promotions ainsi que les associations de
médecine de Rabat, un grand merci !*

*Je cite parmi eux Omar, Rêda, Youssef, Jaafar, Zaineb, Sarah, Oumaima, Simo, Ilyas,
Sara, Hajiba, Brahim, Hamza, Marouane, Yassine, Aya, Mehdi, Amine, Ayoub,
Youssef et Ilyas. Merci à la Méd'Ociation et à la MSR.H.*

Aux étudiants ayant répondu au questionnaire, merci infiniment !

Aux patients qui m'ont permis d'apprendre.

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

Remerciements

A

Notre maître et Président de thèse,

Monsieur Redouane ABOUQAL

Professeur de réanimation médicale

*Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie d'avoir apporté
votre expertise au service de ce travail. Votre contribution a été précieuse.*

Soyez assuré de mon respect et de ma gratitude.

A

Notre maître et Rapporteur de thèse,

Madame Jihane BELAYACHI

Professeur de réanimation médicale

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

Votre gentillesse, votre bienveillance, votre patience, votre quiétude ont été une source d'inspiration pour moi.

Je vous remercie pour vos conseils et vos encouragements.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée.

A

Notre maître Juge de thèse

Monsieur Brahim LEKEHAL

Professeur de chirurgie vasculaire

C'est pour moi un honneur que vous acceptiez de siéger parmi notre honorable jury.

Je vous remercie pour votre accueil chaleureux, vos précieux conseils et votre temps.

Je vous remercie aussi du vif intérêt que vous portez à cette thèse.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de ma gratitude.

A

Notre maître Juge de thèse

Madame Imane JROUNDI

Professeur de médecine sociale

Je suis honorée par votre présence parmi notre honorable jury.

Je vous remercie pour votre accueil spontané, chaleureux et enthousiaste.

De par votre expertise, votre point de vue donnera une nouvelle dimension à ce travail.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

A

Notre maître Juge de thèse

Madame Maria SABIR

Professeur de psychiatrie

Je vous remercie pour le privilège que vous m'avez accordé en siégeant parmi ce jury.

Votre expertise et vos compétences dans le domaine de la psychiatrie seront d'une grande valeur et d'un grand apport pour ce travail.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Liste des abréviations

AAPML	: Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux
AEMM	: Association des Etudiants en Médecine de Marrakech
AMO	: Assurance Médicale Obligatoire
ANOVA	: Analysis of Variance
BAI	: Beck Anxiety Inventory
BAPU	: Bureau d'Aide Psychologique Universitaire
BDE	: Bureau des étudiants
BDI	: Beck Depression Inventory
BIPE	: Bureau Interface professeurs Etudiants
CES	: Center for Epidemiological Studies
CES-D	: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CFI	: Comparative Fit Index
CHP	: Centre Hospitalier Périphérique
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CIM	: Classification Internationale des Maladies
DASS	: Depression Anxiety Stress Scale
DS	: Déviation Standard
DSM	: Diplôme de Spécialité Médicale
DSM 5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux 5
DSM-R	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised
EBM	: Evidence Based Medicine
EP	: Épuisement professionnel

FMPM	: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech
FMPR	: Faculté de Médecine et de Pharmacie
GAD	: General Anxiety Disorder
HAS	: Haute Autorité de Santé
HADS	: Hospital Anxiety and Depression Scale
HARS	: Hamilton Anxiety Rating Scale
IFMSA	: International Federation of Medical Students' Association
IQR	: Intervalle Inter Quartile
LMD	: Licence Master Doctorat
MBI	: Maslach Burnout Inventory
MCS	: Mental Compenent Scale
Méd	: Médiane
Moy	: Moyenne
MSWBI	: Medical Student Well-Being Index
N	: Nombre
NIMH	: National Institute of Mental Health
OLBI	: Oldenburg Burnout Inventory
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PA	: Professeur Assistant
PCS	: Physical Compenent Scale
PH	: Praticien hospitalier
PHQ	: Patient Health Questionnaire
PLS SEM	: Partial Least Squares Structural Equation Modeling
PSS	: Perceived Stress Scale
QCM	: Question à choix multiple
QDV	: Qualité de vie

QR	: Question Réponse
QROC	: Question à Réponse Ouverte Courte
RMSEA	: Root Mean Square Error Approximation
SAP	: Score d'accomplissement personnel
SD	: Score du désengagement
SEM	: Structural Equation Modeling
SF-36	: Short Form 36
SF-12	: Short Form 12
SUMPPS	: Service de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
SVT	: Sciences de la Vie et de la Terre
S4	: Semestre 4
S6	: Semestre 6
S10	: Semestre 10
TLI	: Tucker Lewis Index
TS	: Tentative de suicide
UM6SS	: Université Mohammed 6 des Sciences de la Santé
WHOQOL	: World Health Organisation Quality Of Life assessment

Liste des illustrations

Liste des figures

Figure 1 : Graphe représentant l'évolution du nombre de publications scientifiques sur la santé mentale des étudiants en médecine en fonction de la date de publication	5
Figure 2 : Le processus de burnout d'après le modèle tri-dimensionnel (Maslach)	22
Figure 3 : Modèle proposé pour décrire l'interaction des effets de self complexity, l'identité et les normes du bien-être des étudiants en médecine	42
Figure 4 : Modèle de stress base sur Kocalevent et al.	43
Figure 5 : Modèle de stress base sur Kocalevent et al.	44
Figure 6 : Le processus de burnout d'après le modèle tri-dimensionnel (Maslach)	44
Figure 7 : Modèle transactionnel du burnout (Cherniss, 1980, 1993)	45
Figure 8 : Un modèle conceptuel du bien-être des étudiants en médecine : réservoir de coping	46
Figure 9 : Répartition de la population d'étude selon le sexe	52
Figure 10 : Répartition de la population d'étude selon le statut matrimonial	53
Figure 11 : Répartition de la population d'étude selon le type d'habitation	53
Figure 12 : Répartition de la population d'étude selon le niveau éducatif des parents	54
Figure 13 : Répartition de la population d'étude selon l'origine du support financier	55
Figure 14 : Répartition de la population d'étude selon la somme d'argent de poche mensuel (en Dhs)	56
Figure 15 : Répartition de la population d'étude selon la pratique régulière d'activité(s) de bien-être	56
Figure 16 : Répartition de la population d'étude selon le type d'activité(s) de bien-être	57
Figure 17 : Répartition de la population d'étude selon la présence de maladie physique chronique ...	57
Figure 18 : Répartition de la population d'étude selon la consultation pour la santé mentale antérieure aux études en médecine.....	58
Figure 19 : Répartition de la population d'étude selon le diagnostic d'une maladie mentale antérieure aux études en médecine.....	58
Figure 20 : Répartition de la population d'étude selon la consommation de médicament(s) pour la santé mentale antérieurement aux études en médecine.....	59
Figure 21 : Répartition de la population d'étude selon la consultation actuelle pour la santé mentale	60
Figure 22 : Répartition de la population d'étude selon le diagnostic de maladie mentale pendant les études en médecine	61
Figure 23 : Répartition de la population d'étude selon la consommation actuelle de médicament(s) pour la santé mentale	61
Figure 24 : Répartition de la population d'étude selon la présence ou l'absence de source(s) de stress dans la vie de l'étudiant	62
Figure 25 : Répartition de la population d'étude selon le type de source(s) de stress	62
Figure 26 : Répartition de la population d'étude selon le vécu d'événement(s) de vie négatif(s) durant les 12 derniers mois	63
Figure 27 : Répartition de la population d'étude selon l'année académique.....	63
Figure 28 : Répartition de la population d'étude selon la fréquence de l'échec académique.....	64
Figure 29 : Répartition de la population d'étude selon le type d'échec académique.....	64

Figure 30 : Niveau de peur de l'échec chez la population d'étude	65
Figure 31 : Aide de la faculté à la compréhension de l'échec selon la population d'étude.....	66
Figure 32 : Accessibilité des cours selon la population d'étude.....	67
Figure 33 : Charge de travail selon la population d'étude	68
Figure 34 : Suffisance des vacances selon la population d'étude	69
Figure 35 : La focalisation de l'enseignement sur l'étudiant selon la population d'étude	70
Figure 36 : Intégration de l'étudiant dans la prise de décision selon la population d'étude.....	71
Figure 37 : Contribution de la faculté à la préparation à la carrière médicale selon la population d'étude.....	72
Figure 38 : Certitude du futur quant à la spécialisation selon la population d'étude	73
Figure 39 : Qualité de la majorité des relations professeur-étudiant selon la population d'étude	74
Figure 40 : Besoins de l'étudiant selon la population d'étude.....	75
Figure 41 : Répartition de la population selon la présence de consommation de substances.....	76
Figure 42 : Répartition de la population selon la consommation de médicaments durant les études en médecine	77
Figure 43 : Répartition de la population selon le type de drogues consommées durant les 12 derniers mois.....	78
Figure 44 : Répartition de la population selon l'usage de substance pour le bien-être.....	79
Figure 45 : Répartition de la population selon l'usage de substance pour l'amélioration de la performance académique	79
Figure 46 : Répartition de la population selon la préoccupation de l'étudiant par rapport à son usage de substance.....	80
Figure 47 : Répartition de la population selon l'inquiétude de l'entourage concernant l'usage de substance de l'étudiant	81
Figure 48 : Répartition de la population selon le taux d'idées/planification de tentative /tentative de suicide durant les études médicales	82
Figure 49 : Répartition de la population selon les idées de renoncement aux études médicales durant le cursus	83
Figure 50 : Répartition de la population selon le choix de refaire des études médicales	83
Figure 51 : Répartition de la population selon les niveaux de stress	84
Figure 52 : Répartition de la population selon les niveaux de trouble	85
Figure 53 : Répartition de la population selon la présence ou l'absence d'anxiété	85
Figure 54 : Répartition de la population selon la présence ou l'absence de dépression	86
Figure 55 : Répartition de la population selon les niveaux de burnout global	86
Figure 56 : Répartition de la population selon les niveaux d'épuisement émotionnel.....	87
Figure 57 : Répartition de la population selon les niveaux de désengagement	87
Figure 58 : Répartition de la population selon les moyennes des différentes dimensions de la qualité de vie.....	88
Figure 59 : Modèle de santé mentale des étudiants en médecine de Rabat.....	95
Figure 60 : Approche transactionnelle du stress : un processus multifactoriel	122
Figure 61 : La carte des comportements de bien-être des étudiants en médecine	125

Liste des tableaux

Tableau I : Domaines et aspects pris en compte dans l'évaluation de la qualité de vie	23
Tableau II : Interprétation du score d'Oldenburg du burnout	40
Tableau III : Dimensions et items correspondants du SF-12	41
Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques.....	89
Tableau V : La santé de l'étudiant en médecine	90
Tableau VI : Caractéristiques académiques	91
Tableau VII : Présence de consommation de substances.....	92
Tableau VIII : Consommation de médicaments psychotropes lors des études en médecine .	92
Tableau IX : Usage de substance durant les 12 derniers mois	92
Tableau X : Idées/planification de tentative/tentative de suicide durant les études en médecine	93
Tableau XI : Idées de renoncement aux études médicales durant le cursus	93
Tableau XII : Études médicales comme choix à refaire	93
Tableau XIII : Santé mentale des étudiants en médecine de Rabat.....	94
Tableau XIV : Les relations entre les différents paramètres de santé mentale (effets directs, indirects, totaux).....	96
Tableau XV : Indices de qualité du modèle	96
Tableau XVI : Stratégies de coping dites « fonctionnelles » et « dysfonctionnelles ».....	124

Sommaire

Introduction	1
Partie théorique.....	6
I. Les études médicales au Maroc.....	7
II. La santé mentale des étudiants en médecine : revue de littérature	12
1. La santé mentale des étudiants en médecine dans le monde.....	12
2. La santé mentale des étudiants en médecine au Maroc	12
2.1. Publications	12
2.2. Thèses.....	14
2.2.1. La santé mentale	14
2.2.2. La consommation de substance	15
2.2.3. L'environnement éducatif	16
2.2.4. Autres sujets relatifs à la santé mentale	18
III. Définitions	19
1. La santé mentale.....	19
2. Le stress	19
3. L'anxiété	20
4. La dépression	21
5. Le burnout.....	21
6. La qualité de vie	23
7. Le suicide.....	24
8. Les substances	24
IV. Les instruments de mesure de la santé mentale.....	25
1. Le stress	25
2. L'anxiété	26
3. La dépression	26
4. Le burnout.....	27
5. La qualité de vie	27
Partie pratique.....	28
Matériels et méthodes	29
A. Design de l'étude.....	30
B. Période de l'étude.....	30
C. Critères d'inclusion	30

D. Critères d'exclusion	30
E. Mesures	30
I. Recueil des données	30
II. Ethique	30
III. Variables recueillies	31
1. Caractéristiques personnelles	31
1.1. Les critères sociodémographiques	31
1.1.1. Age	31
1.1.2. Sexe	31
1.1.3. Statut matrimonial	31
1.1.4. Résidence	31
1.1.5. Niveau éducationnel des parents	31
1.1.6. Support financier	31
1.1.7. Activités de bien-être	32
1.2. La santé de l'étudiant en médecine	32
1.2.1. Maladie physique chronique	32
1.2.2. Santé mentale de l'étudiant antérieure aux études en médecine	32
1.2.3. Santé mentale de l'étudiant durant les études en médecine	33
1.2.4. Sources de stress durant les études en médecine	33
1.2.5. Évènement(s) de vie négatif(s) durant les 12 derniers mois	33
2. Caractéristiques académiques	34
2.1. Année académique	34
2.2. Echec académique	34
2.3. Accessibilité des cours	34
2.4. Rythme de travail	35
2.5. Participation de l'étudiant	35
2.6. Futur de l'étudiant	35
2.7. Qualité de la majorité des relations professeur-étudiant	35
2.8. Besoin(s) de l'étudiant	36
3. Conséquences personnelles	36
3.1. La consommation de substances	36
3.1.1. Présence de consommation de substances	36

3.1.2. Consommation de médicaments psychotropes durant les études en médecine..	36
3.2. Usage de substances durant les 12 derniers mois	37
3.2.1. Type de drogue	37
3.2.2. Usage de substance pour le bien-être	37
3.2.3. Usage de substance(s) pour l'amélioration de la performance académique	37
3.2.4. Préoccupation de l'étudiant par rapport à ces usages.....	37
3.2.5. Inquiétude de l'entourage par rapport à ces usages	37
3.3. Idées/planification/tentative suicide durant les études en médecine	37
3.3.1. Idées suicidaires ;	37
3.3.2. Planification de tentative de suicide ;.....	37
3.3.3. Tentative de suicide	37
3.4. Idées de renoncement aux études médicales durant le cursus	38
3.5. Etudes médicales comme un choix à refaire	38
4. Santé mentale : instruments de mesure	38
4.1. Le stress: Perceived Stress Scale (PSS)	38
4.2. L'anxiété et la dépression : Patient Health Questionnaire (PHQ-4)	39
4.3. Burnout: Oldenburg Burnout Inventory (OBLI)	39
4.4. La qualité de vie : Short Form 12 (SF-12)	40
F. Le modèle hypothétique de santé mentale des étudiants en médecine de Rabat.....	42
1. Hypothèse 1,2,3,4 stress → anxiété, dépression, burnout, qualité de vie	42
2. Hypothèse 1 : stress → anxiété	42
3. Hypothèse 2: stress → dépression	43
4. Hypothèse 3: stress → burnout	44
5. Hypothèse 4: stress → qualité de vie.....	46
6. Hypothèse 5,6,7 : Difficultés/détresse psychologique(s) (anxiété, dépression et burnout) → QDV	46
7. Hypothèse 5 : anxiété → qualité de vie	47
8. Hypothèse 6 : dépression → qualité de vie	47
9. Hypothèse 7 : burnout → qualité de vie	48
G. Analyse statistique.....	49
Résultats	51

A. Analyse descriptive	52
I. Graphiques.....	52
1. Caractéristiques personnelles.....	52
1.1. Les critères sociodémographiques	52
1.1.1. Age	52
1.1.2. Sexe	52
1.1.3. Statut matrimonial	53
1.1.4. Résidence.....	53
1.1.5. Niveau éducationnel des parents	54
1.1.6. Support financier.....	55
1.1.7. Activités de bien-être.....	56
1.2. La santé de l'étudiant en médecine.....	57
1.2.1. Maladie physique chronique	57
1.2.2. Santé mentale de l'étudiant antérieure aux études en médecine	58
1.2.3. Santé mentale de l'étudiant durant les études en médecine	60
1.2.4. Sources de stress	62
1.2.5. Évènement(s) de vie négatif(s) durant les 12 derniers mois	63
2. Caractéristiques académiques	63
2.1. Année académique.....	63
2.2. Echec académique	64
2.3. Accessibilité des cours	67
2.4. Rythme de travail.....	68
2.5. Participation de l'étudiant	70
2.6. Futur de l'étudiant	72
2.7. Qualité de la majorité des relations professeur-étudiant	74
2.8. Besoin(s) de l'étudiant	75
3. Conséquences personnelles	76
3.1. Consommation de substances.....	76
3.1.1. Présence de consommation de substances :	76
3.1.2. Consommation de médicaments psychotropes durant les études en médecine :	77
3.2. Usage de substances durant les 12 derniers mois	78
3.2.1. Type de drogue	78

3.2.2.	Usage de substance pour le bien-être	78
3.2.3.	Usage de substance(s) pour l'amélioration de la performance académique	79
3.2.4.	Préoccupation de l'étudiant par rapport à son usage de substance	79
3.2.5.	Inquiétude de l'entourage par rapport à l'usage de substance de l'étudiant	80
3.3.	Idées/planification de tentative /tentative de suicide durant les études en médecine .	81
3.4.	Idées de renoncement aux études médicales durant le cursus	82
3.5.	Etudes médicales comme un choix à refaire :	83
4.	Santé mentale	84
4.1.	Stress	84
4.2.	Anxiété et dépression	84
4.2.1.	Niveau de trouble	84
4.2.2.	Anxiété	85
4.2.3.	Dépression	85
4.3.	Burnout	86
4.3.1.	Burnout global	86
4.3.2.	Épuisement émotionnel	86
4.3.3.	Désengagement	87
4.4.	Qualité de vie	88
II.	Tableaux récapitulatifs de l'analyse descriptive	89
1.	Caractéristiques personnelles	89
1.1.	Caractéristiques socio-démographiques	89
1.2.	La santé de l'étudiant en médecine	90
	Tableau V : La santé de l'étudiant en médecine	90
2.	Caractéristiques académiques	90
3.	Conséquences personnelles	91
3.1.	Consommation de substances	92
3.1.1.	Présence de consommation de substance(s)	92
3.1.2.	Consommation de médicaments psychotropes durant les études en médecine	92
3.2.	Usage de substances durant les 12 derniers mois	92
3.3.	Idées/planification de tentative/tentative de suicide durant les études en médecine :	93
3.4.	Idées de renoncement aux études médicales durant le cursus	93
3.5.	Etudes médicales comme un choix à refaire	93

4. Santé mentale	93
Tableau XIII : Santé mentale des étudiants en médecine de Rabat	94
B. Le modèle établi de santé mentale des étudiants en médecine de Rabat	95
Discussion	97
1. La prévalence de la détresse psychologique des étudiants en médecine.....	98
2. Les caractéristiques personnelles.....	99
3. Les caractéristiques académiques	101
4. Le modèle	108
5. Conséquences personnelles	111
6. Forces et limites de l'étude	114
6.1. Limites.....	114
6.2. Forces	115
Recommandations.....	116
I. Interventions	117
1. Les interventions institutionnelles	117
2. Les interventions sur les étudiants	117
2.1. Interventions en groupe.....	117
2.2. Interventions individuelles	118
II. Structures	119
1. Au Maroc.....	119
1.1. A la Faculté de Médecine de Marrakech (28)	119
1.2. A la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat.....	120
2. A l'étranger	120
III. Développement personnel	121
1. Le coping.....	121
2. Facteurs protecteurs.....	124
IV. Perspectives	126
Conclusion.....	128
Résumés	130
Appendice	134
Annexe	176
Bibliographie	188

Introduction

La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. La santé et le bien-être mentaux sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence. C'est pourquoi, la promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale sont des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés partout dans le monde (1).

Une revue systématique, qui s'est basée sur 40 études auprès de la population d'étudiants en Médecine aux États-Unis et au Canada, a montré une haute prévalence d'anxiété et de dépression et des taux de détresse de psychologique élevés par rapport à la population générale (2). La même comparaison a été faite en qui concerne la qualité de vie dans une étude faite en Nouvelle Zélande et qui a trouvé une faible qualité de vie des étudiants en médecine en comparaison avec la population générale (3).

La population des étudiants en médecine n'est donc pas immunisée contre les troubles de la santé mentale. Cette population a ses spécificités. Tout d'abord, par l'intégration des études de médecine à la suite d'une sélection rigoureuse, s'ensuit l'engrenage dans des études longues et difficiles. On peut donc facilement envisager que ce parcours soit à risque de développer des difficultés psychologiques. En effet, on retrouve dans une étude menée aux États-Unis dans 7 écoles de médecine, que les étudiants en médecine souffraient de différentes formes de détresse psychologique : de burnout, de dépression, de stress, de faible qualité de vie mentale, de faible qualité de vie physique et de fatigue. 82% des étudiants avaient au moins une détresse psychologique dont 19% vivant avec une détresse psychologique, 16% avec 2, 14% avec 3, 16% avec 4, 13% avec 5 et 5% vivant avec 6 détresses psychologiques. Les 62 combinaisons des différentes détresses psychologiques

étudiées, étaient toutes possibles. L'étude déduit donc une variabilité de profil de ces détreesses. Ces 6 formes de détresse psychologique ont montré une relation statistiquement significative avec la présence d'idées suicidaires et l'idée de renoncement aux études médicales, s'ajoute le fait que plus le nombre de combinaisons augmentait, plus le risque de ces idées augmentait (4). C'est dire le riche panel de formes de détresse psychologique que peut subir l'étudiant en médecine.

Cette détresse psychologique (stress, anxiété, dépression, burnout) est expliquée dans une revue de la littérature (la littérature apparue entre 1966 et 2004) par un ensemble de facteurs. Les principales causes retrouvées étaient : l'adaptation à l'environnement médical, les conflits éthiques, l'exposition à la souffrance et la mort, les prêts étudiants, la maltraitance des étudiants et les facteurs personnels liés à celui-ci. Cette détresse psychologique avait elle-même des conséquences telles que : la mauvaise performance académique, la malhonnêteté académique, le cynisme, le suicide et la consommation de substances (5). Cette dernière a été évaluée dans une revue systématique (littérature entre 1988 et 2013), trouvant des taux de consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, d'hypnotiques et sédatifs, de stimulants, de cocaïne et des opiacés de 24%, 17,2%, 11,8%, 9,9%, 7,7%, 2,1% et de 0,4% respectivement chez les étudiants en médecine. Quant au suicide, on retrouve dans une revue systématique et méta-analyse, une prévalence de 11,1% d'idées suicidaires.

La détresse psychologique des étudiants en médecine ne s'arrête donc pas seulement à des facteurs personnels et académiques mais aussi à des conséquences du même type rendant la problématique de la santé mentale de l'étudiant en médecine, une problématique complexe qui pourrait affecter non seulement la future qualité de soins mais aussi la santé au long terme des étudiants comme le souligne les auteurs d'une méta analyse sur 129000 étudiants dans 47 pays différents (6). En effet, Selye, un imminent endocrinologue considéré aujourd'hui comme « le père du stress », considère que l'origine des maladies de l'adaptation est un stress mal résolu par l'organisme. Elles correspondraient à des dérèglements, notamment hormonaux, consécutifs au stress. Ce dernier interviendrait donc très certainement à la fois comme facteur précipitant et aggravant dans de très nombreuses maladies physiques. En plus des troubles fonctionnels, qui sont aussi influencés par les facteurs de stress (7).

Ces répercussions sur la santé pourraient être plus importantes si la détresse psychologique se pérennise dans le temps. En effet, ces troubles psychologiques ne seraient pas forcément temporaires comme le dévoile plusieurs travaux. Une étude a montré que la qualité de vie des étudiants avait subi une détérioration lors des études médicales et n'avait jamais retrouvé son état de base, celui de l'entrée aux études (8). Dans le même sens, une autre étude a trouvé que le stress vécu lors des études médicales est prédicteur de trouble de santé mentale durant les 4 années après l'obtention du diplôme (9). Encore plus inquiétant, des études ont montré que la santé mentale des résidents et des professionnels de la santé de manière générale était tout aussi critique, comme est le cas d'une enquête marocaine qui retrouve des taux importants de stress et de burnout chez le personnel soignant (médecins et infirmiers) (10).

C'est montrer à quel point il est important d'agir en armant l'étudiant d'outils pour faire face et surmonter les difficultés liées au cursus médical afin d'amoindrir les répercussions d'une exposition prolongée au stress. Pour pouvoir l'aider, il faudrait d'abord qu'il soit capable de demander de l'aide, ce qui n'est souvent pas le cas du fait de plusieurs facteurs tels que la stigmatisation, le problème de confidentialité, les frais ou le manque de temps comme le montre plusieurs études (11).

En effet, l'étudiant en médecine du fait de sa future fonction de prodiguer des soins, se voit victime de l'omerta comme le montre le livre du Dr Valérie Auslender qui rapporte des témoignages accablants d'étudiants en médecine en souffrance psychologique et sous silence radio (12) et victime du fait du mythe de l'invulnérabilité ou de l'invincibilité qui fait que demander ou recevoir de l'assistance serait vécu comme un affront par les médecins (13)

Tout cela rend la problématique de la santé mentale difficile à intégrer et à accepter. Cette dernière reste tout de même bien réelle au vu de l'augmentation du nombre de publications internationales dans les dernières années abordant la thématique. Cette augmentation révèle combien la santé mentale des étudiants en médecine est une question importante et d'actualité (Figure 1).

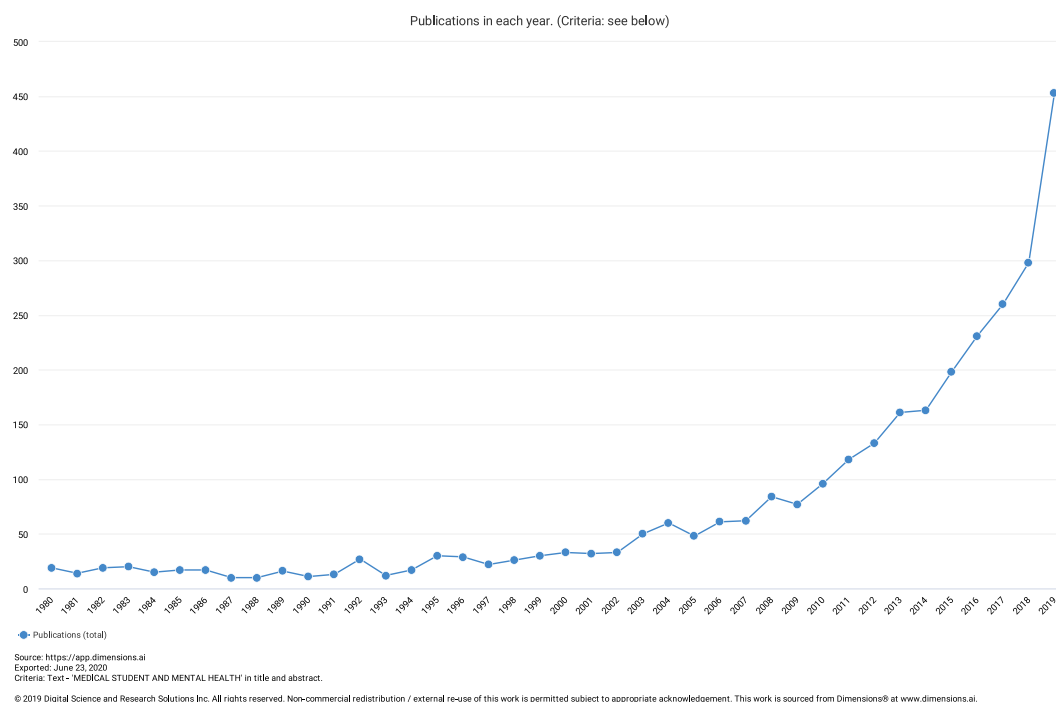


Figure 1 : Graphe représentant l'évolution du nombre de publications scientifiques sur la santé mentale des étudiants en médecine en fonction de la date de publication

Dans l'esprit d'un inédit et d'un brisement de cette loi du silence, nous nous sommes donc penchées sur la question de la santé mentale des étudiants en médecine de Rabat.

Les objectifs de notre travail étaient de :

1. Décrire les caractéristiques personnelles et académiques de l'étudiant en médecine de la FMPR (Faculté de Médecine et de pharmacie de Rabat).
2. Evaluer la présence de conséquences psychologiques (stress, anxiété, dépression, burnout et altération de la qualité de vie).
3. Etablir un modèle expliquant la santé mentale des étudiants en médecine de Rabat.

Partie théorique

I. Les études médicales au Maroc

L'accès à la faculté de médecine se fait en deux étapes. La première étape est une présélection basée sur un seuil (75% de l'examen national du baccalauréat et 25% de l'examen régional du baccalauréat) comparé à la note du baccalauréat de l'étudiant, ainsi seuls les étudiants ayant le seuil sont éligibles à passer le concours de médecine. La deuxième étape consiste en un concours composé de 4 épreuves : maths, physique, chimie et SVT. L'accès à la faculté de médecine se fait selon le classement obtenu au concours (la note obtenue), la faculté prenant le nombre requis des étudiants selon ce classement (14).

Les études de médecine sont parmi les études supérieures les plus longues. Ces études se font en français. Elles sont constituées d'une formation théorique et pratique au sein de l'une des sept universités ayant une Faculté de médecine (Rabat, Casablanca, Fès, Marrakech, Oujda, Tanger et Agadir) associée à l'un des sept centres hospitaliers universitaires (les deux récentes Facultés de Médecine de Tanger et Agadir ne disposent pas actuellement de CHU, ceux-ci étant en cours de construction). La durée totale des études médicales varie de 7 ans (médecine générale) à 13 ans (spécialités).

La médecine générale se déroule en trois cycles : cycle préclinique purement théorique durant deux ans (1^{ère} et 2^{ème} année) et dont la formation théorique est dispensée sous forme de cours magistraux, travaux pratiques et travaux dirigés et qui se soldent par un stage infirmier de 3 semaines ; puis le cycle clinique théorique et pratique durant trois ans (3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année) dont la formation théorique est dispensée sous forme de cours magistraux et dont la formation pratique, appelée stage d'externat, est dispensée à l'hôpital ; enfin le cycle clinique approfondi purement pratique durant deux ans (6^{ème} année: stage d'externat plein au CHU et 7^{ème} année : stage interné au CHP) et dont la formation pratique est dispensée à l'hôpital. Le diplôme de docteur en médecine est délivré après la réussite des sept années incluant la réussite des examens théoriques du 1^{er} et du 2^{ème} cycle, la validation de tous les stages cliniques, la réussite des examens cliniques de la septième année et la soutenance d'une thèse de médecine générale. L'accès à la spécialité médicale se fait de deux manières : la voie de l'internat et la voie du concours de résidanat.

Les étudiants ayant réussi leur cinquième année et validé tous les stages peuvent passer le concours d'internat. Les internes valident deux années d'internat au CHU (quatre semestres de stage interné : médecine, chirurgie, pédiatrie ou gynécologie obstétrique, stage de désidérata) à l'issue desquelles ils sont nommés résidents sur titre. Ils ont la priorité dans le choix de la spécialité. Les docteurs en médecine passent le concours de résidanat et sont nommés résidents sur concours. Chaque candidat doit au préalable choisir le type de spécialité pour lequel il veut concourir. En effet, un choix antérieur au concours doit se faire : concours de spécialités médicales, concours de spécialités chirurgicales et le concours de spécialités biologiques. À l'issue du concours (qui est identique entre les trois filières), dans chacune de ces filières, on obtient un classement, le choix de la spécialité et le type de contrat (bénévole, contractuel et CHU) se font en fonction de celui-ci. La durée du résidanat varie de trois à cinq ans : 3 ans pour la médecine du sport et la médecine du travail ; 4 ans pour les spécialités médicales, biologiques, pharmaceutiques et odontologiques ; 5 ans pour les spécialités chirurgicales et la médecine interne. À la fin du résidanat un examen de fin de spécialité (le DSM) donne accès au diplôme de spécialité.

La voie universitaire est accessible après la validation du résidanat et passage du concours de professeur assistant (anciennement réservé aux anciens internes et accessible actuellement aux deux voies) (15).

Actuellement, les études médicales chevauchent entre deux systèmes. En effet, une réforme des études médicales a été instaurée en 2015 et dont les objectifs étaient de :

- Revaloriser la médecine générale en créant un nouveau profil du médecin généraliste (ce qui implique la création de nouveaux programmes de formation pédagogique et professionnelle adaptés à ce nouveau profil) ;

- Créer des passerelles entre les filières des sciences de la santé, possible à 3 niveaux : fin de S4, fin de S6 et fin de S10 en instaurant un système LMD hybride, permettant la réorientation des étudiants en médecine. Ce système répond au droit de remord d'un étudiant qui, pour des raisons personnelles, ne peut pas continuer une carrière médicale longue, ou à un étudiant qui veut changer d'orientation vers un métier de recherche en santé. (Il est à noter que dans l'ancien système, le premier et le deuxième cycle ne donnaient aucun débouché si on ne passait pas aux étapes suivantes jusqu'à la thèse de doctorat) ;

- La création d'un examen d'habilitation ou d'évaluation des compétences qui permettra d'évaluer l'aptitude du candidat à exercer la médecine au Maroc. Cet examen national devra être organisé à la fin de la 7^{ème} année et doit viser la validation de l'ensemble des compétences acquises (cet examen remplacera les 4 examens cliniques (en médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique et pédiatrie à l'hôpital) ;

- Des mesures d'accompagnement préalables telles l'instauration de ressources humaines, matérielles et financières suffisantes ainsi que la création de postes de praticiens hospitaliers du CHU (PH) et le recrutement de Professeurs Assistants (PA).

- L'institutionnalisation de la formation continue ; (16)

Par ailleurs, un changement dans le système d'évaluation a été instaurée. Lors de l'ancien système, pour réussir son année universitaire, l'étudiant en médecine devait réussir ses matières et valider ses stages (pour les années concernées par le stage). Il était possible d'avoir recours à un seul crédit (c.à.d. une matière non validée et/ou un stage non validé), mais cette option n'était pas valable entre les cycles. La réussite d'une matière était définie par l'obtention d'une moyenne minimum de 10/20. Pour ce qui est des années non concernées par la formation théorique, la 6^{ème} année était validée suite à la validation de tous les stages hospitaliers et la 7^{ème} suite à la validation des stages hospitaliers et la réussite des examens cliniques. La validation des stages, attribuée par les chefs de service concernés, reposait sur le nombre d'absences, l'évaluation du comportement, la note de l'examen de fin de stage, la note de validation des objectifs de stage et la note sur l'observation médicale (15).

Suite à la nouvelle réforme, certaines modifications ont été apportées au système d'évaluation : la validation des modules avec une moyenne minimum de 10/20 a été maintenue, mais cette fois avec la possibilité d'avoir recours à un système de compensation qui permet la validation au maximum de deux matières, dans lesquelles la moyenne n'a pas été obtenue et dont la moyenne reste supérieure à 7/20. Le crédit ne concerne cette fois-ci que le stage, mais cette fois avec la possibilité d'invalidation d'un stage fondamental ou deux stages complémentaires. L'autre modification concerne le remplacement des examens cliniques par l'examen d'habilitation, concernant la 7^{ème} année (17).

A ces changements, s'ajoute la nouveauté de la notation du diplôme de médecine. La note du diplôme correspond à la moyenne pondérée des notes de toutes les années de formation (60%), de l'examen national d'habilitation (25%) et de la thèse (15%). Le diplôme est délivré avec l'une des mentions suivantes : très bien (moyenne supérieure ou égale à 16), bien (moyenne entre 14/20 et 16/20), assez bien (moyenne entre 12/20 et 14/20), passable (moyenne entre 12/20 et 10/20) (17).

Certains changements dans le programme pédagogique ont été instaurés, comme l'introduction de nouvelles matières telles que l'anglais médical, l'histoire de la médecine, l'informatique, l'éthique et la déontologie, la communication, en plus de la généralisation nationale du programme pédagogique (16).

Par ailleurs, le système éducatif médical a été marqué par l'apparition de nouvelles facultés durant ces dernières années. La création de deux nouvelles facultés publiques : Faculté de médecine de Tanger et la Faculté de Médecine d'Agadir en 2018, mais aussi l'apparition de facultés privées qui sont accréditées par l'État et qui n'existaient pas auparavant : la Faculté de Médecine Abulcasis à Rabat en 2014, la Faculté de Médecine Privée de Casablanca de l'UM6SS en 2015, la Faculté Privée de Médecine de Marrakech en 2018. Ces facultés privées sont d'utilité publique, ceci pour répondre à l'initiative du gouvernement de former 3300 médecins à l'horizon 2020 (18).

En effet, une étude faite en 2007 a montré que le Maroc restait toujours parmi les pays qui souffrent d'un déficit aigu en ressources humaines de santé aussi bien au niveau quantitatif que qualitatif. En 2007, la densité médicale et paramédicale ne dépassait guère 1,64 pour 1000 habitants alors que le seuil critique fixé par l'OMS s'élève à 2,5 personnels soignants pour 1000 habitants.

Dans le but de faire face à cette pénurie en ressources humaines, en particulier, en termes du personnel médical, le Gouvernement marocain a adopté une initiative nationale qui consiste en la formation de 3300 médecins par an à l'horizon 2020. L'entrée en vigueur de cette initiative, qui prévoyait la création de nouvelles facultés de médecine à l'horizon 2020, devrait combler le manque en corps médical en vue d'assurer une prise en charge de la population dans les meilleures conditions. Toutefois, la mise en œuvre de cette initiative

imposait en amont une augmentation significative du nombre de diplômés, des admissions et des effectifs des étudiants. Chose qui était impossible dans l'état des choses, étant donnée la pénurie de ressources rapidement disponibles pour la formation médicale (enseignants, CHU, milieux de formation en 1^{ère} ligne, installations physiques, etc.). En effet, pour former davantage de médecins, il ne suffisait pas d'augmenter le nombre de places dans les amphithéâtres. Les inscriptions dans une faculté de médecine, contrairement à d'autres facultés universitaires, étaient limitées par la disponibilité des milieux de formation clinique (CHU) et par la qualité de ses enseignants cliniciens.

Par ailleurs, la contribution des cinq facultés existantes (au moment de l'étude) à l'augmentation des effectifs de nouveaux gradués resterait insuffisante étant donné qu'elles ne pourraient dépasser 1780 (1700 selon les tendances actuelles) inscriptions quand elles auraient atteint leur plein potentiel de fonctionnement. L'extension du réseau de facultés de médecine restait le levier pour la réalisation de l'initiative. Les nouvelles facultés devraient ainsi être préférentiellement implantées dans des régions qui ont le plus besoin de médecins que ce soit par rapport à la taille de leur population, au profil épidémiologique de cette dernière ou à l'éventail de besoins qui ne seraient pas satisfaits.

Ainsi, avec l'initiative 3300, la densité médicale serait de l'ordre de 1.37 médecins pour 1000 habitants en 2025 (19) .

II. La santé mentale des étudiants en médecine : revue de littérature

1. La santé mentale des étudiants en médecine dans le monde

Se référer à l'appendice.

2. La santé mentale des étudiants en médecine au Maroc

2.1. Publications

En 2017, une étude transversale et multicentrique faite sur les idées et les tentatives de suicide chez les étudiants en médecine du Maroc a trouvé les résultats suivants : 5 % avaient réalisé au moins une tentative de suicide et 31 % avaient eu des idées suicidaires. Les idées suicidaires étaient associées d'une façon statistiquement significative à la consommation de substances psychoactives, à la mauvaise santé psychique et à la réalisation de TS. Alors que les tentatives de suicide sont associées significativement à la mauvaise santé psychique et à la présence d'une affection de longue durée (20).

Une étude transversale sur la détresse psychologique auprès des étudiants en médecine de Marrakech durant l'année universitaire 2017-2018, a montré un taux de détresse psychologique de 66.76%, 53% des étudiants admettaient avoir besoin d'une aide psychologique et 70.1% utilisaient des méthodes de management de stress. L'analyse univariée a montré qu'il y avait une forte association entre l'utilisation de méthodes de management de stress et le besoin d'aide psychologique. L'analyse multivariée n'a pas été effectuée (21).

Une étude transversale a été publiée en 2015 dont le but était d'évaluer la perception de l'environnement académique (par le DREEM) par les étudiants en médecine de Rabat durant l'année universitaire 2013-2014. La moyenne du DREEM était de 90.8 avec une déviation standard de 17.6, sachant que le score 200 représentait le score maximum correspondant à un environnement académique parfait (22).

En 2014, une étude transversale a été menée chez 178 étudiants de cinquième année de médecine de Rabat sur le sujet du burnout et du stress. La moyenne d'heures de travail journalier était de 8.33 ± 2.74 heures et la moyenne du nombre d'heures journalières de sommeil était de 7 ± 1.1 heures. Le MBI a montré que l'épuisement professionnel était élevé

chez 44 %. Il a été également constaté que l'EP était plus élevé chez les étudiantes (87.3 %) par rapport aux étudiants (12.7 %). Le SD était élevé chez 33 % des étudiants et le SAP était élevé chez 63.9 % des participants. Les SD et SAP n'étaient pas significativement différents entre les deux sexes. Le score de Cohen a démontré un stress moyen de 24 ± 7.18 . Il était plus élevé chez les étudiants de sexe féminin 25.73 ± 6.7 par rapport aux étudiants de sexe masculin 20.41 ± 6.9 . Il a été observé une corrélation positive entre le nombre d'heures de travail et l'élévation du score d'épuisement professionnel et une corrélation négative entre le nombre d'heures de sommeil et l'élévation du score d'épuisement professionnel (23).

Une autre étude transversale avec les mêmes objectifs, mais cette fois-ci faite à l'Hôpital Universitaire Psychiatrique Arrazi de Rabat durant l'année universitaire 2012-2013 a retrouvé un taux de burnout de 64.4%. L'analyse multivariée retrouve les examens, la surcharge de cours, la durée longue des études, les problèmes avec les enseignants et le perfectionnisme comme facteurs influençant la survenue du burnout. Les sentiments d'irritabilité et de culpabilité, la consommation d'alcool et de cannabis, le retentissement relationnel et l'idée d'abandon des études ont été recensés comme des conséquences statistiquement significatives du burnout (24).

Dans le but d'étudier le stress ainsi que son association avec les compétences académiques, une étude transversale a été faite sur les étudiants en médecine de Casablanca en 2007. Pour cela, 2 tests ont été administrés : le test d'anxiété et test de la perception des compétences académiques (évaluant 4 dimensions : compétence académique, compétence d'évaluation, management du temps et stratégie d'étude). On retrouve les résultats suivants : dans le domaine de la compétence académique : 52.7% des étudiants se sentaient stressés par les examens, 81.1% ressentaient de l'anxiété du fait des examens, 74.4% ressentaient de l'anxiété même s'ils se sont préparés aux examens et 73.4% avaient peur d'échouer aux examens ; concernant la compétence académique : 36.8% rapportaient une difficulté dans la capacité de gestion de la charge de travail, 41% aimaient leur cours et 82.1% faisaient des efforts pour comprendre leur cours ; dans le domaine de la compétence d'évaluation : 52.9% avaient des difficultés dans le management de la quantité des cours pour les examens ; en ce qui concerne le management du temps : 74.6% avaient une difficulté à trouver un équilibre

entre les études et le temps libre ; dans le domaine de la stratégie d'étude : 50.4% faisaient des résumés de cours et 34.2% révisaient avec leur camarade. L'étude a aussi retrouvé une corrélation négative entre l'anxiété et les différentes dimensions de perception des compétences académiques (25).

2.2. Thèses

2.2.1. La santé mentale

La seule thèse faite sur la santé mentale des étudiants en médecine à Rabat est celle étudiant la prévalence de l'anxiété, en Mars 2017. Une anxiété sévère plus importante a été observée chez les étudiants en médecine (40%) par rapport aux étudiants de droit (23.1%) et aux étudiants de l'institut agronomique (16.1%). 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 (26).

Une thèse sur la prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les étudiants en médecine de Marrakech en 2014 a montré, à travers une étude transversale, que la prévalence de la dépression était de 35.1% et celle des troubles anxieux caractérisés était de 54%. Les facteurs associés à un taux élevé de dépression et de troubles anxieux caractérisés étaient le sexe féminin, le niveau socioéconomique et la présence d'antécédents personnels ou familiaux psychiatriques. Le niveau d'étude et la consommation de toxiques (tabac, alcool, Haschich) ont été aussi relevés comme facteurs liés à la prévalence des troubles anxieux caractérisés et dépressifs chez les étudiants (27).

Une thèse étudiant la santé des étudiants de la Faculté de Médecine de Marrakech en 2017, à travers une étude transversale, a révélé les résultats suivants : sur le plan psychologique, une souffrance psychologique a été notée par 91% des étudiants : ils souffraient de stress (77.1%), d'humeur dépressive (22.6%), de mal être (44.3%), de perte d'accomplissement personnel (63%), d'épuisement émotionnel (60.3%), de dépersonnalisation (16.9%), de mauvaise qualité de vie (8.7%). Un taux de 19.4% déclaraient avoir eu des pensées suicidaires et 3.3% avoir fait au moins une tentative de suicide ; concernant la consommation de substances : la consommation régulière de tabac était de 9.9%

dont 4.6% quotidiennement, à raison de 15 cigarettes par jour en moyenne ; 9.6% ont rapporté consommer régulièrement de l'alcool, 7.1% du cannabis, 2.6% de la chicha, 4.5% d'entre eux avaient déjà consommé des drogues dites "dures", dont 1.6% étaient consommateurs réguliers et 2.9%, expérimentateurs ; un étudiant sur 2 déclarait prendre soin de sa santé ; un climat de violence était colporté par 39.8 % dans l'exercice de leurs fonctions ; une vision plutôt négative de l'avenir a été trouvée chez 30.4 % d'étudiants ; sur le plan physique, 25.8% se sentaient en mauvaise santé (28).

Une étude transversale faite par le CHU de Marrakech sur le burnout des étudiants en médecine marocains en 2006 a trouvé que : 39.5% des étudiants avaient un épuisement émotionnel important ; 29% souffraient de déshumanisation élevée et 18.5% avaient un accomplissement personnel faible. L'analyse multivariée a démontré que l'âge n'a pas un effet sur le burnout, le sexe féminin est protecteur de la dépersonnalisation, les loisirs diminuent de façon significative l'épuisement émotionnel et augmente l'accomplissement personnel, l'automédication favorise la déshumanisation et le choix de faire des études médicales par conviction est protecteur du burnout (29).

2.2.2. La consommation de substance

En 2010, une étude transversale faite sur la consommation de tabac chez les étudiants en médecine de Casablanca a trouvé que la prévalence du tabagisme permanent et occasionnel était de 8% et que la moyenne de cigarettes consommées par jour était de 8 (30).

En 2012-2013, une enquête transversale faite sur la consommation de tabac chez les étudiants en médecine de Fès a trouvé une prévalence de 10.6% de tabagisme (31).

Dans une étude transversale faite sur la toxicophilie chez les étudiants en médecine de Rabat en 2014-2015, on retrouve que la prévalence de la consommation de drogues (consommateurs réguliers et expérimentateurs) était de 32.9% avec une consommation régulière de 20%. La consommation de tabac était de 17% avec une dépendance chez 57.6%, et une très forte dépendance chez 6.1% des étudiants fumeurs. Concernant le cannabis, l'alcool, les médicaments psychotropes et autres drogues, le taux de consommation s'élevait à 13%, 12% et 3.8% respectivement (32).

2.2.3. L'environnement éducatif

Une étude transversale menée sur la santé mentale et l'environnement éducatif des étudiants de médecine de Marrakech durant l'année universitaire 2017-2018 a trouvé les résultats suivants : le score total de DREEM était de $86,5 \pm 29,194$ ce qui témoigne de l'existence de plusieurs problèmes significatifs (le score maximal est de 200, témoignant d'un environnement éducatif parfait) ; la moyenne du score GHQ était de $6,37 \pm 3,484$, avec un taux de détresse psychologique de 66,76% ; 70.11% des étudiants utilisaient des outils de gestion de stress ; 64,53% des étudiants déclaraient avoir besoin d'aide psychologique. Le sexe féminin, l'âge > 21 ans, le score GHQ>4, l'utilisation des moyens de gestion de stress et le besoin d'aide psychologique étaient associés à une mauvaise perception de l'environnement éducatif. Le souhait et la recommandation des études médicales étaient liés à une bonne perception de l'environnement éducatif. L'âge < 25ans, le sexe féminin, la mauvaise perception de l'environnement éducatif, l'utilisation des moyens de gestions de stress, et le besoin d'aide psychiatrique étaient associés à la présence d'une détresse psychologique chez les étudiants (33).

Une étude transversale sur la santé mentale et l'environnement éducatif des étudiants en médecine de Fès en 2014 a objectivé les résultats suivants : une représentation féminine de 62.50%, la moyenne du score de GHQ-12 était de 5.00 ± 3.61 ainsi 50.60% des étudiants avaient un seuil supérieur à 4 ce qui témoigne de leur détresse psychologique. L'étude a aussi montré que la perception des étudiants de l'environnement éducatif était passable avec une moyenne de DREEM égale à 99.20/200 (34).

Une thèse a étudié l'appréciation du programme des études médicales par les étudiants de la Faculté de Médecine de Casablanca. Les principaux résultats de l'étude transversale étaient les suivants : la relation entre les disciplines fondamentales et la pratique clinique n'est pas évidente pour beaucoup d'étudiants à 40.2% ; l'absence de parallélisme entre les enseignements théoriques et les enseignements cliniques à 98.4% ; plus la moitié des étudiants (50.6%) n'assistaient que rarement au cours magistral ; 66.1% des étudiants n'étaient pas satisfaits de leurs cours magistraux ; 86.1% des étudiants interrogés étaient peu ou pas du tout satisfaits de la formation pratique ; les étudiants étaient majoritairement peu ou pas du tout

satisfaits (79.7%) de leur méthode d'évaluation; 58% des étudiants ont émis des suggestions pour améliorer leur formation médicale (35).

Une étude transversale faite sur l'évaluation de l'évolution des capacités d'apprentissage chez les étudiants en médecine de Fès en 2018 a montré que les performances des étudiants augmentaient avec la pratique du sport et diminuaient avec le stress (36).

Une étude transversale faite sur la simulation médicale chez les étudiants en médecine de Casablanca en 2015 a montré que 73% des étudiants avaient déjà entendu parler de la simulation médicale. Parmi eux, 62% avaient déjà assisté à une séance de simulation et 70% y avaient participé en tant qu'apprenant. La satisfaction globale était de 7.45/10. L'étude a permis de confirmer l'intérêt considérable de la simulation médicale comme outil pédagogique innovant permettant l'acquisition et l'amélioration des compétences techniques et non techniques (37).

La thèse faite sur les facteurs psychosociaux et la réussite universitaire des étudiants de médecine de Casablanca en 2017 a consisté en la description des résultats de travaux de recherches qui ont testé l'effet des divers facteurs psychosociaux sur la réussite en première année d'université. En ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques de l'étudiant, l'influence du milieu social d'origine sur la réussite a été davantage discuté dans l'éducation scolaire des enfants, mais une fois à l'université son impact était peu perceptible. Cependant, concernant l'environnement social, le soutien familial n'est pas lié directement à la réussite des étudiants, mais il y est lié indirectement par l'augmentation du sentiment d'efficacité personnel de l'étudiant. Quant aux professeurs, leur impact réside dans les stratégies d'apprentissage développées par l'étudiant. Seule l'institution, lorsqu'elle soutient le développement des compétences cognitives, semble avoir un effet direct sur la réussite des étudiants. La personnalité de l'étudiant et sa motivation semblent être de bons prédicteurs de réussite. Concernant les stratégies de coping, seules celles centrées sur le problème avaient un effet sur la réussite des étudiants. Ces résultats mettent en avant l'importance de prendre en considération le contexte psychosocial avec lequel les étudiants intègrent l'université (38).

Une thèse faite en 2016 sur les stages internationaux avec auto-évaluation et perception de l'expérience des étudiants des facultés de médecine du Maroc, a montré que les stages internationaux contribuaient de façon importante à la formation de médecins compétents, enthousiastes et ouverts. Par conséquent, les facultés de médecine devraient encourager les étudiants à y participer et les soutenir dans leurs démarches (39).

2.2.4. Autres sujets relatifs à la santé mentale

Une thèse a étudié la santé des étudiants de la Faculté de Médecine de Marrakech en 2012 à travers une étude transversale. Le taux d'insomnie était de 67.4%, elle était associée à l'usage d'excitants, d'internet en soirée et à l'année d'étude. L'usage d'hypnotiques ne concernait que 2.5% des insomniaques. La somnolence diurne excessive était de 2.02% et était fortement associée à l'usage d'internet en soirée et à la consommation des psychostimulants. Parmi les parasomnies, la prévalence des cauchemars était de 14.7% et celle de la paralysie du sommeil était de 17.1% et tous les deux étaient fortement associés au stress (40).

Durant l'année universitaire 2006-2007, une thèse étudiant le perfectionnisme chez les étudiants en médecine de Marrakech et l'école de commerce Sup de Co de Marrakech par le biais d'une étude transversale, a montré un taux de 62.40% d'étudiants perfectionnistes, parmi eux 51.60% étaient modérément perfectionnistes et 10.80% hautement perfectionnistes. Le taux de dépression était de 28 %. Des relations statistiquement significatives se sont avérées : les étudiants hautement perfectionnistes avaient plus de dépression, étaient plus stressés, plus durs envers eux-mêmes, avaient plus de doute d'eux-mêmes et avaient plus de peur d'entamer une tâche par rapport aux étudiants modérément perfectionnistes (41).

III. Définitions

1. La santé mentale

La santé mentale ou bien-être psychologique selon l’OMS est une composante de la capacité d’un individu à mener une vie épanouissante et notamment de son aptitude à nouer des relations et à les entretenir, à étudier, travailler ou exercer des activités de loisirs et à prendre les décisions ou faire les choix dans sa vie quotidienne sur des questions d’éducation, d’emploi, de logement ou sur d’autres sujets. Des perturbations dans le bien-être mental d’une personne peuvent être préjudiciables à ses capacités et à ses choix et peuvent aboutir à un fonctionnement amoindri de la personne mais aussi plus largement à une baisse de la qualité de vie dans son foyer et dans la société dans laquelle elle évolue (42).

La détresse psychologique selon le DSM5 est une gamme de symptômes et d’expériences de la vie intérieure d’une personne qui sont communément considérés comme inquiétants, déroutants ou sortant de l’ordinaire (43).

En cohérence avec la littérature, nous avons conceptualisé le bien-être comme une combinaison de qualité de vie et les affects ou état d’esprit positifs à l’opposé du stress, de l’anxiété, du burnout, de la dépression et autres problèmes de santé mentale (44)(45)(46)(4).

2. Le stress

Le stress est devenu depuis l’ère de la consommation, dans les années soixante, un des facteurs majeur de mal-être généralisé de la population. Si bien qu’il est devenu depuis 1970 le nouveau « mal du siècle ». Le mot « stress » s’est beaucoup répandu, son sens s’est élargi et peut être un peu dévoyé alors que le stress est un vaste concept bien plus complexe, qui a fait l’objet d’innombrables études pour mieux le cerner.

La définition du stress selon le DSM 5, est un mode de réponse spécifique et non spécifique d’une personne face à des événements et des stimuli qui perturbent son équilibre et grèvent ou dépassent sa capacité à faire face. Ces événements ou ces stimulants sont des facteurs de stress/ stressseurs. Le facteur de stress selon le DSM 5 est tout facteur émotionnel, physique, social, économique ou autre qui perturbe l’équilibre physiologique, cognitif, émotionnel, comportemental normal d’un individu. Le stress est à distinguer de l’agent qui le produit ou agent stressant, mais le langage courant emploie les deux mots comme synonymes (43).

Le stress se manifeste de la même manière que l'anxiété, que nous allons voir un peu plus loin. Cependant, les deux concepts de stress et d'anxiété, quoique proches par bien des aspects, doivent être différenciés. Dans les troubles anxieux, la réaction de stress dépasse son but adaptatif, puisque l'anxiété y apparaît en quelque sorte comme une réaction de stress auto-déclenchée et auto-entretenu, même en l'absence des stressseurs ou après leur disparition (7).

3. L'anxiété

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 physiologique permet donc de détecter un danger et de préparer les comportements de défense. 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. L'anxiété est aussi pathologique quand elle inhibe et entrave le sujet dans son adaptation face au monde environnant. 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 (7) (47).

Certains concepts sont à différencier de l'anxiété.

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 (48). 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 fonde la différence entre l'anxiété et la peur (49). La distinction donc entre la peur et l'anxiété est basée sur la présence ou non d'un danger, l'anxiété survenant en dehors de toute menace environnementale objective.

L'anxiété et l'angoisse sont proches mais une différence de nature existe, nous parlons plus volontiers d'anxiété lorsque nous posons un regard médical et d'angoisse lorsque nous considérons ce même phénomène sur un plan physiologique (50).

L'anxiété est donc définie selon le DSM 5 par une anticipation craintive d'un danger ou d'un malheur à venir, accompagnée d'un sentiment de souci, de détresse et/ou de symptômes somatiques de tension. L'anxiété peut être centrée sur un danger anticipé intérieur ou extérieur. Les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. Les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par le type d'objets ou le type de situation qui induisent la peur, l'anxiété, ou le comportement de l'évitement et le raisonnement cognitif associé (43).

4. La dépression

La dépression se définit par un état pathologique marqué par une tristesse avec une douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur (51).

Selon l'OMS, la dépression constitue un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration (52).

5. Le burnout

Le terme du burnout apparaît en tant qu'entité clinique pour la première fois en 1974 dans les écrits de Herbert Freudenberger, psychanalyste américain. Il définit le burnout comme « un état de fatigue chronique, de dépression, et de frustration par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail » (53).

Pour Christina Maslach, professeur de psychologie sociale à l'université de Berkely en Californie, « le burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ». Elle émet donc l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est le cœur du phénomène (54). A l'inverse de Freudenberger qui insistait sur les facteurs personnels, elle situe davantage les causes du burnout dans l'environnement de travail.

Les trois dimensions du burnout selon Maslach :

- L'épuisement émotionnel : il s'agit d'un état de fatigue physique et émotionnelle, d'une perte d'énergie. Cette fatigue étant peu améliorée par le repos et les congés.
- La dépersonnalisation ou cynisme : correspond à une tendance à la déshumanisation de la relation à l'autre : l'individu se détache, développe une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme.
- L'efficacité professionnelle : se caractérise par un sentiment d'incompétence professionnelle et de manque de réalisation personnelle dans le travail. Elle s'accompagne d'une diminution d'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité (55)(56).

Maslach pense que le syndrome évolue dans cette ordre-là (57) (figure 2):

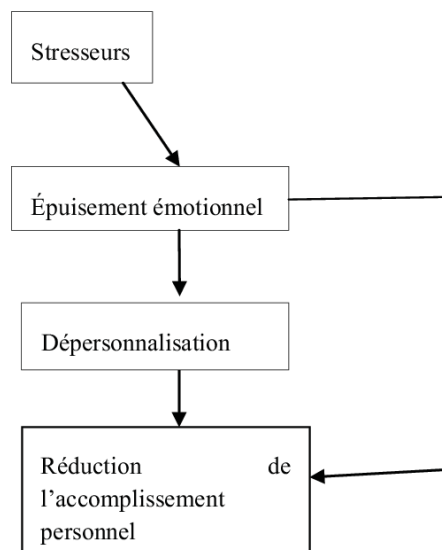


Figure 2 : Le processus de burnout d'après le modèle tri-dimensionnel (Maslach)

Pour cette étude, nous n'avons pas retenu la définition « classique », *celle qui concerne les personnes impliquées professionnellement auprès d'autrui*, puisque les étudiants en médecine ne sont pas encore tous aux contacts des patients. Nous avons utilisé la définition « générale », celle qui concerne *l'ensemble des individus*, que leur travail les amène ou non à s'engager auprès d'autrui (58).

6. La qualité de vie

La qualité de vie a été définie par l'OMS comme la façon dont les individus perçoivent leur existence compte tenu de la culture et du système de valeurs dans lequel ils vivent et en fonction de leurs buts, de leurs attentes, de leurs normes et de leurs préoccupations. Cette qualité dépend, bien entendu, de la santé physique, de l'état psychologique, du niveau d'indépendance, des rapports sociaux, des facteurs environnementaux et des croyances personnelles (59) .

La notion de qualité de vie a été introduite par l'OMS dans le sens où la mesure de l'état santé ne devrait pas se limiter à l'absence de maladie mais aussi inclure des indicateurs du bien-être (60) (tableau I).

Domaines	Aspects
État physique	Douleurs, inconfort, énergie, lassitude, sommeil, repos
État psychologique	Sentiments positifs, réflexion, apprentissage, mémoire, concentration, estime de soi, image et apparence corporelles
Niveau de dépendance	Mobilité, activités de la vie quotidienne, dépendance à l'égard de la médication ou des traitements, capacité de travail
Rapport sociaux	Relations personnelles, soutien social, activité sexuelle
Environnement	Sûreté et sécurité physique, environnement domestique, ressources financières, prise en charge sanitaire et sociale : possibilités existantes et qualité, occasion d'acquérir des connaissances et des compétences nouvelles, occasions de distractions et de loisirs et de participation à ceux-ci, environnement physique (pollution, bruit, circulation, climat), transports
Spiritualité/croyances personnelles/ religion	Spiritualité/croyances personnelles/ religion

Tableau I : Domaines et aspects pris en compte dans l'évaluation de la qualité de vie

7. Le suicide

Selon le DSM5, le suicide est défini comme étant le fait de causer intentionnellement sa propre mort ; la tentative suicide comme étant la tentative de mettre fin à sa propre vie, ce qui peut conduire à la mort ; les idées suicidaires comme étant des pensées d'auto-agression, avec anticipation ou planification délibérée des techniques possibles pour causer sa propre mort (43).

8. Les substances

Drogue

L'étymologie du mot reste assez imprécise et surtout controversée. Autrefois, le terme désignait les matières premières, ayant des propriétés médicamenteuses, servant pour la fabrication des remèdes pharmaceutiques (61). C'est seulement tardivement qu'il y a eu un glissement sémantique, attribuant un sens négatif à la drogue et signifiant une substance néfaste illégale (62) (63).

En réalité, et comme le confirme les définitions des organismes publics, les drogues ne correspondent pas uniquement aux produits illicites. Elles regroupent en effet l'ensemble des produits d'origine naturelle (tabac, cannabis, opium, cocaïne) ou synthétique (héroïne, LSD, médicaments) dont l'abus ou le mauvais usage peut entraîner des dangers pour la santé physique et mentale des consommateurs (64).

Psychotrope

Dans son sens pharmacologique, un psychotrope est une substance qui agit principalement sur l'état du système nerveux central en y modifiant certains processus biochimiques et physiologiques cérébraux. En altérant de la sorte les fonctions du cerveau, un psychotrope induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales. (65).

Classification médicale

Après la classification de Lewin en 1924 et celle de Delay et Deniker en 1957, Pelicier et Thuillier ont mis en place en 1991, un modèle plus moderne. Selon eux, les drogues se répartissent de la façon suivante (61):

- Les dépresseurs du système nerveux central : alcool, hypnotiques (barbituriques), tranquillisants (benzodiazépines), neuroleptiques, analgésiques (opiacés, morphine, héroïne, produits de synthèse).
- Les stimulants : mineurs (café, nicotine), majeurs (amphétamines, anorexigènes, cocaïne), stimulants de l'humeur ou antidépresseurs.
- Les perturbateurs : chanvre indien, solvants (éther, colles), hallucinogènes (LSD, mescaline, psilocybine, etc.).

Nous pouvons également citer la classification de Peters publiée la même année (Peters, 1991), qui, elle, distingue quatre classes de produits (66):

- Les psychostimulants, qui accélèrent le fonctionnement du système nerveux ;
- Les psychédéliques, qui perturbent le fonctionnement du système nerveux ;
- Les psychosédatifs, qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux ;
- Les antidépresseurs, qui ralentissent le fonctionnement du système nerveux après une phase d'excitation.

Depuis 1987 et la publication du DSM-III-R, les classifications internationales des troubles mentaux, DSM- IV-TR et CIM-10, dénomment les substances objet d'abus substances psychoactives. Elles sont définies par leur capacité à engendrer une intoxication ou ivresse, un sevrage, un abus ou usage nocif ou une dépendance (67).

IV. Les instruments de mesure de la santé mentale

1. Le stress

En plus du PSS (Perceived Stress Scale), l'échelle DASS (Depression Anxiety Stress Scale) est aussi une échelle très utilisée dans la littérature. La version originale comporte 42 items (DASS 42) et la version courte comporte 21 items (DASS 21). Il s'agit d'un auto-questionnaire, qui a pour but d'évaluer le stress, l'anxiété et la dépression (68)(69). C'est une échelle surtout utilisée pour évaluer les 3 troubles en même temps.

2. L'anxiété

- L'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) est une échelle mixte qui s'intéresse à la fois à l'anxiété (HADS-A) et à la dépression (HADS-D) avec 14 items, dont 7 pour chaque pathologie. Les items de dépression et d'anxiété sont présentés successivement de façon alternée, mais peuvent être analysés de façon indépendante(70).

- L'échelle de Hamilton d'évaluation de l'anxiété (HARS : Hamilton Anxiety Rating Scale) est, quant à elle, plus centrée sur l'anxiété et donc plus spécifique. C'est un auto-questionnaire, qui comporte 14 items (71) (72).

- Le Beck Anxiety Inventory (BAI) est un auto-questionnaire, qui comporte 21 items (73).

- L'échelle General Anxiety Disorder (GAD-7) est un auto-questionnaire de 7 items qu'on retrouve aussi dans la littérature, mais qui n'évalue que le trouble d'anxiété généralisé (74) (75).

- L'échelle DASS précédemment décrite, est aussi utilisée pour évaluer l'anxiété.

3. La dépression

- L'échelle de Hamilton (HDRS : Hamilton Depression Rating Scale) est un auto-questionnaire, qui comporte 17 à 21 items selon les versions (76)(77).

- Le Beck Depression Inventory (BDI) est un auto-questionnaire, qui comporte 21 items. Une 1^{ère} révision aboutit à une version qui reste proche de la version originale. Une 2^e révision, plus importante, aboutit au Beck Depression Inventory-II. Le Beck Depression Inventory-II est conçu pour mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM-IV (70).

- Le Patient Health Questionnaire (PHQ) a été développé à partir du Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) et validé pour diagnostiquer, selon les critères du DSM-IV, cinq types de troubles mentaux (la dépression, l'anxiété, les troubles somatoformes, l'alcoolisme et les troubles alimentaires). Le PHQ est un auto-questionnaire, qui comporte trois modules qui concernent spécifiquement l'anxiété, les troubles somatiques et la dépression. Ces trois modules peuvent être utilisés de façon indépendante. Le PHQ-9 est le module qui concerne la dépression, il comporte 9 items. Le PHQ-2 est constitué des deux premiers items du PHQ-9 (70).

- La Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) a été développée par le Center for Epidemiological Studies (CES) du National Institute of Mental Health (NIMH), à partir de plusieurs échelles de la dépression validées. Elle a été développée pour être utilisée dans des études épidémiologiques concernant la symptomatologie dépressive en population générale. C'est un auto-questionnaire constitué de 20 items (70).

- Les échelles HADS et DASS précédemment décrites, sont aussi utilisées pour évaluer la dépression.

4. Le burnout

Le principal outil retrouvé dans la littérature est le Maslach Burnout Inventory (MBI). Il s'agit d'une échelle diagnostique développée par Maslach et Jackson. Il existe plusieurs versions avec un nombre d'items variables selon les professions. Celui à 22 items est adapté aux professions d'aide alors que celui à 16 items est plus adapté à tout type de profession. Il est composé de 3 échelles : 9 items sur l'épuisement émotionnel, 5 items sur la dépersonnalisation et 8 items sur la perte d'accomplissement personnel. On obtient alors un score par échelle permettant d'évaluer le statut vis à vis du burn out. Il s'agit donc d'un auto-questionnaire validé et très utilisé dans les études permettant une grande comparabilité (78).

5. La qualité de vie

Un questionnaire utilisé est le SF-36 (MOS 36 Short Form) qui est un auto-questionnaire en 36 items regroupant 8 échelles à savoir l'activité physique, la limitation de l'état physique, la douleur physique, la santé perçue, la vitalité, les relations de vie, la santé psychologique, la limitation de l'état psychologique (79).

Il existe aussi deux auto-questionnaires développés par l'OMS : le WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment) comprenant 100 items ou le WHOQOL BREF qui est, lui, plus court avec 26 items. Ces deux questionnaires évaluent la qualité de vie dans 6 domaines : la qualité de vie physique, la qualité de vie psychique, niveau d'indépendance, les relations sociales et l'environnement (80) .

Partie pratique

Matériels et méthodes

A. Design de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique menée à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat.

B. Période de l'étude

L'étude a été menée du 10 Mars 2019 au 31 Mai 2019.

C. Critères d'inclusion

L'ensemble des étudiants en médecine de la 1^{ère} année à la 7^{ème} année de médecine.

D. Critères d'exclusion

Les internes du CHU de Rabat ainsi que les étudiants ne désirant pas participer à l'étude.

E. Mesures

I. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait en ligne via un formulaire Google Forms.

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

II. Ethique

Un accord préalable a été délivré par le comité éthique de la FMPPR afin de débiter l'étude. Le recueil des données s'est fait en tout anonymat.

III. Variables recueillies

1. Caractéristiques personnelles

1.1. Les critères sociodémographiques

1.1.1. Age

1.1.2. Sexe

- Féminin
- Masculin

1.1.3. Statut matrimonial

- Célibataire
- Marié(e)

1.1.4. Résidence

- Seul(e)
- En groupe (en famille ou en colocation)

1.1.5. Niveau éducationnel des parents

- Moins que le Baccalauréat
- Baccalauréat
- Études supérieures sans obtention de diplôme
- Licence (diplôme de premier cycle d'études supérieures)
- Master ou Doctorat (diplôme de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle d'études supérieures)

1.1.6. Support financier

a-Présence de support financier : l'existence ou non d'un support financier défini par toute source de revenu d'argent

b-Origine du support financier

- Familial
- Bourse
- Travail à mi-temps, autre

Il est à noter qu'un étudiant peut avoir une ou plusieurs sources de revenu.

c-Somme d'argent de poche mensuel (en Dhs)

1.1.7. Activités de bien-être

a- Pratique régulière d'activité(s) de bien-être : pratique ou non d'activité régulière de bien-être.

b-Type d'activité(s) régulière(s) de bien-être :

- Sportive
- Associative
- Sociale
- Artistique
- Intellectuelle
- Spirituelle

1.2. La santé de l'étudiant en médecine

Nous avons évalué la santé physique et mentale de l'étudiant par des questions ouvertes. Par la suite, nous avons évalué la santé mentale des étudiants par le biais d'échelles standardisées.

1.2.1. Maladie physique chronique

La présence ou l'absence de maladie physique chronique

1.2.2. Santé mentale de l'étudiant antérieure aux études en médecine

a- Consultation pour la santé mentale (par un professionnel de la santé :médecin généraliste, psychiatre ou psychologue ; ou autre) antérieure aux études de médecine

L'existence ou non d'un antécédent de consultation pour la santé mentale

b-Diagnostic de maladie mentale antérieure aux études en médecine

L'établissement ou non d'un diagnostic de maladie mentale

c-Prescription de médicament(s) pour la santé mentale antérieure aux études en médecine

L'existence ou non d'une prescription de médicament(s) pour la santé mentale

1.2.3. Santé mentale de l'étudiant durant les études en médecine

a-Consultation actuelle pour la santé mentale (par un professionnel de la santé :médecin généraliste, psychiatre ou psychologue ;ou autre)

L'existence ou non d'une consultation actuelle pour la santé mentale

b-Diagnostic de maladie mentale durant les études en médecine :

L'établissement ou non d'un diagnostic de maladie mentale lors des études médicales en excluant ceux ayant déjà reçu un diagnostic de maladie mentale antérieurement aux études médicales

c-Consommation actuelle de médicaments pour la santé mentale

L'existence ou non d'une consommation actuelle de médicament(s) pour la santé mentale

1.2.4. Sources de stress durant les études en médecine

a- Présence de source(s) de stress dans la vie de l'étudiant

Présence ou absence de source(s) de stress

b- Type de cette/ces source(s)

- Argent
- Logement
- Étude
- Relation sociale (amicale, familiale ou autre)

1.2.5. Évènement(s) de vie négatif(s) durant les 12 derniers mois

La présence ou non d'un vécu d'un ou des évènement(s) négatif(s) durant les 12 derniers mois. Les évènements de la vie sont définis comme une expérience sociale ou un changement avec un début et une évolution spécifique qui ont un impact psychologique sur l'individu. Les évènements de vie négatifs ont donc un impact psychologique négatif.

Les évènements de vie désignent aussi tout ce qui arrive dans l'environnement social d'une personne et qui suppose une nouvelle adaptation à la vie (81)(82).

2. Caractéristiques académiques

2.1. Année académique

De la 1^{ère} année à la 7^{ème} année.

2.2. Echech académique

L'échec est défini par quelque chose que l'on rate, le manque de réussite, un résultat négatif ou la frustration lorsqu'on ne parvient pas à réaliser ou à obtenir ce que l'on souhaitait. L'échec académique est en rapport avec un échec dans le cadre universitaire (83)(84).

a-Fréquence de l'échec académique

Jamais ou occasionnellement.

b-Type de l'échec académique

- Rattrapage(s)
- Mauvaise(s) note(s)
- Échec d'examen(s) de fin de stage
- Échec aux examens cliniques
- Échec du concours d'internat

c-Niveau de peur de l'échec académique

Il a été évalué par une échelle visuelle de 1 à 10, 1 étant une absence de peur et 10 étant une peur extrême.

d-Aide de la faculté à la compréhension de l'échec académique

Elle a été évaluée par une échelle visuelle de 1 à 10, 1 étant l'absence d'aide et 10 étant la présence d'une aide considérable.

2.3. Accessibilité des cours

L'accessibilité du programme d'étude et/ou du programme d'internat/résidanat, évaluée par une échelle visuelle de 1 à 10, 1 étant l'absence d'accessibilité et 10 étant une accessibilité idéale.

2.4. Rythme de travail

a-Charge de travail

L'importance de la charge de travail, évaluée par une échelle visuelle de 1 à 10, 1 étant une charge de travail pas importante et 10 étant une charge de travail très importante.

b-Suffisance des vacances

La suffisance des vacances pour se reposer, évaluée par une échelle visuelle de 1 à 10, 1 étant une non suffisance et 10 étant une suffisance des vacances.

2.5. Participation de l'étudiant

a-Enseignement est centré sur l'étudiant

L'item a été évalué par une échelle visuelle de 1 à 10, 1 étant un enseignement non centré sur l'étudiant et 10 étant un enseignement parfaitement centré sur l'étudiant.

b-Participation de l'étudiant dans la prise de décision

Elle a été évaluée par une échelle visuelle de 1 à 10, 1 étant une absence d'intégration de l'étudiant et 10 étant une intégration parfaite de l'étudiant dans la prise de décision.

2.6. Futur de l'étudiant

a-Contribution de la faculté à la préparation des étudiants à la carrière médicale

Elle a été évaluée par une échelle visuelle de 1 à 10, 1 étant l'absence de contribution et 10 étant une contribution parfaite.

b-Futur certain quant à la spécialisation ,

Il a été évalué par une échelle visuelle de 1 à 10, 1 étant un futur incertain et 10 étant un futur certain quant à la spécialisation.

2.7. Qualité de la majorité des relations professeur-étudiant

La majorité des relations sont inexistantes, négatives ou positives.

2.8. Besoin(s) de l'étudiant

Le besoin de l'étudiant est défini par une exigence jugée nécessaire par l'étudiant. Nous avons évalué s'il existe un besoin exprimé par l'étudiant concernant les points suivants :

- a-Formation en méthodologie de travail
- b-Formation en gestion des émotions
- c-Formation en communication dans les soins
- d-Encadrement pédagogique personnalisé
- e-Cellule d'orientation
- f-Cellule de soutien

3. Conséquences personnelles

3.1. La consommation de substances

3.1.1. Présence de consommation de substances

Cette consommation incluait une consommation occasionnelle ou régulière.

- a-Tabac
- b-Alcool
- c-Cannabis
- d-Drogues en dehors du cannabis

3.1.2. Consommation de médicaments psychotropes durant les études en médecine

La présence ou non d'une consommation durant les études médicales.

- a-Anxiolytiques
- b-Antidépresseurs
- c-Hypnotiques

3.2. Usage de substances durant les 12 derniers mois

3.2.1. Type de drogue

- Cannabis
- Cocaïne
- Ectasie
- Amphétamines
- Autre(s)

3.2.2. Usage de substance pour le bien-être

La présence ou non d'une consommation de substances, en dehors de son usage, pour se sentir mieux

3.2.3. Usage de substance(s) pour l'amélioration de la performance académique

Présence ou non d'une consommation de substance(s) pour améliorer la performance académique (exclusion de boissons caféinées ou énergétiques)

3.2.4. Préoccupation de l'étudiant par rapport à ces usages

La présence ou non d'une préoccupation de l'étudiant par rapport à ces usages

3.2.5. Inquiétude de l'entourage par rapport à ces usages

La présence ou non d'une inquiétude de l'entourage par rapport à ces usages

3.3. Idées/planification/tentative suicide durant les études en médecine

Le suicide est défini comme étant le fait de causer intentionnellement sa propre mort ; la tentative suicide comme étant la tentative de mettre fin à sa propre vie, ce qui peut conduire à la mort ; les idées suicidaires comme étant des pensées d'auto-agression, avec anticipation ou planification délibérée des techniques possibles pour causer sa propre mort (43).

La présence ou l'absence des points suivants durant les études médicales :

3.3.1. Idées suicidaires ;

3.3.2. Planification de tentative de suicide ;

3.3.3. Tentative de suicide

3.4. Idées de renoncement aux études médicales durant le cursus

La présence ou non d'idées concernant l'abandon des études médicales.

3.5. Etudes médicales comme un choix à refaire

Rechoisir ou non les études médicales s'il aurait été possible d'avoir encore une fois le choix.

4. Santé mentale : instruments de mesure

Au Maroc, les études médicales se font en français, nous avons donc utilisé des échelles standardisées en français pour évaluer les différents paramètres de la santé mentale.

4.1. Le stress: Perceived Stress Scale (PSS)

- Cette échelle adaptée de Cohen et Williamson est l'une des plus utilisées pour évaluer la perception du stress. Elle évalue le stress ressenti durant le dernier mois.
- PSS est un questionnaire de 10 items.
- Les possibilités de réponse sont : 0=jamais, 1=presque jamais, 2=parfois, 3=assez souvent, 4=souvent pour les questions 1, 2, 3, 6, 9, 10 et dans le sens inverse pour les questions 4, 5, 7, 8.
- Les 3 différents niveaux de stress : stress bas (score étant entre 0 et 13), stress modéré (score étant entre 14 et 26), stress élevé (score étant entre 27 et 40). Ainsi, plus le score est élevé plus le niveau de stress est haut (85) (86).
- Cet instrument a une traduction en français validée (87).
- D'après Emilie Boujut, parmi les rares échelles générales utilisées en population étudiante, il semble que l'échelle PSS de Cohen soit l'une des meilleures et des plus courantes, soit pratiquement la seule échelle de stress perçu utilisée chez les étudiants (88).

4.2. L'anxiété et la dépression : Patient Health Questionnaire (PHQ-4)

- Cette échelle évalue l'anxiété et la dépression et cela durant les 2 dernières semaines.
- L'échelle est composée de 4 items : 2 items évaluant l'anxiété et 2 items évaluant la dépression. Les deux premières questions sont celles de l'anxiété et les 2 dernières sont celles de la dépression.
- Les possibilités de réponse sont : 0=jamais, 1=plusieurs jours, 2=plus que la moitié des jours, 3=tous les jours.
- Il existe un score total (allant de 0 à 12), un score d'anxiété (allant de 0 à 6) et un score de dépression (allant de 0 à 6).
- Le score total est proportionnel positivement à la présence d'anomalie. Un score entre 0 et 2 est considéré comme normal, entre 3 et 5 comme un trouble léger, entre 6 et 8 comme un trouble modéré, entre 9 et 12 comme un trouble sévère.
- L'échelle ne mesure pas le degré de gravité de l'anxiété ou la dépression, seulement la présence ou non d'une anxiété ou d'une dépression. Un score ≥ 3 dans les 2 items évaluant l'anxiété, suggère la présence d'une anxiété. Un score ≥ 3 dans les 2 items évaluant la dépression, suggère la présence d'une dépression (89).
- Cet instrument a une traduction en français validée (90)(91)(92)(93).

4.3. Burnout: Oldenburg Burnout Inventory (OBLI)

- Cette échelle évalue le burnout.
- L'échelle est composée de 16 items évaluant deux dimensions du burnout : le désengagement (8 items) et l'épuisement (8 items).

Les questions 1, 3, 6, 7, 9, 11, 13, 15 correspondent aux questions de désengagement. Les questions 2, 4, 5, 8, 10, 12, 14, 16 correspondent aux questions d'épuisement.

-Les possibilités de réponse, sur une échelle de Likert, sont : 1=pas du tout d'accord, 2=pas d'accord, 3=d'accord, 4=tout à fait d'accord pour les questions 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12 et dans le sens inverse pour les questions : 1, 5, 7, 10, 13, 14, 15, 16.

-Il existe 3 scores : celui du désengagement, de l'épuisement et du burnout global.

-Dans chaque score il existe 3 niveaux : un niveau faible, un niveau moyen et niveau élevé. Les niveaux faibles (=niveaux de désengagement, d'épuisement et de burnout faibles) doivent être interprétés positivement, tandis que les niveaux élevés (=niveaux de désengagement, d'épuisement ou du burnout élevés) doivent être interprétés négativement (94) (tableau II).

	Désengagement	Épuisement	Burnout global
Score faible	< 14	< 15	< 30
Score moyen	Entre 14 et 23	Entre 15 et 23	Entre 30 et 45
Score élevé	>23	>23	> 45

Tableau II : Interprétation du score d'Oldenburg du burnout

-Cet instrument a une traduction française validée (95).

4.4. La qualité de vie : Short Form 12 (SF-12)

-L'origine du SF12 est une échelle de qualité de vie liée à la santé établie par Ware et al., issue de la medical outcome study (étude d'observation comprenant une enquête transversale sur 20000 patients et une enquête longitudinale qui s'est déroulée sur 4 années consécutives). L'outil original était constitué de 149 items ; l'échelle dérivée n'en contient plus que 36. Le SF-36 doit sa notoriété à un projet international (International Quality of Life Assessment) qui a adapté et validé cet outil dans 15 pays différents. Le SF12 a été construit à partir du SF36. Elle est largement utilisée dans la langue anglaise mais aussi dans 15 autres traductions. L'étude de choix et de validation des items a été effectuée dans 9 pays européens et auprès de 9000 personnes.

-Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation de la qualité de vie.

-Le SF12 est un questionnaire de 12 items.

-Il explore 8 dimensions de la santé. 4 de ces dimensions sont mesurées chacune par 2 items (fonctionnement physique, limitation physique, limitation psychique, santé mentale) et les 4 autres dimensions sont mesurées chacune par un seul item (douleur physique, santé perçue, vitalité, fonctionnement social). Chaque question possède un codage intrinsèque qui

est lui-même recodé pour l'exploitation statistique. Pour chaque dimension, on obtient un score variant de 0 à 100, les scores tendent vers 100 indiquant une meilleure qualité de vie.

-A partir de ces 8 dimensions, il est possible de calculer 2 scores synthétiques qui ont été identifiés par analyse factorielle : un score agrégé de santé mentale (MCS12) et un score agrégé de santé physique (PCS12). MCS-12 et PCS-12 qui vont de 0 à 100, le 0 indiquant le plus faible niveau de qualité de vie et 100 le plus haut niveau de qualité de vie. Ainsi, plus le score est élevé (physique et mental) plus la qualité de vie est bonne (physique et mentale) (96) (97) (98).

Le tableau suivant résume les éléments décrits plus haut (tableau III) :

Scores	Dimensions	Items correspondants
Score agrégé de santé physique (PCS-12)	Fonctionnement physique	Items 2.a et 2.b
	Fonctionnement social	Item 7
	Limitation physique	Items 3.a et 3.b
	Douleur physique	Item 5
Score agrégé de santé mentale (MCS-12)	Santé perçue	Item 1
	Vitalité	Item 6.b
	Limitation psychique	Items 4.a et 4.b
	Santé mentale	Items 6.a et 6.c

Tableau III : Dimensions et items correspondants du SF-12

-Cet instrument a une traduction en français validée (97).

F. Le modèle hypothétique de santé mentale des étudiants en médecine de Rabat

1. Hypothèse 1,2,3,4 stress → anxiété, dépression, burnout, qualité de vie

Le stress affecte négativement le bien-être comme montré dans une revue de littérature qui a modélisé le bien-être des étudiants en médecine (99) (figure 3).

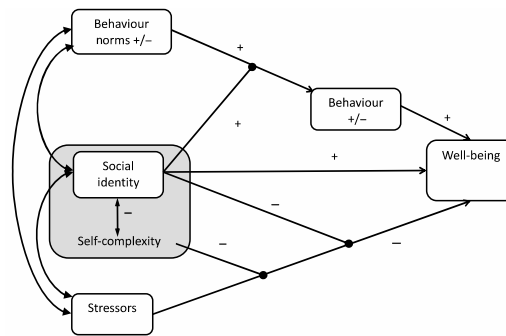


Figure 3 : Modèle proposé pour décrire l'interaction des effets de self complexity, l'identité et les normes du bien-être des étudiants en médecine

2. Hypothèse 1 : stress → anxiété

Dans la population générale :

Les deux concepts de stress et d'anxiété, quoique proches par bien des aspects, doivent être cependant différenciés. Dans les troubles anxieux, la réaction de stress dépasse son but adaptatif, puisque l'anxiété y apparaît en quelque sorte comme une réaction de stress auto-déclenchée et auto-entretenu, même en l'absence des stressors ou après leur disparition. L'anxiété est donc une conséquence du stress (7) (50).

Chez les étudiants en médecine :

Dans le but de tester l'applicabilité du modèle de stress dans la population générale allemande sur les étudiants en médecine en Allemagne, une étude transversale a été menée et a trouvé une applicabilité de ce modèle chez cette population estudiantine. Dans le modèle, il est décrit que le stress aboutit à une détresse émotionnelle qui aboutit à l'apparition de l'anxiété (100) (figure 4).

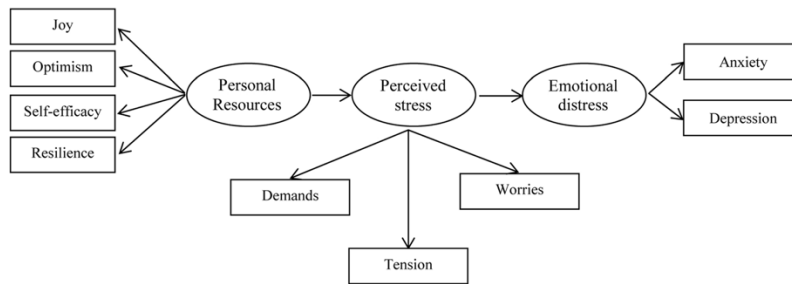


Figure 4 : Modèle de stress base sur Kocalevent et al.

Une étude faite en Malaisie chez les étudiants en médecine a trouvé que le stress est un prédicteur d'anxiété. Il a été retrouvé une différence statistiquement significative entre les anxieux et les non anxieux quant à l'expérience face à des stressseurs. L'étude a conclu donc que les étudiants anxieux expérimentaient plus de stress et réagissaient différemment aux stressseurs en comparaison avec les étudiants non anxieux (101).

3. Hypothèse 2: stress → dépression

Dans la population générale :

Selye a catégorisé la dépression dans les principales maladies de l'adaptation. Celle-ci peut, a priori et souvent dans l'évidente relation avec l'événement être considérée comme la conséquence d'un stress. Il faudrait analyser si cette dépression est de nature mélancolique ou névrotique. La dépression consécutive au stress sera une dépression réactionnelle ou appelée dépression névrotique. Cette dépression est à différencier d'autres dépressions (mélancoliques), qui peuvent surgir en dehors de tout climat stressant. Les névroses sont un mode de défense, quand les conditions de la vie dépassent les possibilités d'adaptation (7). Autrement dit une dépression apparaît consécutivement à un stress non géré.

Chez les étudiants en médecine :

Suivant le même modèle expliquant l'apparition de l'anxiété, il est aussi décrit que le stress conduit à une dépression par le biais d'une détresse émotionnelle (100) (figure 5).

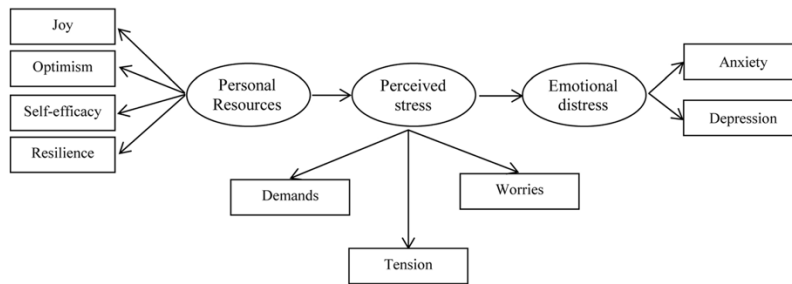


Figure 5 : Modèle de stress basé sur Kocalevent et al.

Une étude faite en Malaisie chez les étudiants en médecine a trouvé que le stress est un prédicteur de dépression. Il a été retrouvé une différence statistiquement significative entre les déprimés et les non déprimés, quant à l'expérience face à des stressseurs. L'étude a conclu donc que les étudiants déprimés expérimentaient plus de stress et réagissaient différemment aux stressseurs en comparaison avec les étudiants non déprimés (101).

4. Hypothèse 3: stress → burnout

Dans la population générale :

Les termes stress et *burnout* sont parfois considérés équivalents. Même si ces deux concepts sont similaires, ils ne sont cependant pas identiques. Le *burnout* n'est pas uniquement le résultat de stress comme tel, mais plutôt le stress que l'individu n'arrive pas à gérer (102).

Selon Maslach, le syndrome évolue dans l'ordre suivant (103) (figure 6).

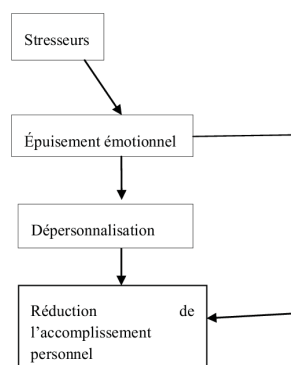


Figure 6 : Le processus de burnout d'après le modèle tri-dimensionnel (Maslach)

Selon Cherniss, le burnout est un processus transactionnel qui se compose de 3 phases d'évolution lente. La première correspond à un déséquilibre entre les ressources et la demande, qui prend le nom de « stress », la deuxième est la réponse émotionnelle à ce déséquilibre, qu'il nomme « strain » et se caractérise par l'anxiété, la tension, la fatigue, et l'épuisement, et la troisième phase correspond aux changements d'attitude et de comportement, qualifiée de « coping de défense » et qui représente le burnout (104) (105) (figure 7).

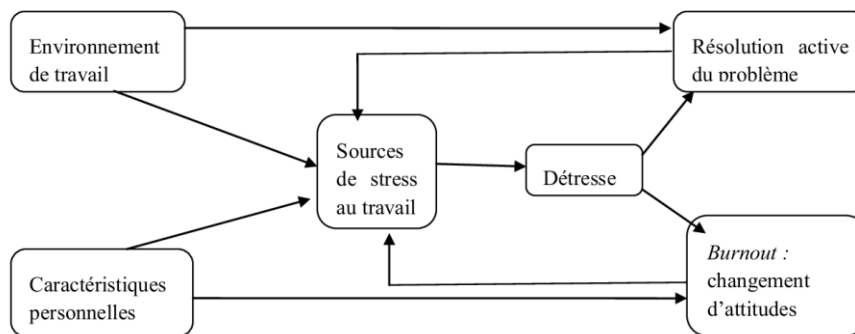


Figure 7 : Modèle transactionnel du burnout (Cherniss, 1980, 1993)

Chez les étudiants en médecine :

Le bien-être des étudiants en médecine a été conceptualisé sous forme de réservoir. Le bien-être des étudiants est déterminé par des facteurs internes, rentrant dans la constitution du réservoir lui-même, et par des facteurs externes, qui influencent le niveau de remplissage du réservoir. Ces facteurs externes, appelés apports, peuvent être positifs, conduisant au remplissage du réservoir, ou au contraire négatifs, conduisant au vidage du réservoir. L'impact de ces apports est aussi déterminé par les facteurs internes de l'étudiant tels que le coping, la personnalité et le tempérament. Selon le niveau de remplissage du réservoir, défini par la balance apports positifs/négatifs, des conséquences positives telles que la résilience ou négatives telles que le burnout peuvent émerger. Ce processus est dynamique. Le stress, qui peut être d'origine académique ou psychosocial, est présenté comme un apport négatif dans ce modèle (106) (figure 8).

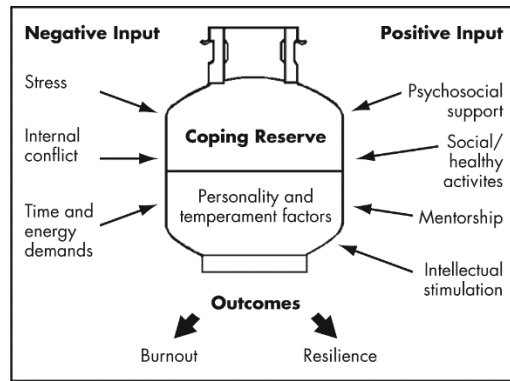


Figure 8 : Un modèle conceptuel du bien-être des étudiants en médecine : réservoir de coping

5. Hypothèse 4: stress → qualité de vie

Dans une revue de littérature et méta analyse brésilienne, on retrouve que le stress est prédicteur négatif de la qualité de vie (107).

Toujours au Brésil, une étude longitudinale a montré que le stress est un facteur associé à une faible qualité de vie en analyse multivariée (108).

Dans une autre étude, il a été objectivé une corrélation négative entre le stress et la qualité de vie. Les étudiants en médecine vivant en stress avaient donc une altération de leur qualité de vie (109).

Une étude américaine sur les étudiants en médecine a trouvé que le « self-care » influençait la relation qui existe entre le stress et la qualité de vie, ainsi plus le « self-care » était important, plus la relation négative entre le stress et la qualité de vie (physique et psychique) s'affaiblissait (110) .

6. Hypothèse 5,6,7 : Difficultés/détresse psychologique(s) (anxiété, dépression et burnout) → QDV

Chez la population générale :

Selon l'OMS, des perturbations dans le bien-être mental d'une personne peuvent être préjudiciables à ces capacités et à ces choix et peuvent aboutir à un fonctionnement amoindri de la personne mais aussi plus largement à une baisse de la qualité de vie dans son foyer et dans la société dans laquelle elle évolue (42).

7. Hypothèse 5 : anxiété → qualité de vie

Chez la population générale :

Selon l'Organisation mondiale de la santé, 1/5 de toutes les causes de handicap sont relatives aux maladies psychiatriques, et en premier lieu à la dépression et à l'anxiété (47).

Chez les étudiants en médecine :

Trois études ont montré que l'anxiété est un facteur associé à une faible qualité de vie (108) (101) (111).

Dans une autre étude, il a été objectivé une corrélation négative entre l'anxiété et la qualité de vie. Les étudiants en médecine ayant de l'anxiété avaient donc une altération de leur qualité de vie (109).

8. Hypothèse 6 : dépression → qualité de vie

Chez la population générale :

Selon l'OMS, 1/5 de toutes les causes de handicap sont relatives aux maladies psychiatriques, et en premier lieu à la dépression et à l'anxiété (47).

Chez les étudiants en médecine :

Dans une revue de littérature et méta analyse brésilienne, on retrouve que la dépression était un prédicteur négatif de la qualité de vie (107).

Toujours au Brésil, une étude longitudinale a montré que la dépression est facteur associé à une faible qualité de vie en analyse multivariée (108).

Une étude transversale faite en Malaisie chez les étudiants en médecine qui sont aux deux dernières années d'étude, a montré que la dépression était associée à une faible qualité de vie. Les étudiants avec une dépression avaient un score bas dans la dimension physique ainsi que la dimension environnementale de la qualité de vie (101).

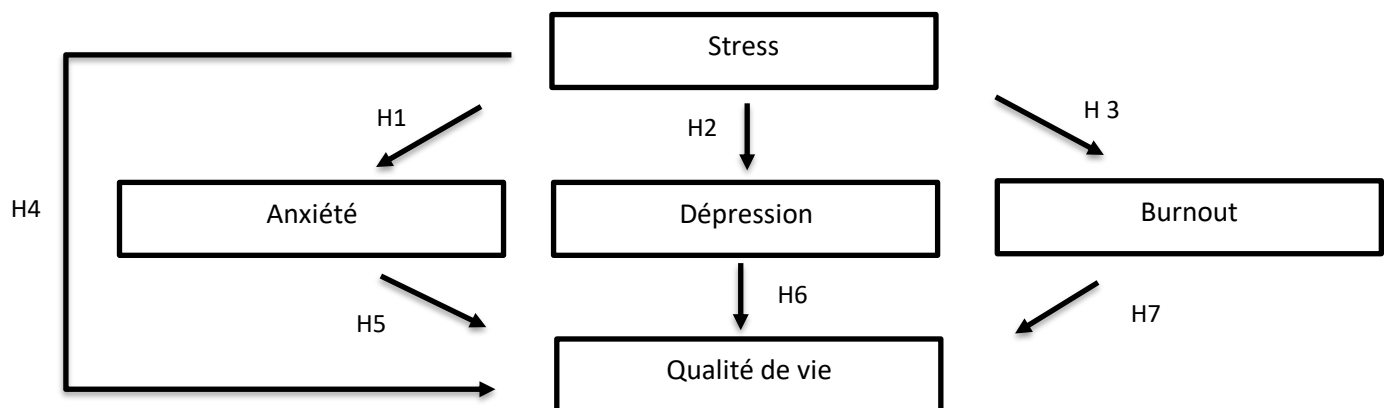
Dans une étude malaisienne, il a été trouvé que l'anxiété affectait la qualité de vie (analyse multivariée) (111)

Dans une autre étude, il a été objectivé une corrélation négative entre le burnout et la qualité de vie. Les étudiants en médecine ayant un burnout avaient donc une altération de leur qualité de vie (109).

9. Hypothèse 7 : burnout → qualité de vie

Dans une revue de littérature et méta analyse brésilienne, on retrouve que le burnout est un prédicteur négatif de la qualité de vie chez les étudiants en médecine (107).

Au terme de ces hypothèses, basées sur la littérature, nous partons du postulat que le stress est un point déclencheur de détresse psychologique. Ainsi, il jouera un rôle dans l'apparition de l'anxiété, de la dépression et du burnout ainsi que la détérioration de la qualité de vie. Cette dernière sera impactée par le stress, soit de manière directe, soit de manière indirecte par le biais de l'anxiété, la dépression et le burnout. Nous proposons ainsi le modèle suivant :



G. Analyse statistique

Les données recueillies ont été traitées sur SPSS. Le descriptif des caractéristiques personnelles, académiques, conséquences personnelles ainsi que les variables liées à la santé mentale a été présenté par des nombres avec prévalences ou moyennes avec déviations standards ou médianes avec intervalle inter quartile.

Pour le modèle de santé mentale, nous avons utilisé la Structural Equation Modeling (SEM) qui est une technique d'analyse de données de deuxième génération (112) (113) pour estimer les relations complexes entre des constructions multiples (114).

La SEM et les méthodes statistiques traditionnelles (par exemple, régression, ANOVA, LOGIT) diffèrent de façon importante (115): tandis que les méthodes statistiques traditionnelles ne peuvent que tester les relations par paires entre les variables observées, la SEM peut construire des variables latentes (concepts abstraits qui ne peuvent pas être mesurés directement) et évaluer les chemins causaux complexes (par exemple hiérarchiques, récursifs) parmi ces variables.

Par conséquent, la technique SEM a été de plus en plus utilisée dans les sciences sociales, la science du comportement, et la science de la gestion, pour la modélisation des relations complexes et multi variées (116) (117) (118) (119).

Il existe deux classes de SEM: i) Partial Least Squares (PLS) based SEM et ii) covariance based SEM. Le premier est plus approprié pour la construction de la théorie (c'est-à-dire en permettant la modélisation confirmatoire et exploratoire), tandis que le second est plus adapté aux tests théoriques (c'est-à-dire plus efficace dans la modélisation confirmatoire)(115). Dans notre étude, nous avons testé un modèle explicatif de la santé mentale chez l'étudiant en médecine, nous avons donc utilisé la PLS-based SEM.

Nous avons évalué l'ajustement du modèle hypothétique pour les relations entre le stress ; le burnout ; l'anxiété-dépression et la qualité de vie en utilisant SEM (Figure 9).

Les items sur le PSS, l'Oldenburg, le SF12 et le PHQ-4 étaient considérés comme des variables continues. Des estimations des effets indirects ont été calculées pour vérifier si la qualité de vie était affectée par le stress via l'anxiété - dépression et l'épuisement professionnel. Trois indices pour l'évaluation de l'ajustement des données du modèle ont été utilisés.

Deux d'entre eux étaient l'indice d'ajustement comparatif (CFI) et l'indice Tucker-Lewis (TLI), tous deux avec des valeurs analytiques supérieures à 0,95 (120). Le troisième indice était l'erreur quadratique moyenne d'approximation (RMSEA). Les valeurs diagnostiques de RMSEA de 0,08 à 0,10 impliquent un ajustement médiocre, et des valeurs inférieures à 0,08 indiquent un bon ajustement (120). En cas de modification d'un modèle à partir du résultat de l'ajustement du modèle, nous suivons avec une conscience le modèle hypothétique de cette étude, le premier modèle a été modifié comme les indices de modification, l'ajustement du modèle et les estimations standardisées.

Résultats

A. Analyse descriptive

I. Graphiques

Nous avons inclus 637 étudiants en médecine.

1. Caractéristiques personnelles

1.1. Les critères sociodémographiques

1.1.1. Age

La moyenne d'âge des étudiants en médecine était de $21,37 \pm 2,44$.

1.1.2. Sexe

Dans notre échantillon, il y'avait une prédominance féminine avec 65.62% d'étudiantes et 34.38% d'étudiants.

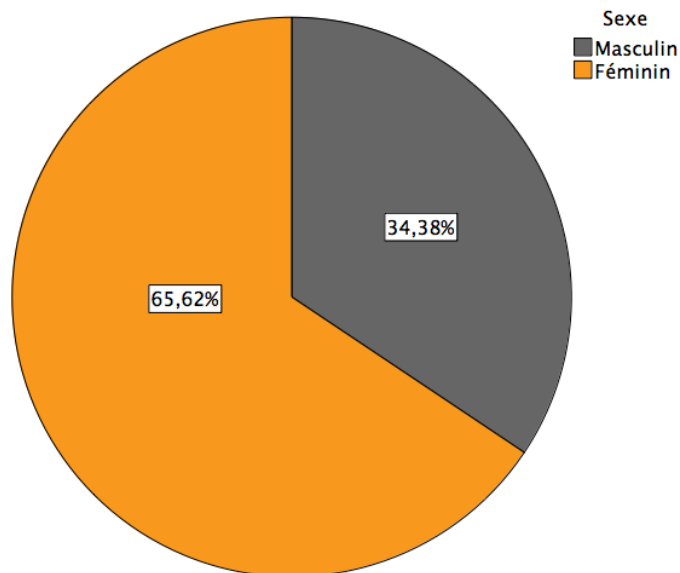


Figure 9 : Répartition de la population d'étude selon le sexe

1.1.3. Statut matrimonial

Dans notre échantillon, la quasi-totalité des étudiants étaient célibataires avec 96.55% de célibataires et 3.45% de mariés.

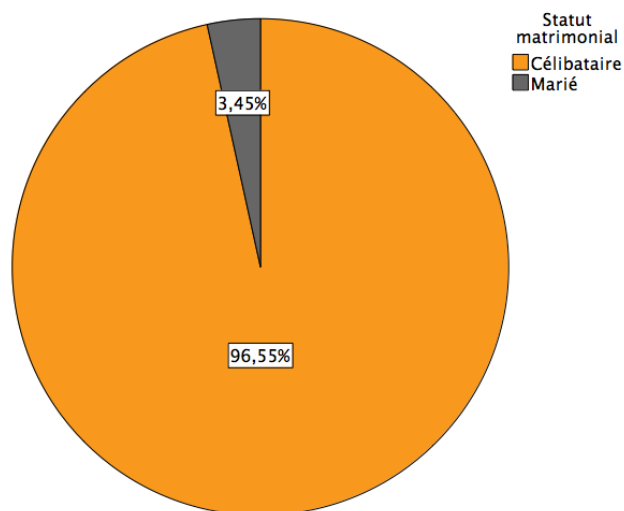


Figure 10 : Répartition de la population d'étude selon le statut matrimonial

1.1.4. Résidence

La quasi-totalité des étudiants n'habitaient pas seul avec un taux de 91.05% contre 8.95% pour ceux qui habitaient seul.

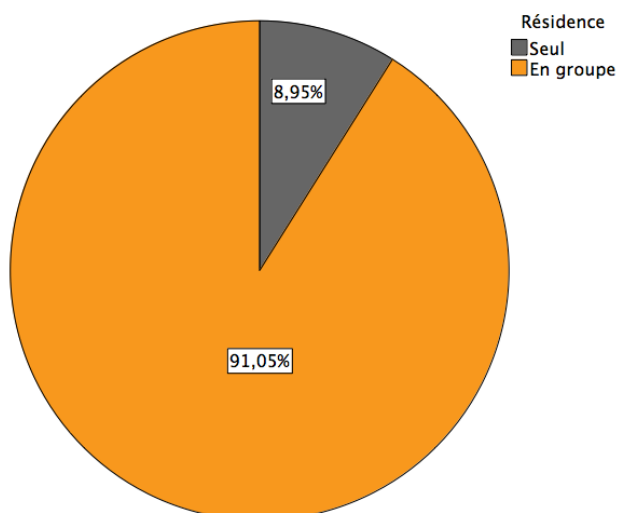


Figure 11 : Répartition de la population d'étude selon le type d'habitation

1.1.5. Niveau éducationnel des parents

La majorité des parents avaient un niveau d'études supérieures. La moitié des parents avait un master ou un doctorat (52.28%) et l'autre moitié avait un niveau d'étude moindre. Le taux de parents avec une licence était de 28.10%. Le taux de ceux qui avaient fait des études supérieures sans obtention de diplôme, ceux qui avaient le baccalauréat, ceux qui n'avaient pas de baccalauréat étaient de 5.02%, 4.40%, 10.20% respectivement.

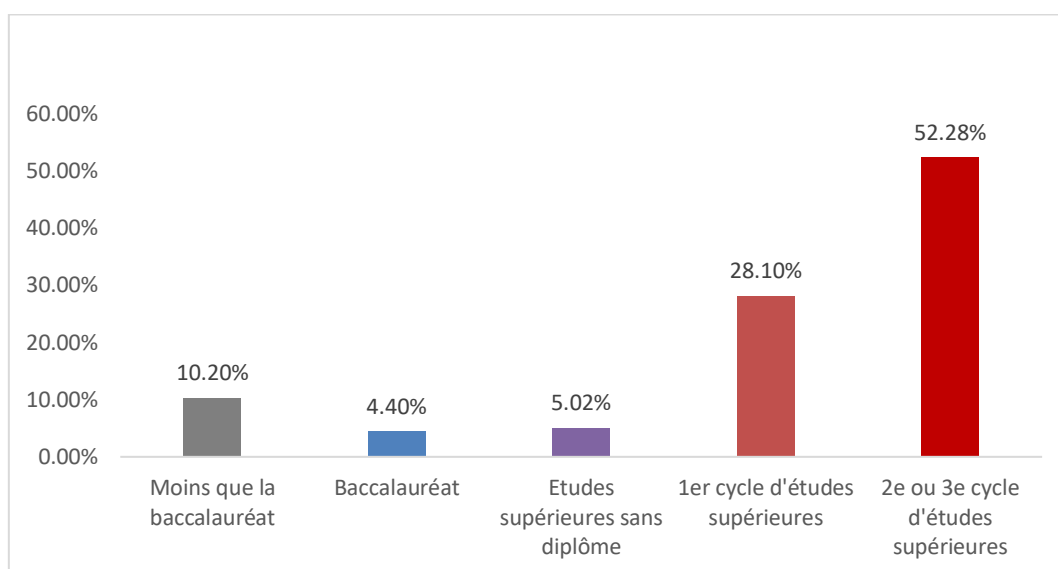


Figure 12 : Répartition de la population d'étude selon le niveau éducatif des parents

1.1.6. Support financier

a-Présence de support financier

Tous les étudiants avaient un support financier.

b-Origine du support financier

La quasi-totalité de étudiants avaient un support financier familial (95.40%). Le taux d'étudiants bénéficiant d'une bourse était de 37.80%. Seulement 5.20% des étudiants avaient un job à mi-temps comme source de revenu. Un nombre extrêmement rare d'étudiants déclaraient avoir une autre source de revenu (1.60%).

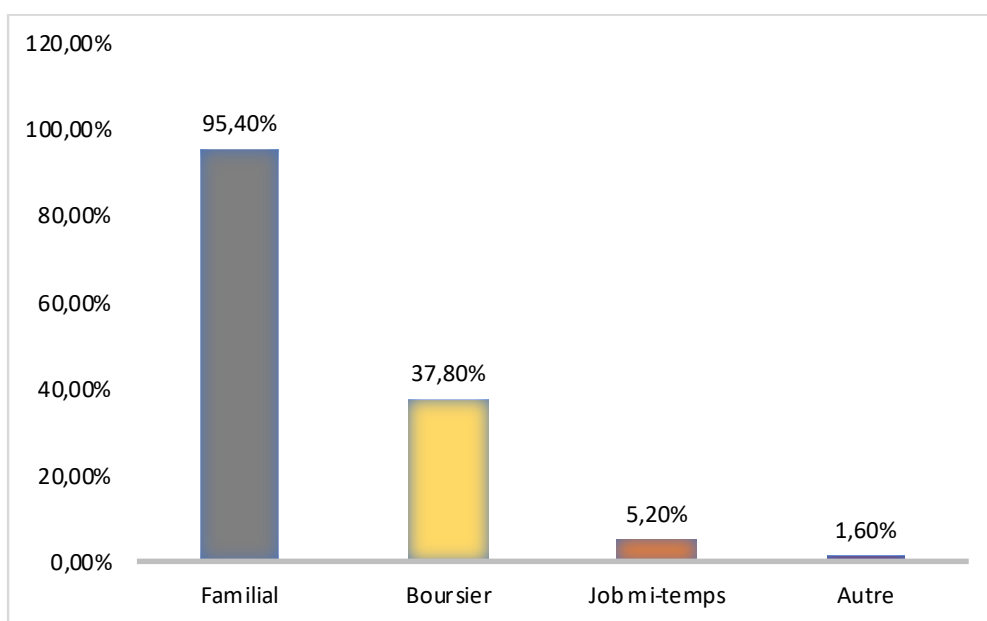


Figure 13 : Répartition de la population d'étude selon l'origine du support financier

c- Somme d'argent de poche mensuel

La moyenne de la somme d'argent de poche mensuel était de 1900 Dhs avec une médiane de 1500 Dhs et un intervalle inter quantile de [1000 ; 2500] avec la présence de valeurs éloignées et extrêmes entre 5000 Dhs et 20000 Dhs.

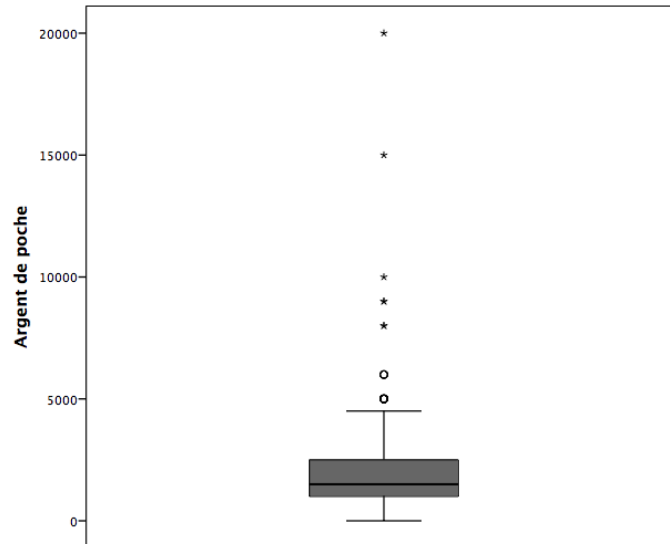


Figure 14 : Répartition de la population d'étude selon la somme d'argent de poche mensuel (en Dhs)

1.1.7. Activités de bien-être

a-Pratique régulière d'activité(s) de bien-être

La moitié des étudiants pratique au moins une activité de bien-être (54,3%), l'autre moitié (45.68%) ne pratique aucune activité régulière.

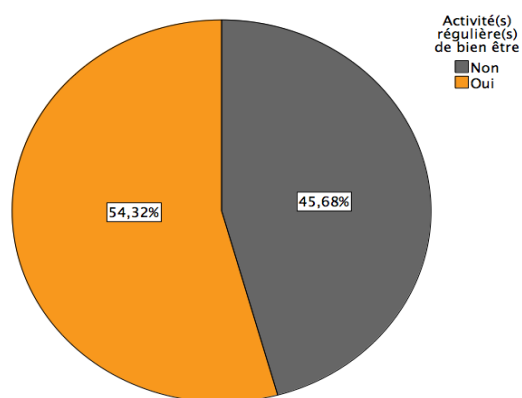


Figure 15 : Répartition de la population d'étude selon la pratique régulière d'activité(s) de bien-être

b-Type d'activité(s) régulière(s) de bien-être

La moitié des étudiants pratiquent au moins une activité de bien-être (54.3%), parmi ces étudiants 39.24%, 3.57%, 2.11%, 3.89%, 5.35%, 2.11%, 3.01% pratiquaient au moins une activité physique, associative, sociale, artistique, intellectuelle, spirituelle ou autre activité de manière régulière respectivement.

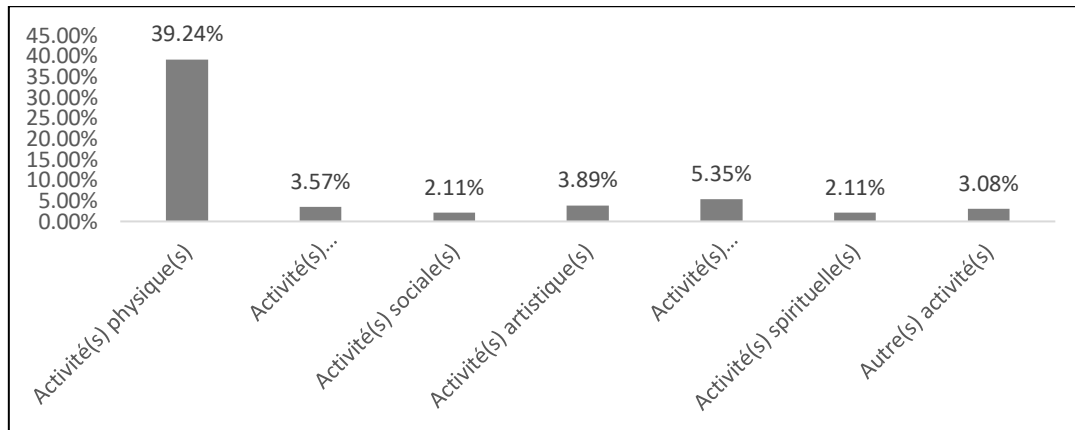


Figure 16 : Répartition de la population d'étude selon le type d'activité(s) de bien-être

1.2. La santé de l'étudiant en médecine

1.2.1. Maladie physique chronique

Le taux d'étudiants qui ont déclaré souffrir d'une maladie physique chronique était de 25.90% contre 74.10% d'étudiants qui n'en souffraient pas.

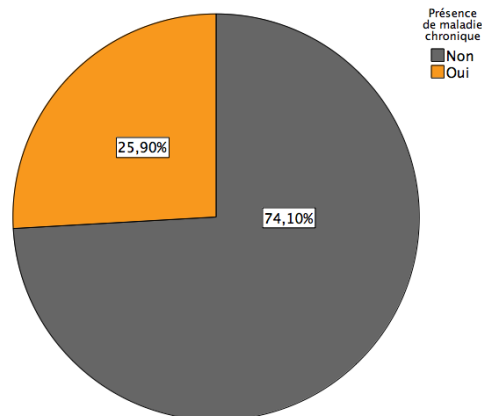


Figure 17 : Répartition de la population d'étude selon la présence de maladie physique chronique

1.2.2. Santé mentale de l'étudiant antérieure aux études en médecine

a- Consultation pour la santé mentale (par un professionnel de la santé : médecin généraliste, psychiatre ou psychologue ; ou autre) antérieure aux études en médecine :

Le taux d'étudiants ayant déjà consulté pour leur santé mentale antérieurement aux études médicales s'élevait à 10.52% et ceux n'ayant jamais consulté s'élevait à 89.48%.

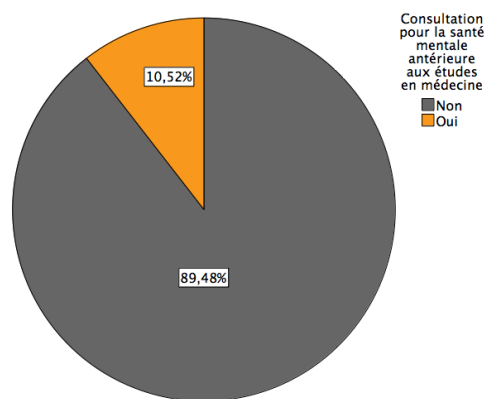


Figure 18 : Répartition de la population d'étude selon la consultation pour la santé mentale antérieure aux études en médecine

b-Diagnostic de maladie mentale antérieure aux études en médecine

La quasi-totalité des étudiants n'avaient jamais reçu un diagnostic de maladie mentale antérieurement aux études médicales (96.08%) et seulement 3.92% des étudiants en avaient reçu.

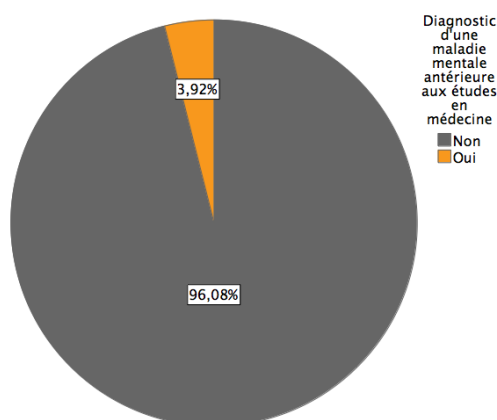


Figure 19 : Répartition de la population d'étude selon le diagnostic d'une maladie mentale antérieure aux études en médecine

c-Prescription de médicament(s) pour la santé mentale antérieure aux études en médecine

La quasi-totalité des étudiants n'avaient jamais consommé de médicament(s) pour la santé mentale antérieurement aux études médicales (95.60%) et seulement 4.40% des étudiants en avaient reçu un.

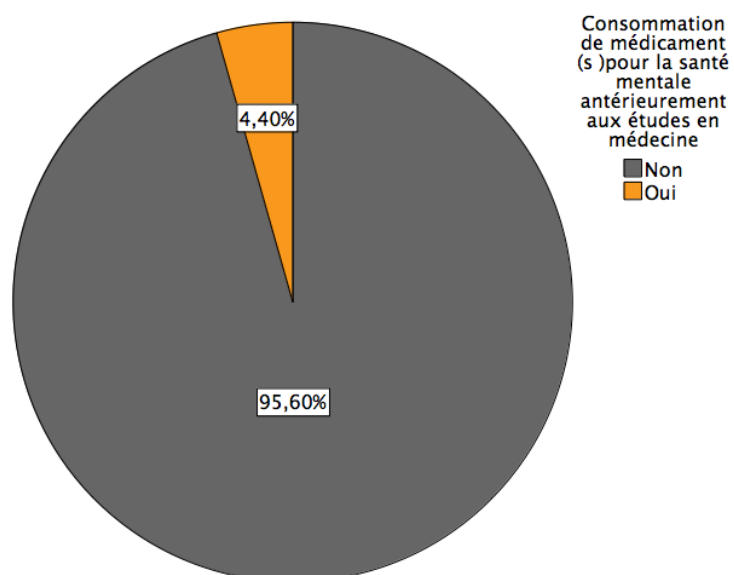


Figure 20 : Répartition de la population d'étude selon la consommation de médicament(s) pour la santé mentale antérieurement aux études en médecine

1.2.3. Santé mentale de l'étudiant durant les études en médecine

a-Consultation actuelle pour la santé mentale (par un professionnel de la santé : médecin généraliste, psychiatre ou psychologue ; ou autre) :

La majorité des étudiants ne consultaient pas au moment de l'étude pour leur santé mentale (87.76%) et seulement 12.24% d'étudiants consultaient pour leur santé mentale.

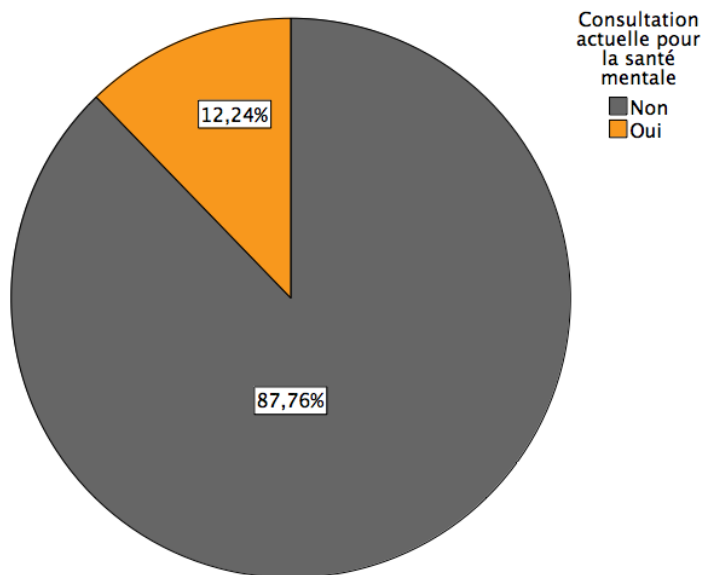


Figure 21 : Répartition de la population d'étude selon la consultation actuelle pour la santé mentale

b-Diagnostic de maladie mentale pendant les études en médecine

Le taux d'étudiants avec une maladie mentale était de 15.54% dont 12.87% diagnostiqués lors des études médicales.

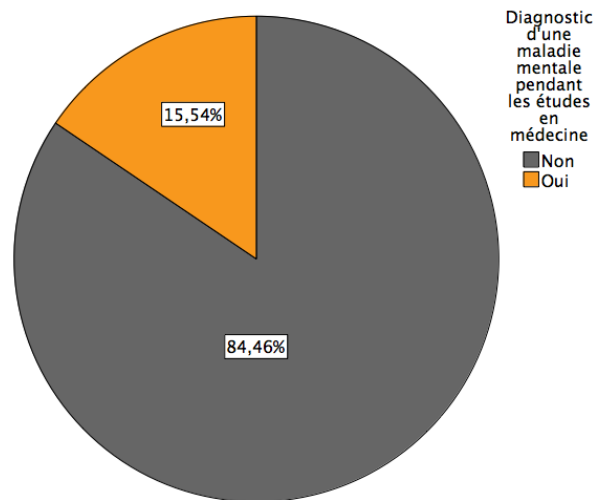


Figure 22 : Répartition de la population d'étude selon le diagnostic de maladie mentale pendant les études en médecine

c-Consommation actuelle de médicaments pour la santé mentale

La majorité des étudiants ne consommaient aucun médicament au moment de l'étude pour leur santé mentale (90.11%) et seulement 9.89% d'étudiants en consommaient.

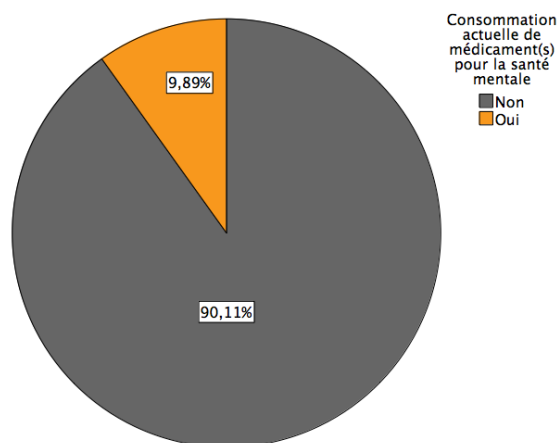


Figure 23 : Répartition de la population d'étude selon la consommation actuelle de médicament(s) pour la santé mentale

1.2.4. Sources de stress

a- Présence ou absence de source(s) de stress dans la vie de l'étudiant

La majorité des étudiants déclaraient avoir au moins une source de stress dans leur vie estudiantine (94.82%) et seulement 5.18% d'étudiants déclaraient n'en avoir aucune.

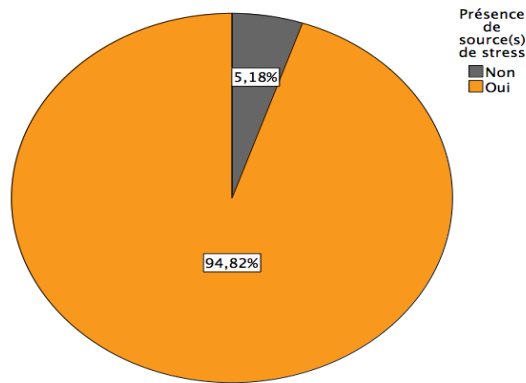


Figure 24 : Répartition de la population d'étude selon la présence ou l'absence de source(s) de stress dans la vie de l'étudiant

b- Type de source(s) de stress :

La source de stress pouvait être unique ou multiple. Dans un ordre décroissant : 89.80% d'étudiants déclaraient les études comme source de stress, s'ensuivaient les relations (amicales ou familiales ou autre) avec un taux de 41.60% puis l'argent avec un taux de 37.36% et en dernier le logement avec un taux de 12.56%.

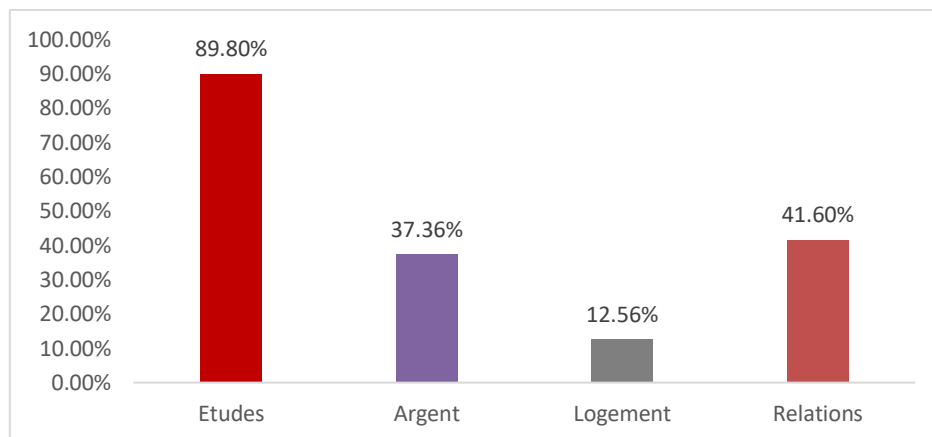


Figure 25 : Répartition de la population d'étude selon le type de source(s) de stress

1.2.5. Évènement(s) de vie négatif(s) durant les 12 derniers mois

Un peu plus de la moitié des étudiant(s) ont rapporté avoir vécu au moins un événement de vie négatif durant les 12 derniers mois précédant l'étude (61.22%) et 38.78% des étudiants n'en avaient vécu aucun.

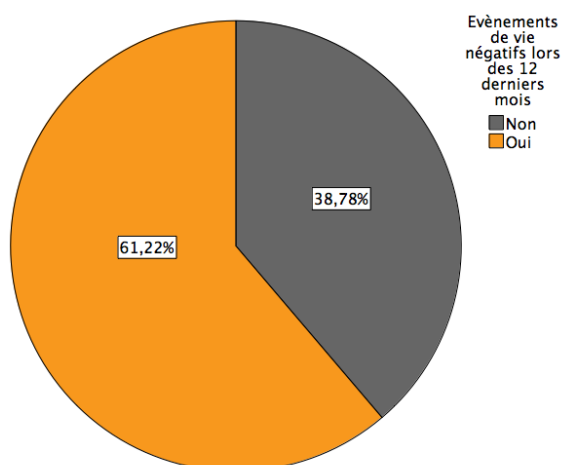


Figure 26 : Répartition de la population d'étude selon le vécu d'événement(s) de vie négatif(s) durant les 12 derniers mois

2. Caractéristiques académiques

2.1. Année académique

Notre échantillon était homogène quant au taux de réponse par année d'étude. Ainsi nous avons obtenu des taux de 15.20%, 15.40%, 14.80%, 14.40%, 15.40%, 13%, 11.80% d'étudiants de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème} années respectivement.

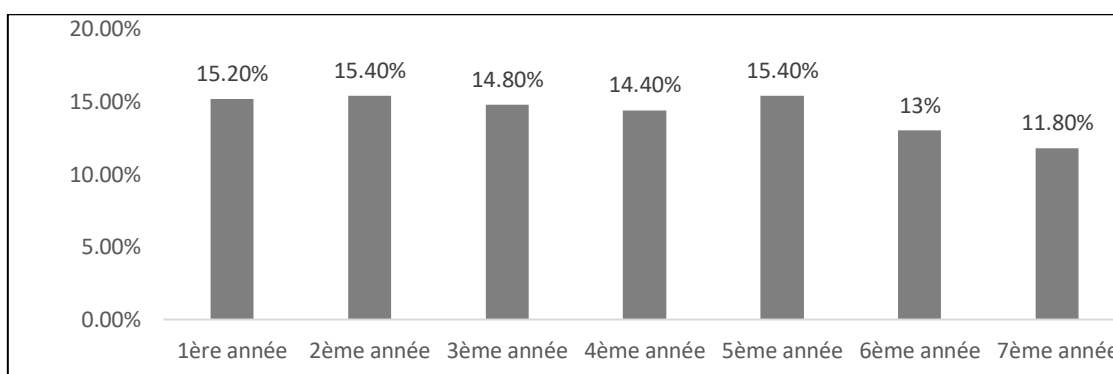


Figure 27 : Répartition de la population d'étude selon l'année académique

2.2. Echec académique

a-Fréquence de l'échec académique

Les étudiants rapportaient une fréquence d'échec occasionnelle à 63.30% et 36.70% déclaraient n'avoir jamais connu l'échec lors de leur parcours académique.

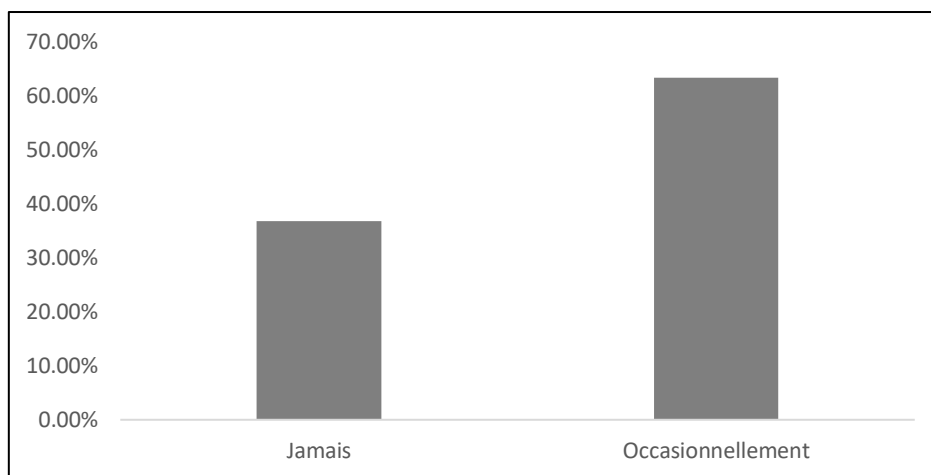


Figure 28 : Répartition de la population d'étude selon la fréquence de l'échec académique

b-Type de l'échec académique

Par ordre décroissant, nous avons trouvé des taux de 49.80%, 8.80%, 2.20%, 1.40%, 1.40% de rattrapage(s), d'échec au concours d'internat, d'échec aux examens cliniques, de mauvaise(s) note(s), d'échec d'examen(s) de fin de stage respectivement.

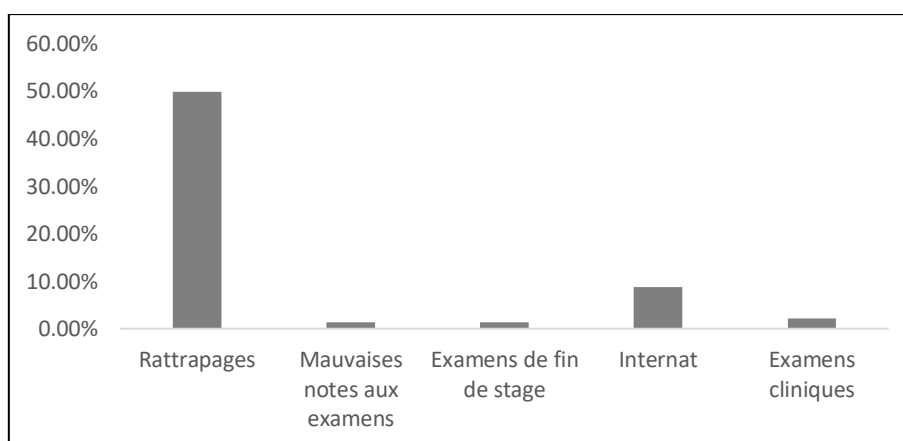


Figure 29 : Répartition de la population d'étude selon le type d'échec académique

c-Niveau de peur de l'échec académique :

Nous avons trouvé une moyenne de 6.75, une médiane de 7 avec un écart interquartile de [5 ; 9] concernant le niveau de peur de l'échec.

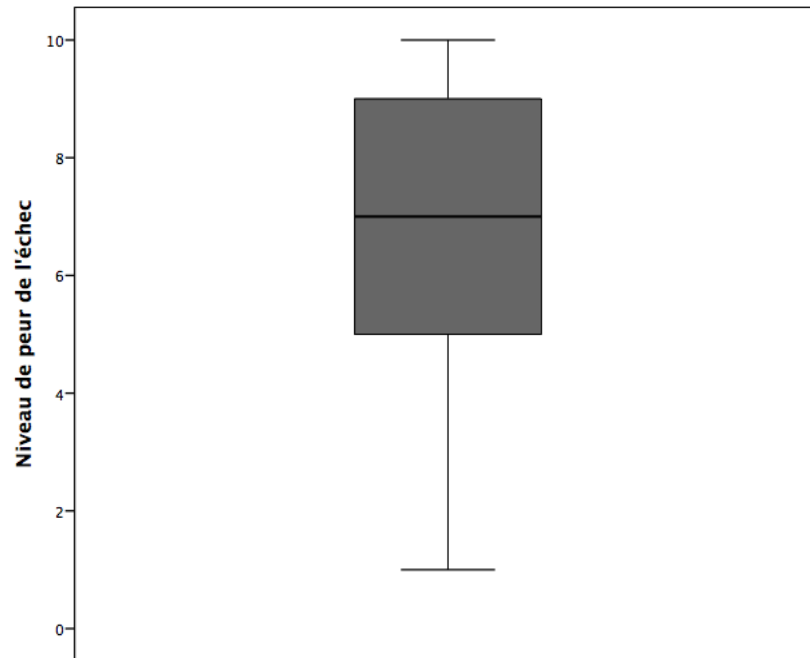


Figure 30 : Niveau de peur de l'échec chez la population d'étude

d-Aide de la faculté à la compréhension de l'échec

Nous avons trouvé une moyenne de 2.15, une médiane de 1 avec un écart interquartile de [1 ; 3] ainsi que certaines valeurs éloignées et extrêmes concernant l'aide de la faculté à la compréhension de l'échec.

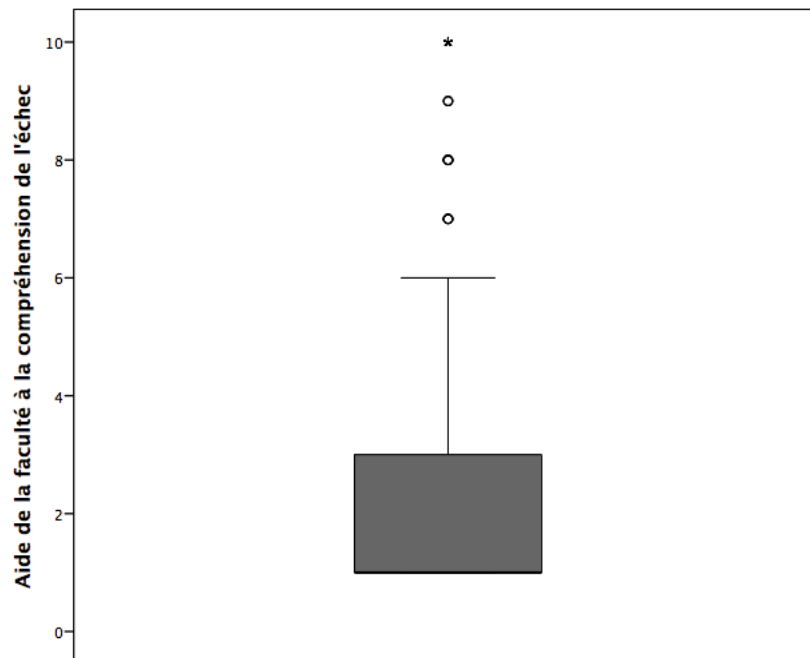


Figure 31 : Aide de la faculté à la compréhension de l'échec selon la population d'étude

2.3. Accessibilité des cours

Nous avons trouvé une moyenne de 3.83, une médiane de 3 avec un écart interquartile de [1 ; 6] concernant l'accessibilité du programme d'étude et/ou du programme d'internat/résidanat.

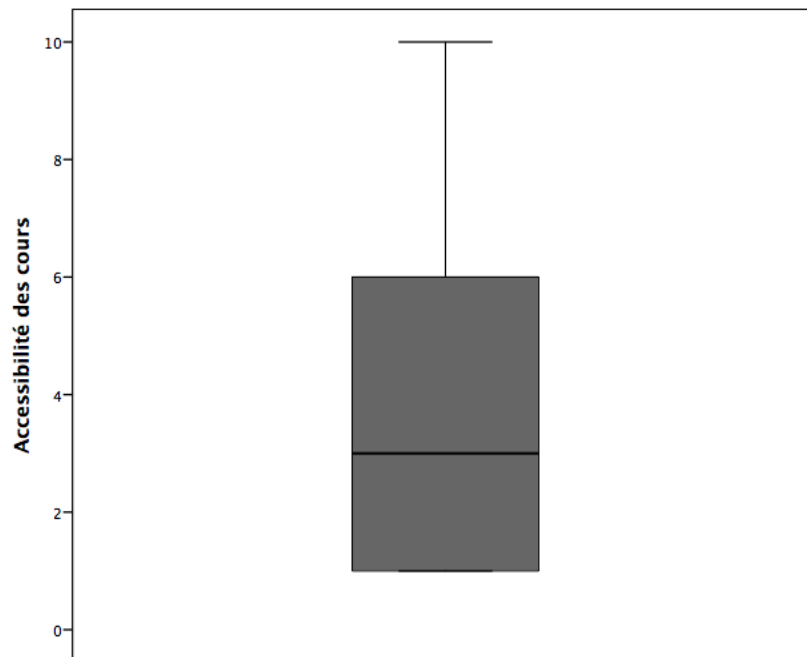


Figure 32 : Accessibilité des cours selon la population d'étude

2.4. Rythme de travail

a-Charge de travail

Nous avons trouvé une moyenne de 7.84, une médiane de 8 avec un écart interquartile de [7 ; 10] ainsi que certaines valeurs éloignées et extrêmes concernant le rythme de travail.

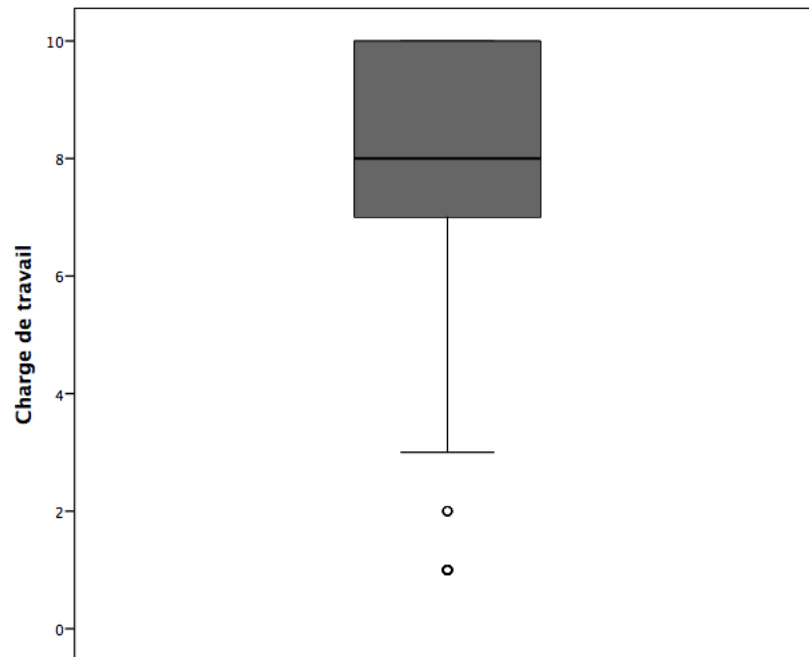


Figure 33 : Charge de travail selon la population d'étude

b-Suffisance des vacances

Nous avons trouvé une moyenne de 3.09, une médiane de 1 avec un écart interquartile de [1 ; 5] concernant la suffisance des vacances.

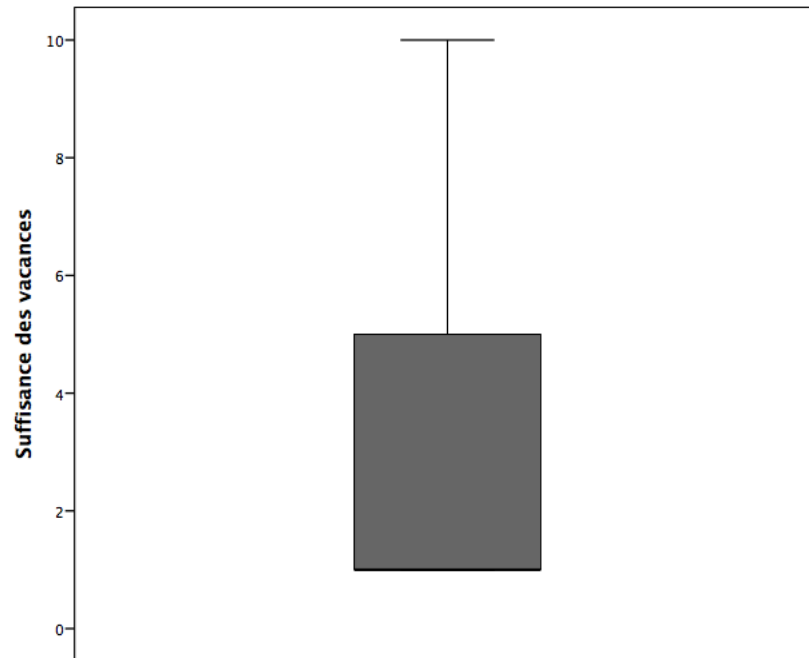


Figure 34 : Suffisance des vacances selon la population d'étude

2.5. Participation de l'étudiant

a-Enseignement est centré sur l'étudiant

Nous avons trouvé une moyenne de 3.31, une médiane de 3 avec un écart interquartile de [1 ; 5] concernant l'item 'l'enseignement est centré sur l'étudiant'.

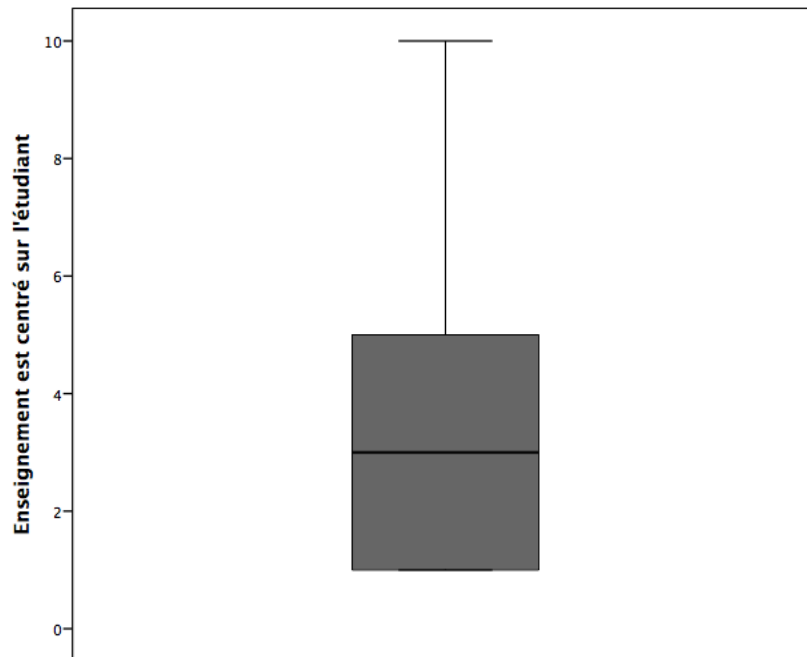


Figure 35 : La focalisation de l'enseignement sur l'étudiant selon la population d'étude

b-Participation de l'étudiant dans la prise de décision :

Nous avons trouvé une moyenne de 2.16, une médiane de 1 avec un écart interquartile de [1 ; 3] ainsi que certaines valeurs éloignées et extrêmes concernant l'intégration de l'étudiant dans la prise de décision.

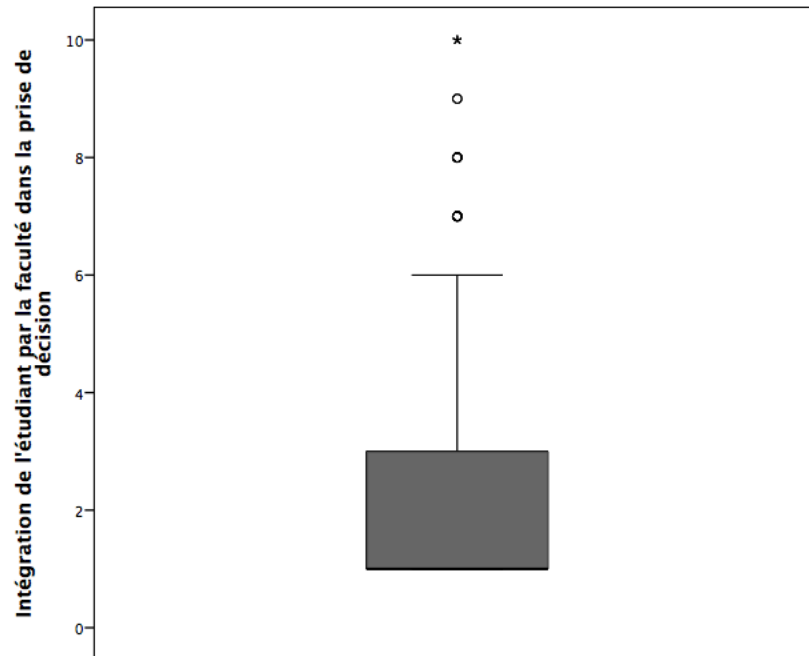


Figure 36 : Intégration de l'étudiant dans la prise de décision selon la population d'étude

2.6. Futur de l'étudiant

a-Contribution de la faculté à la préparation à la carrière médicale :

Nous avons trouvé une moyenne de 2.99, une médiane de 3 avec un écart interquartile de [1 ; 4] ainsi que certaines valeurs éloignées et extrêmes concernant la contribution de la faculté à la préparation à la carrière médicale.

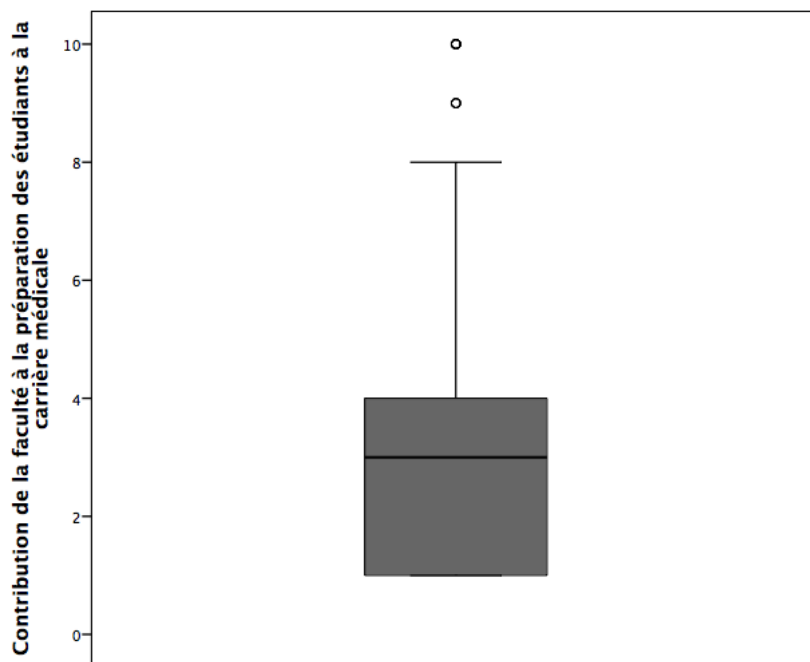


Figure 37 : Contribution de la faculté à la préparation à la carrière médicale selon la population d'étude

b-Futur certain quant à la spécialisation :

Nous avons trouvé une moyenne de 3.09, une médiane de 2 avec un écart interquartile de [1 ; 5] concernant la certitude du futur quant à la spécialisation.

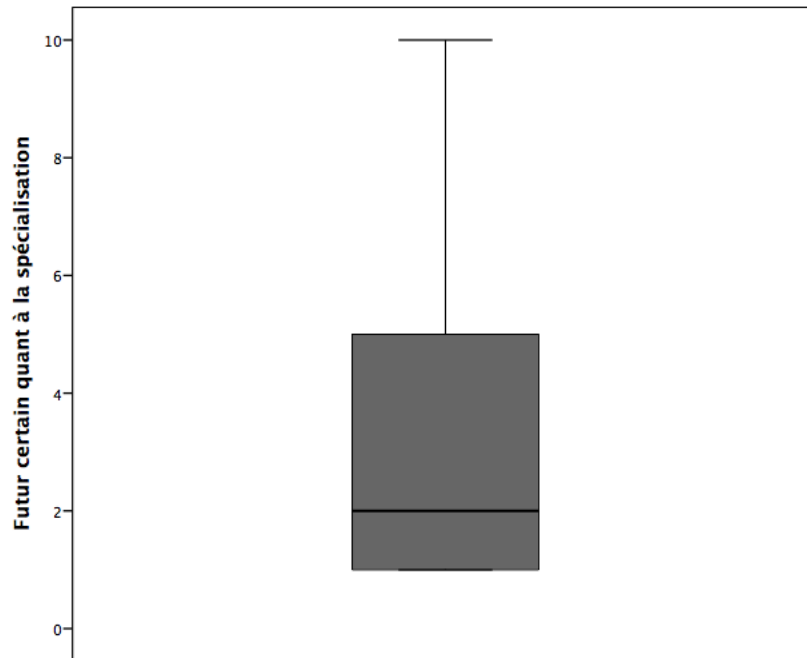


Figure 38 : Certitude du futur quant à la spécialisation selon la population d'étude

2.7. Qualité de la majorité des relations professeur-étudiant

La majorité des relations ont été jugées inexistantes selon étudiants avec un taux 74.41%, une minorité négative avec un taux de 5.02% et le reste positive avec un taux de 20.57%.

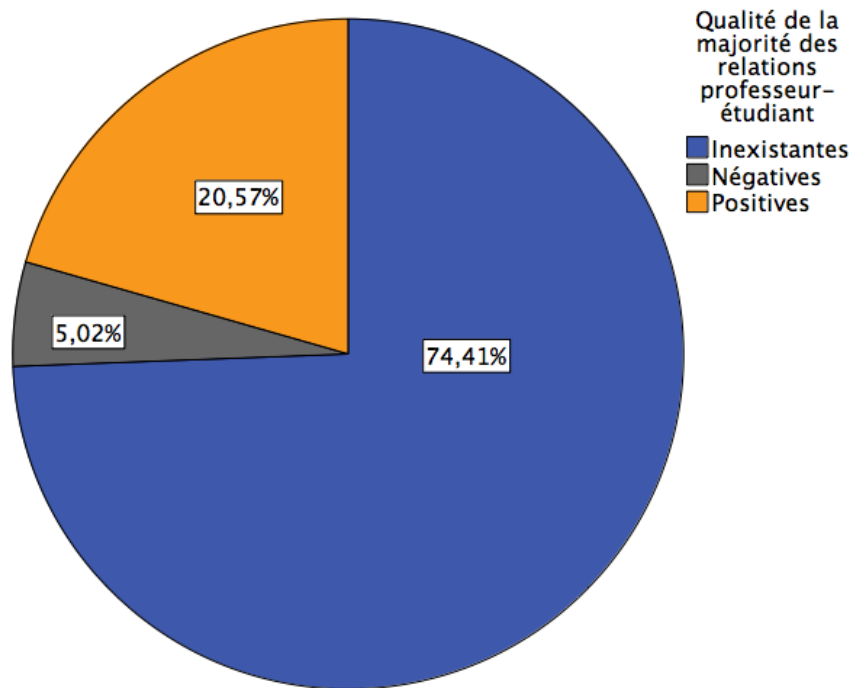


Figure 39 : Qualité de la majorité des relations professeur-étudiant selon la population d'étude

2.8. Besoin(s) de l'étudiant

Les étudiants ont exprimé plusieurs besoins tels que : la formation en méthodologie de travail (69.9%), la formation en gestion des émotions (71.3%), la formation en communication dans les soins (78%), le besoin en cellule d'orientation (79.1%) et le besoin en cellule de soutien (68.8%). Aucun étudiant n'a exprimé le besoin en encadrement pédagogique personnalisé.

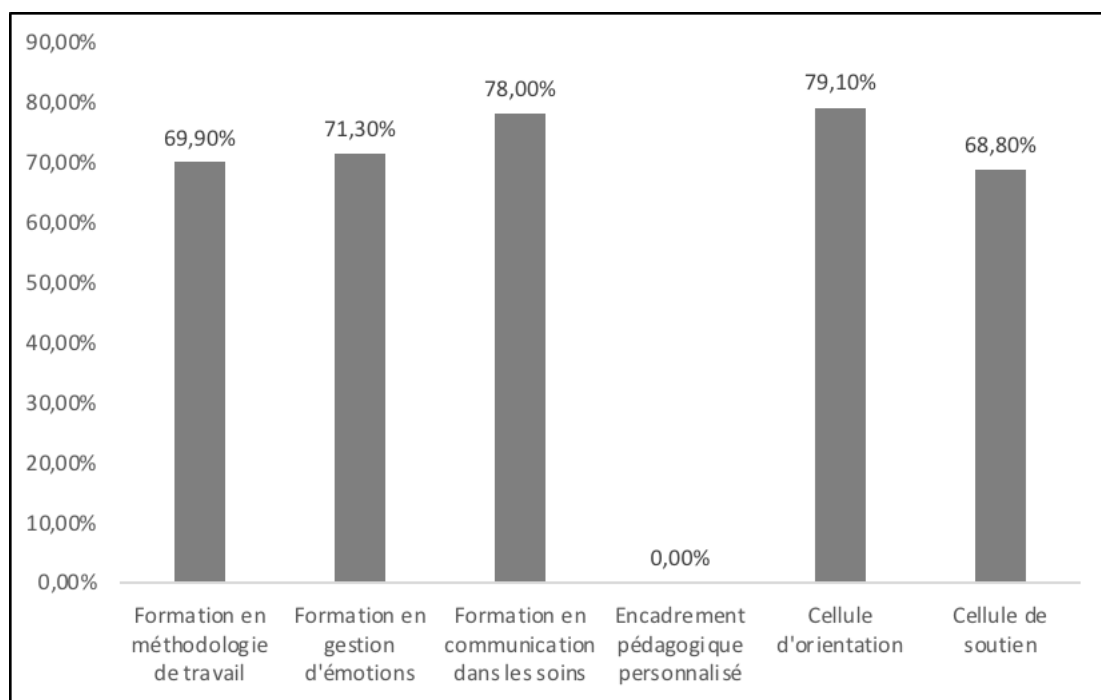


Figure 40 : Besoins de l'étudiant selon la population d'étude

3. Conséquences personnelles

3.1. Consommation de substances

3.1.1. Présence de consommation de substances :

Concernant la consommation de substances (occasionnelle ou régulière), dans un ordre décroissant : le taux de consommation de l'alcool était de 16.20%, celle du tabac était à 8.80%, celle du Cannabis était à 7.50% et en dernier celle des drogues (en dehors du Cannabis) qui était à 1.90%.

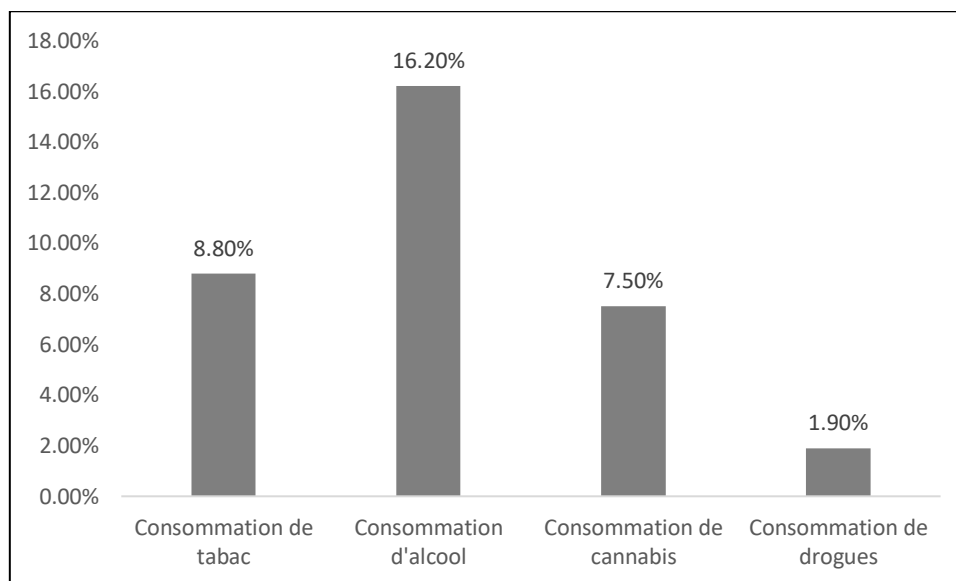


Figure 41 : Répartition de la population selon la présence de consommation de substances

3.1.2. Consommation de médicaments psychotropes durant les études en médecine :

Le taux d'étudiants ayant déclaré avoir déjà consommé des anxiolytiques était de 13.30%, celui des antidépresseurs était de 10.10% et celui des hypnotiques était de 16.50%.

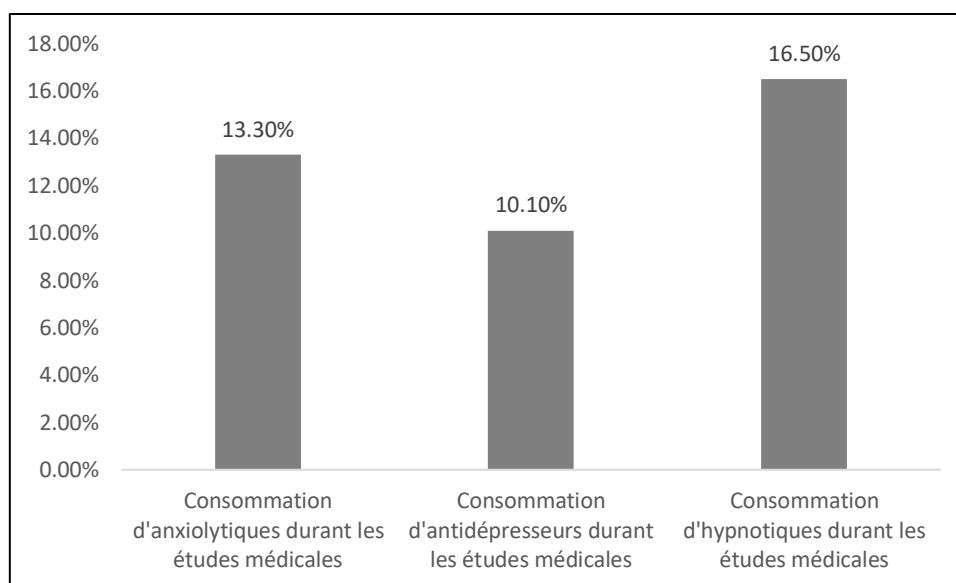


Figure 42 : Répartition de la population selon la consommation de médicaments durant les études en médecine

3.2. Usage de substances durant les 12 derniers mois

3.2.1. Type de drogue

Les drogues consommées les 12 derniers mois étaient : le Cannabis (6%), l'Ectasie (1.70%), la Cocaïne (0.60 %) et aucune consommation d'Amphétamines n'a été déclarée. Certains étudiants ont rapporté avoir consommé d'autres substances en dehors de celles citées précédemment (4.70%).

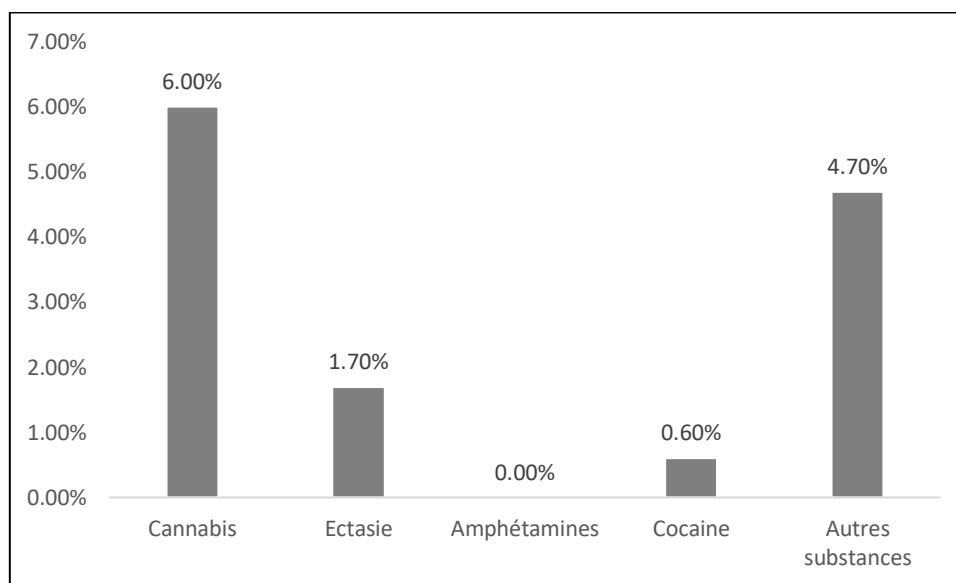


Figure 43 : Répartition de la population selon le type de drogues consommées durant les 12 derniers mois

3.2.2. Usage de substance pour le bien-être

Le taux d'étudiants qui ont rapporté un usage de substance pour générer du bien-être était de 12.56%, tandis qu'une grande majorité d'étudiants n'ont rapporté aucun usage dans ce sens-là (87.44%).

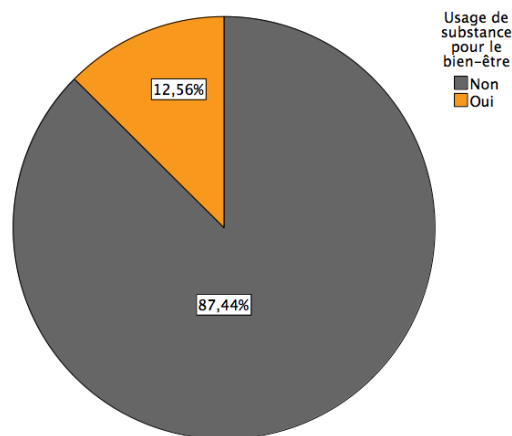


Figure 44 : Répartition de la population selon l'usage de substance pour le bien-être

3.2.3. Usage de substance(s) pour l'amélioration de la performance académique

Le taux d'étudiants qui ont colporté un usage de substance pour améliorer la performance académique était de 14.91%, tandis qu'une grande majorité d'étudiants n'ont rapporté aucun usage dans ce sens-là (85.09%).

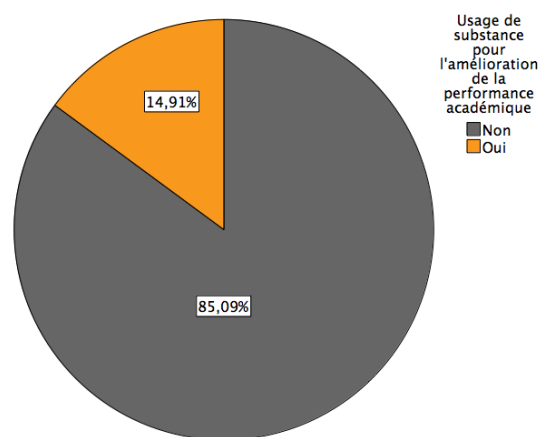


Figure 45 : Répartition de la population selon l'usage de substance pour l'amélioration de la performance académique

3.2.4. Préoccupation de l'étudiant par rapport à son usage de substance

Parmi les étudiants qui ont rapporté un usage de substances pour générer du bien être et/ou augmenter leur performance académique, 18.58 % (N=34) avaient une préoccupation quant à cet/ces usage(s).

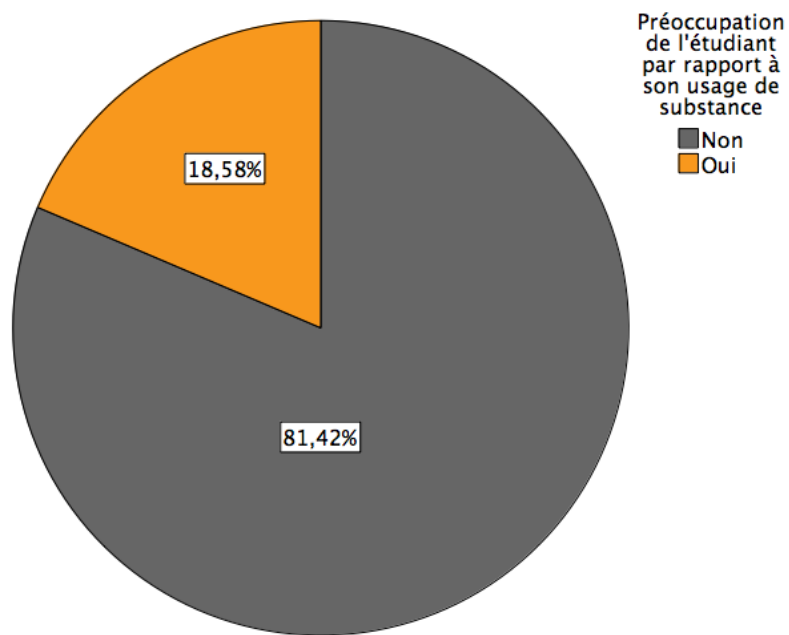


Figure 46 : Répartition de la population selon la préoccupation de l'étudiant par rapport à son usage de substance

3.2.5. Inquiétude de l'entourage par rapport à l'usage de substance de l'étudiant

Parmi les étudiants qui ont rapporté un usage de substances pour générer du bien être et/ou augmenter leur performance académique, 17.51% (N=31) ont rapporté une inquiétude de leur entourage quant à cet/ces usage(s).

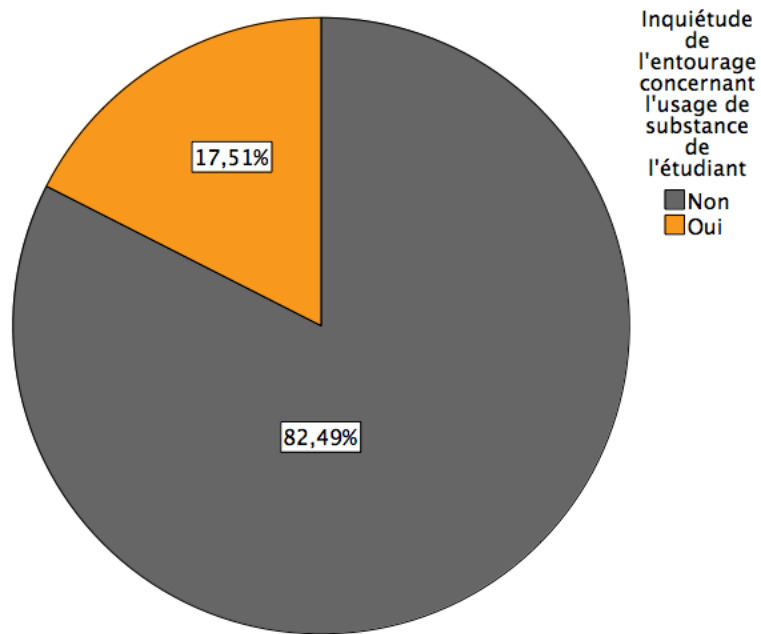


Figure 47 : Répartition de la population selon l'inquiétude de l'entourage concernant l'usage de substance de l'étudiant

3.3. Idées/planification de tentative /tentative de suicide durant les études en médecine

Le suicide est défini comme étant le fait de causer intentionnellement sa propre mort ; la tentative suicide comme étant la tentative de mettre fin à sa propre vie, ce qui peut conduire à la mort ; les idées suicidaires comme étant des pensées d'auto-agression, avec anticipation ou planification délibérée des techniques possibles pour causer sa propre mort.

Un étudiant sur 4 a relaté avoir déjà eu des idées suicidaires, 6.90% des étudiants ont déjà planifié une tentative de suicide et 2.50% ont déjà tenté de se suicider sans réussir et cela durant les études médicales.

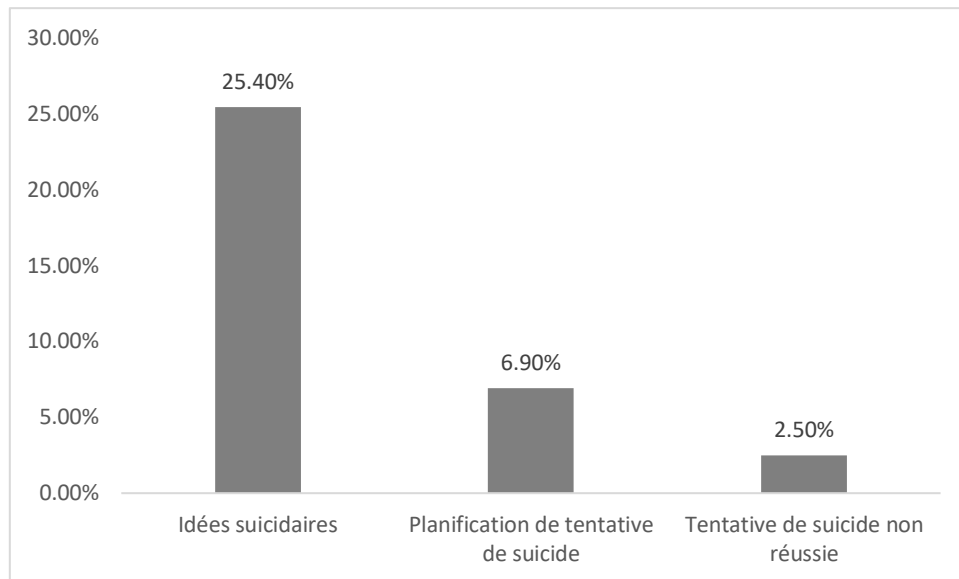


Figure 48 : Répartition de la population selon le taux d'idées/planification de tentative /tentative de suicide durant les études médicales

3.4. Idées de renoncement aux études médicales durant le cursus

Presque la moitié des étudiants a rapporté avoir déjà eu des idées de renoncement aux études médicales durant le cursus et l'autre moitié a rapporté n'avoir eu aucune de ces idées.

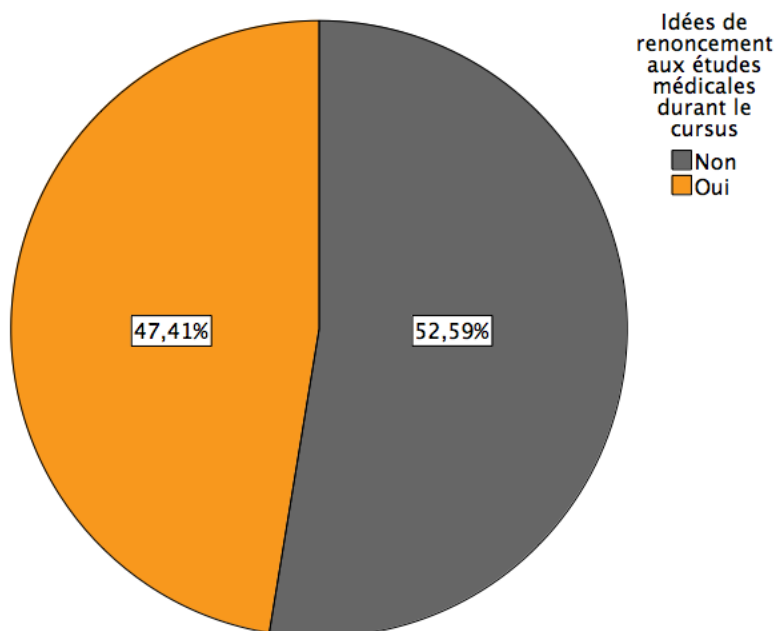


Figure 49 : Répartition de la population selon les idées de renoncement aux études médicales durant le cursus

3.5. Etudes médicales comme un choix à refaire :

A peu près un étudiant sur 3 a relaté ne pas vouloir opter pour les études médicales si cette option lui est donnée une seconde fois, tandis que le reste des étudiants ont rapporté vouloir rechoisir les études médicales (64.99%)

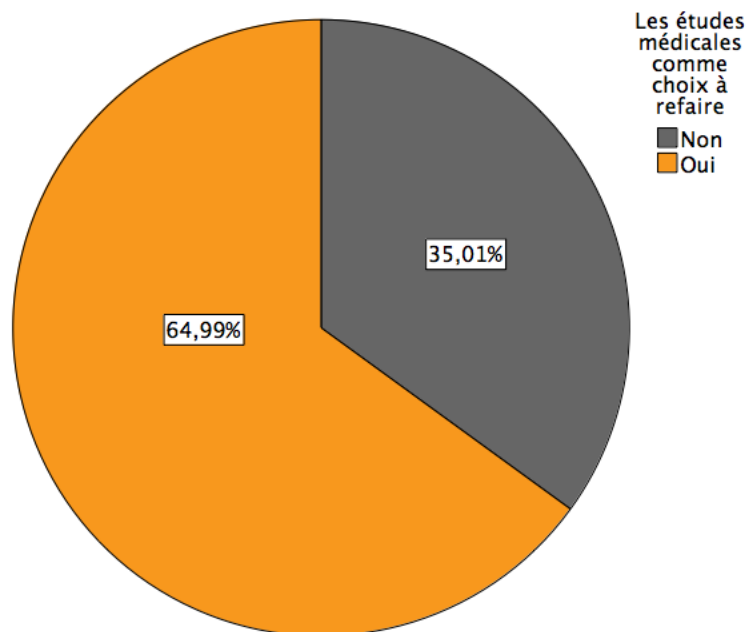


Figure 50 : Répartition de la population selon le choix de refaire des études médicales

4. Santé mentale

4.1. Stress

Sur 637 étudiants, 1.4% avaient un stress bas, 82.1 % un stress modéré et 16,5% un stress élevé.

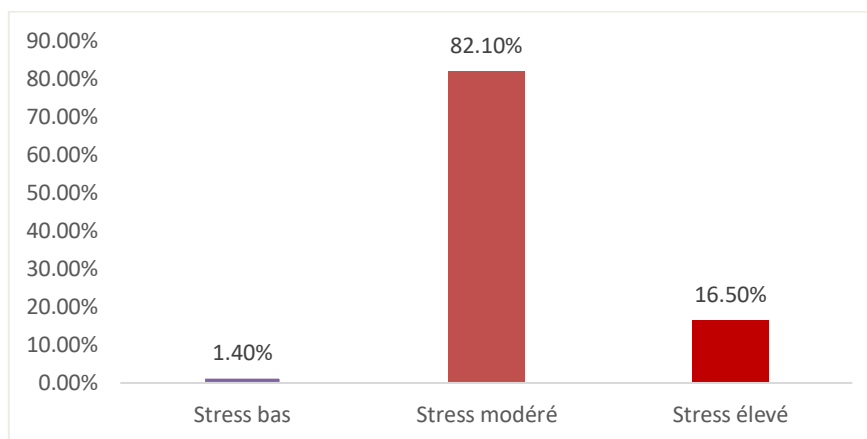


Figure 51 : Répartition de la population selon les niveaux de stress

4.2. Anxiété et dépression

4.2.1. Niveau de trouble

Un étudiant sur 4 n'avait aucun trouble. Un peu moins que la moitié des étudiants avait un trouble mineur (42%), 20.40% présentait un trouble modéré et 12.10% présentait un trouble sévère.

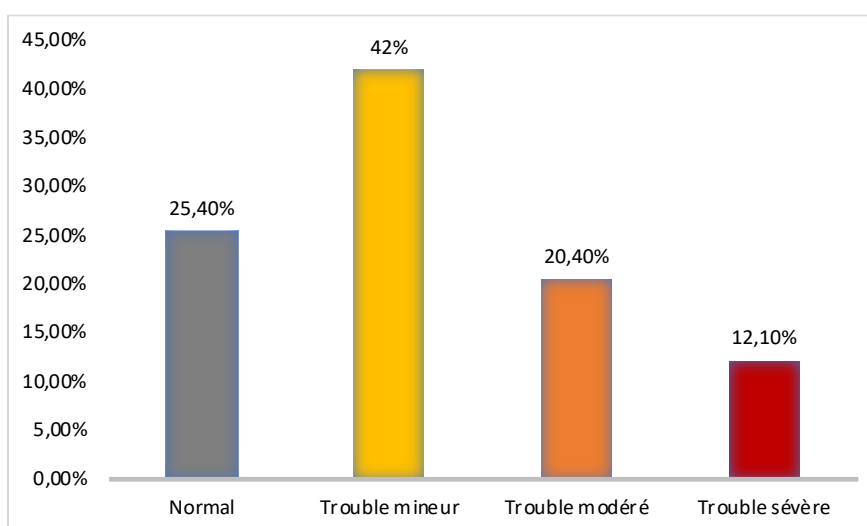


Figure 52 : Répartition de la population selon les niveaux de trouble

4.2.2. Anxiété

A peu près un étudiant sur 3 présentait une anxiété (36.10%), le reste des étudiants ne présentaient pas d'anxiété (63.90%).

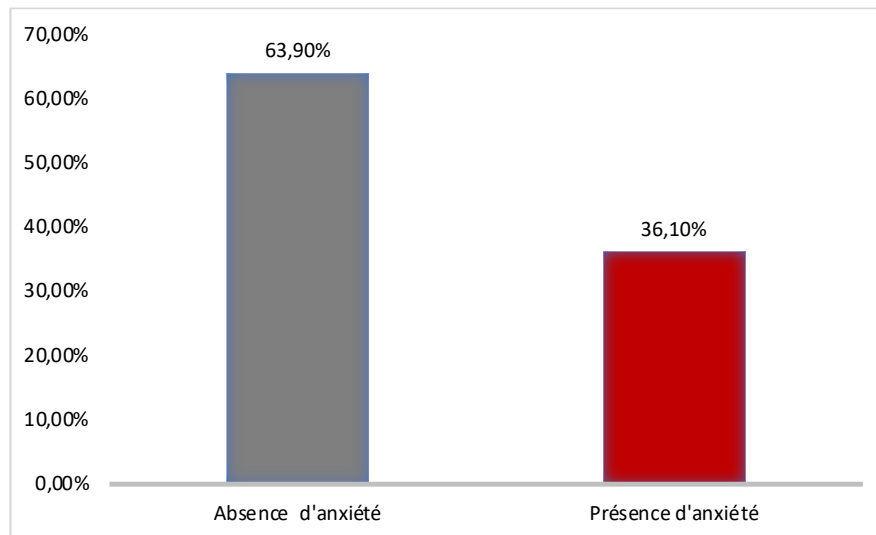


Figure 53 : Répartition de la population selon la présence ou l'absence d'anxiété

4.2.3. Dépression

A peu près un étudiant sur 3 présentait une dépression (35.60%), le reste des étudiants ne présentaient pas d'anxiété (64.40%).

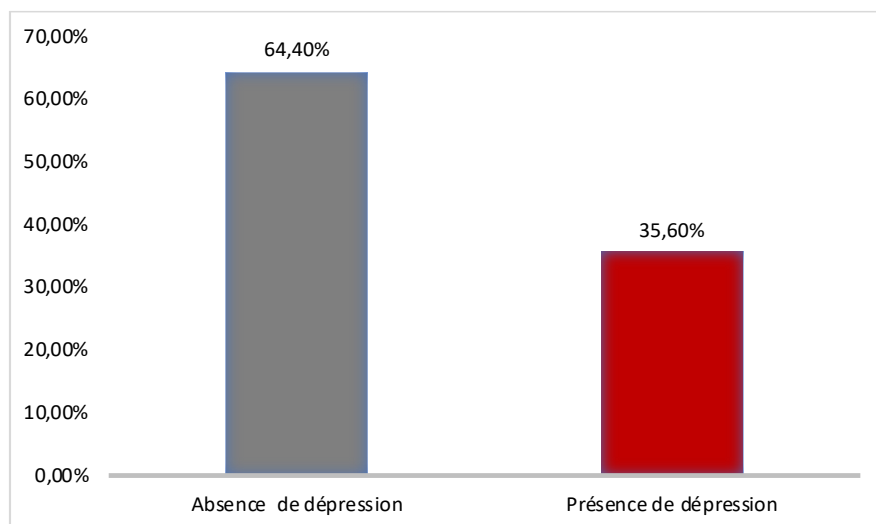


Figure 54 : Répartition de la population selon la présence ou l'absence de dépression

4.3. Burnout

4.3.1. Burnout global

Une très faible minorité présentait un taux de burnout faible à 3.80%, tandis que la majorité présentait un burnout modéré à sévère avec des taux de 62.10% de burnout modéré et 34.10% de burnout élevé.

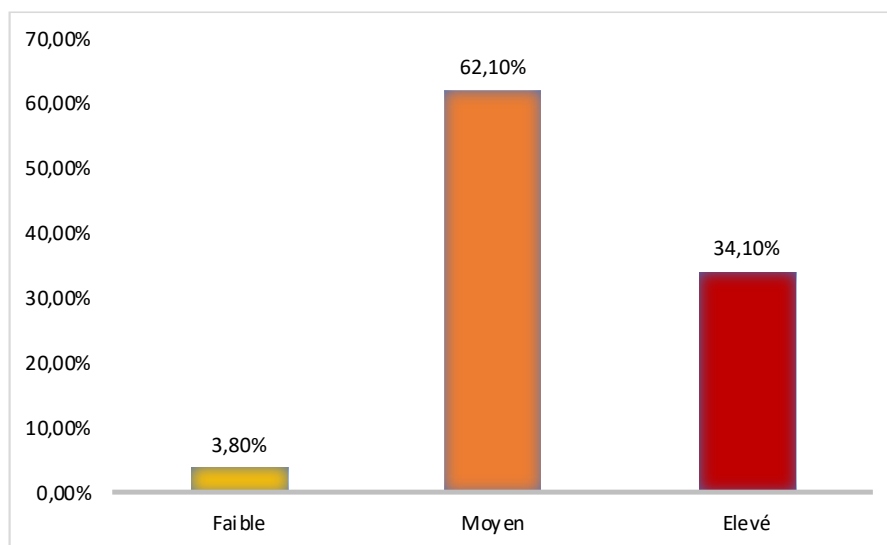


Figure 55 : Répartition de la population selon les niveaux de burnout global

4.3.2. Épuisement émotionnel

Une très faible minorité présentait un taux d'épuisement émotionnel faible à 1.70%, tandis que la majorité présentait un épuisement émotionnel modéré à sévère avec des taux de 47.70% d'épuisement modéré et 50.60% d'épuisement élevé.

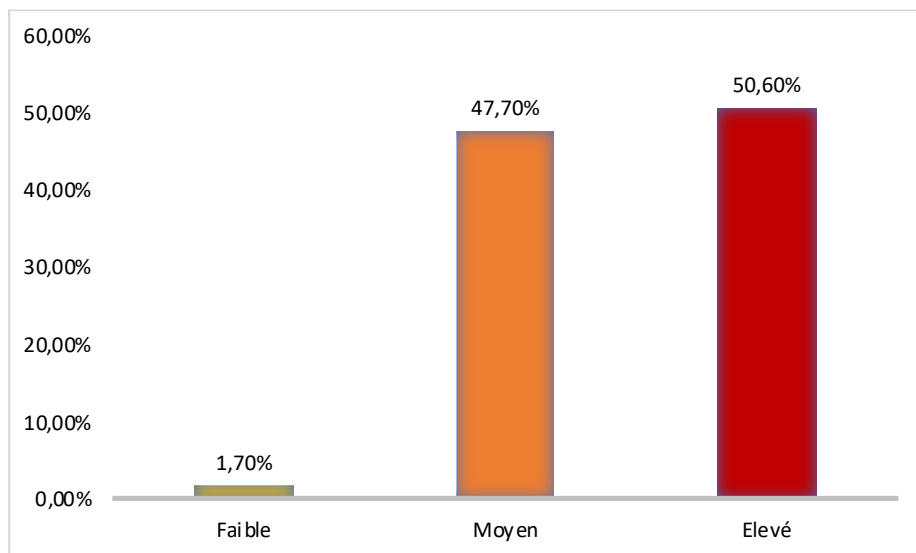


Figure 56 : Répartition de la population selon les niveaux d'épuisement émotionnel

4.3.3. Désengagement

Une faible minorité présentait un taux de désengagement faible à 16.30%, tandis que la majorité présentait un désengagement modéré à sévère avec des taux de 67.50% de désengagement modéré et 16.20% de désengagement élevé.

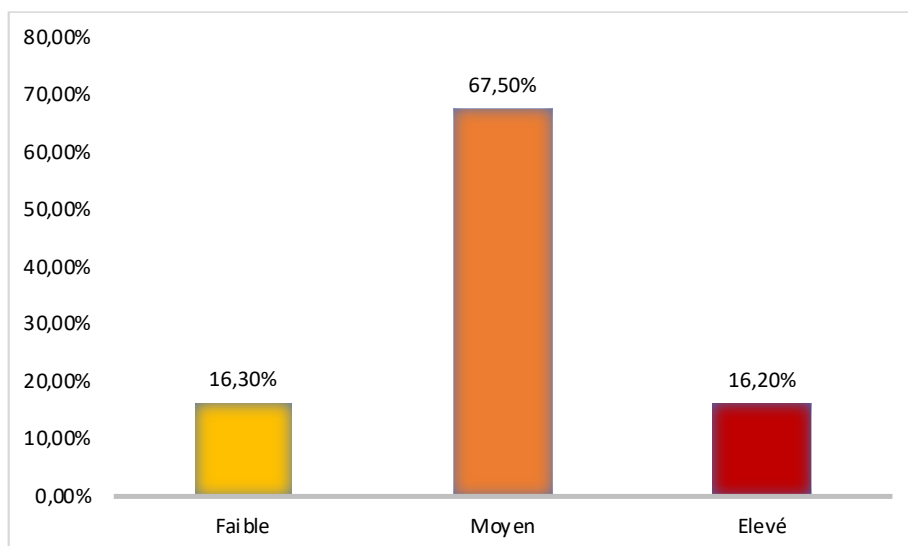


Figure 57 : Répartition de la population selon les niveaux de désengagement

4.4. Qualité de vie

La qualité de vie des étudiants dans les différentes dimensions étaient moyennes voire très moyennes dans certains aspects. Ainsi nous avons trouvé des moyennes de : 50.72, 46.18, 47.28, 44.30, 39.99, 39.53, 39.96, 39.42 dans les dimensions suivantes : le fonctionnement physique, la limitation physique, la douleur physique, la santé perçue, la vitalité, le fonctionnement social, la limitation psychique, la santé mentale respectivement. La moyenne du score agrégé de la santé physique était de 51.32 et celle de la santé mentale était de 34.72.

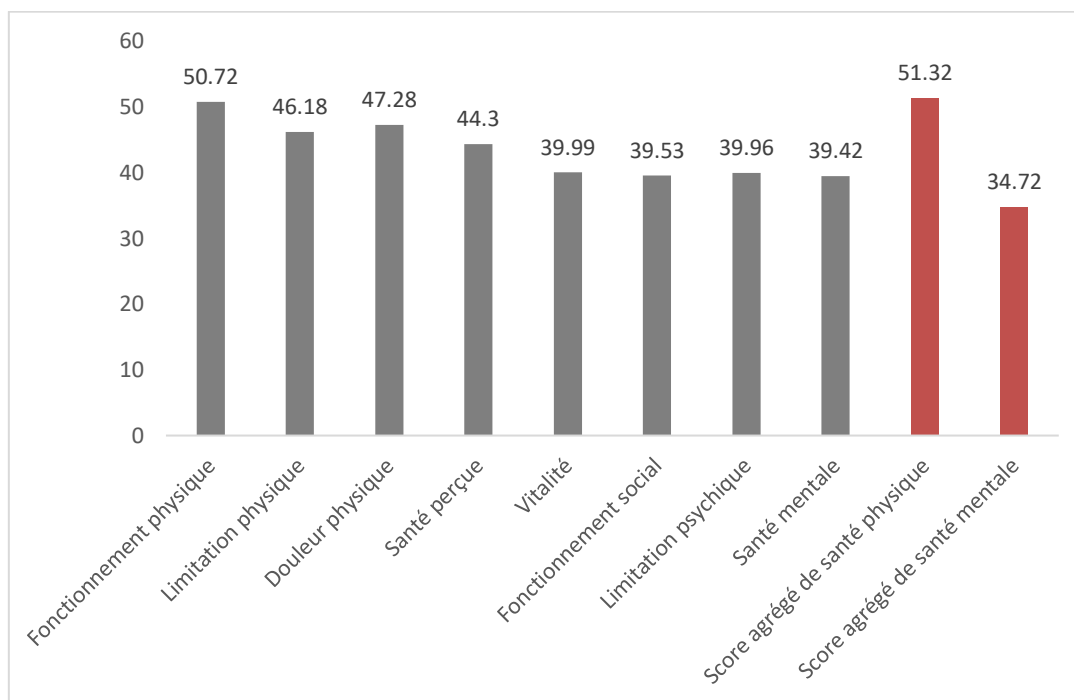


Figure 58 : Répartition de la population selon les moyennes des différentes dimensions de la qualité de vie

II. Tableaux récapitulatifs de l'analyse descriptive

1. Caractéristiques personnelles

1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Variable	N(%) / Moy $\pm$ DS/ Med[IQR]
Age	21,37 $\pm$ 2,44
Sexe	
Féminin	418 (65,6%)
Masculin	219 (34,4%)
Statut matrimonial	
Célibataire	615 (96,5%)
Marié	22 (3,5%)
Type d'habitation	
Seul	57 (8,9%)
En groupe	580 (91,1%)
Niveau éducatif des parents	
Moins que le baccalauréat	65 (10,2%)
Baccalauréat	28 (4,4%)
Études supérieures sans diplôme	32 (5%)
License	179 (28,1%)
Master ou Doctorat	333 (52,3%)
Support financier	
Origine du support financier	
familial	607 (95,4%)
boursier	241 (37,8%)
job mi-temps	33 (5,2%)
autre	10 (1,6%)
Argent de poche mensuel (Dhs)	1500 [1000 ;2500]
Pratique régulière d'activité(s) de bien-être	
Sportive	346 (54,3%)
Associative	250 (39,24%)
Sociale	22 (3,6%)
Artistique	13 (2,1%)
Intellectuelle	24 (3,9%)
Spirituelle	33 (5,3%)
	13 (2,1%)

Tableau IV : Caractéristiques sociodémographiques

1.2. La santé de l'étudiant en médecine

Variable	N(%)
Maladie physique chronique	165 (25,9%)
Santé mentale antérieure aux études en médecine	
Consultation pour la santé mentale	67 (10,5%)
Diagnostic de maladie mentale	25 (3,9%)
Prescription de médicament(s) pour la santé mentale	28 (4,4%)
Santé mentale pendant les études en médecine	
Consultation actuelle pour la santé mentale	78 (12,2%)
Diagnostic de maladie mentale	99 (15,5%)
Consommation actuelle de médicament(s) pour la santé mentale	63 (9,9%)
Source de stress	604 (94,9%)
Étude	572 (89,8%)
Argent	238 (37,4%)
Logement	80 (12,6%)
Relations	265 (41,6%)
Évènement(s) de vie négatif(s) durant les 12 derniers mois	390 (61,2%)

Tableau V : La santé de l'étudiant en médecine

2. Caractéristiques académiques

Variable	N(%) / Moy ± DS / Med[IQR]
Année académique	
1 ^{ère} année	97 (15,2%)
2 ^{ème} année	98 (15,4%)
3 ^{ème} année	94 (14,8%)
4 ^{ème} année	92 (14,4%)
5 ^{ème} année	98 (15,4%)
6 ^{ème} année	83 (13%)
7 ^{ème} année	75 (11,8%)
Échec académique	
Fréquence de l'échec académique	
Jamais	234 (36,7%)

Occasionnellement	403 (63,3%)
Type de l'échec académique	
Rattrapages	316 (49,8%)
Mauvaises notes aux examens	9 (1,4%)
Examens de fin de stage	9 (1,4%)
Internat	56 (8,8%)
Examens cliniques	14 (2,2%)
Niveau de peur de l'échec académique	6,75 ± 2,7 / 7 [5 ; 9]
Aide de la faculté à la compréhension de l'échec académique	2,15 ± 2,01/ 1 [1 ; 3]
Accessibilité des cours	3,83 ± 2,79/ 3 [1 ; 6]
Rythme de travail	
La charge de travail	7,84 ± 2,25 / 8 [7 ; 10]
La suffisance des vacances	3,09 ± 2,88 / 1 [1 ; 5]
Participation de l'étudiant	
Enseignement est centré sur l'étudiant	3,31 ± 2,54 / 3 [1 ; 5]
Participation de l'étudiant dans la prise de décision	2,16 ± 1 / 1 [1 ; 3]
Futur de l'étudiant	
Contribution de la faculté à la préparation à la carrière médicale	2,99 ± 2,05 / 3 [1 ; 4]
Futur certain quant à la spécialisation	3,09 ± 2,68 / 2 [1 ; 5]
Qualité de la majorité des relations professeur-étudiant	
Inexistantes	474 (74,4%)
Négatives	32 (5%)
Positives	131 (20,6%)
Besoins de l'étudiant	
Besoins de l'étudiant en :	
Formation en méthodologie de travail	445 (69,9%)
Formation en gestion d'émotions	454 (71,3%)
Formation en Communication dans les soins	497 (78%)
Encadrement pédagogique personnalisé	0 (%)
Cellule d'orientation	504 (79,1%)
Cellule de soutien psychologique	438 (68,8%)

Tableau VI : Caractéristiques académiques

3. Conséquences personnelles

3.1. Consommation de substances

3.1.1. Présence de consommation de substance(s)

Variable	N (%)
Présence de consommation de substances	
Tabac	56 (8,8%)
Alcool	103 (16,2%)
Cannabis	48 (7,5%)
Drogues	12 (1,9%)

Tableau VII : Présence de consommation de substances

3.1.2. Consommation de médicaments psychotropes durant les études en médecine

Variable	N(%)
Médicaments	
Anxiolytiques	82 (13,3 %)
Antidépresseurs	62 (10,1 %)
Hypnotiques	102 (16,5 %)

Tableau VIII : Consommation de médicaments psychotropes lors des études en médecine

3.2. Usage de substances durant les 12 derniers mois

Variable	N (%)
Type de drogue	
Cannabis	38 (6%)
Ectasie	11 (1,7%)
Amphétamines	0 (0%)
Cocaïne	4 (0,6%)
Autres substances	30 (4,7%)
Usage de substance pour le bien-être	80 (12,6%)
Usage de substance pour l'amélioration de la performance académique	95 (14,9%)
Préoccupation de l'étudiant par rapport à ces usages	34 (18.58%)
Inquiétude de l'entourage par rapport à ces usages	31 (17,70%)

Tableau IX : Usage de substance durant les 12 derniers mois

3.3. Idées/planification de tentative/tentative de suicide durant les études en médecine :

Variable	N (%)
Suicide	
Idées suicidaires	162 (25,4%)
Planification de tentative de suicide	44 (6,9%)
Tentative de suicide non réussie	16 (2,5%)

Tableau X : Idées/planification de tentative/tentative de suicide durant les études en médecine

3.4. Idées de renoncement aux études médicales durant le cursus

Variable	N (%)
Idées de renoncement	302 (47,4%)

Tableau XI : Idées de renoncement aux études médicales durant le cursus

3.5. Etudes médicales comme un choix à refaire

Variable	N (%)
Rechoisir médecine	414 (65%)

Tableau XII : Études médicales comme choix à refaire

4. Santé mentale

Variable	N (%)	Moy ± DS
Stress (PSS)		22,81 ± 4,16
Stress bas	9 (1,4%)	
Stress modéré	523 (82,1 %)	
Stress élevé	105 (16,5%)	
Anxiété-Dépression (PHQ4)		
Anxiété	230 (36,1%)	2,31 ± 1,65
Dépression	227(35,6%)	2,35 ± 1,68
Score total		4,66 ± 3,05
Normal	163 (25,4%)	
Trouble minime	267 (42%)	
Trouble modéré	130 (20,4%)	
Trouble sévère	77 (12,1%)	
Burnout (OLBI)		
Désengagement		19,03 ± 4,52

Faible	104 (16,3%)	23,54 ± 4,06
Moyen	430 (67,5%)	
Élevé	103 (16,2%)	
Épuisement		
Faible	11 (1,7%)	43,57 ± 7,51
Moyen	302 (47,7%)	
Élevé	324 (50,6%)	
Burnout global		
Faible	24 (3,8%)	
Moyen	396 (62,1%)	
Élevé	217 (34,1%)	
Qualité de vie (SF12)		
Fonctionnement physique		50,72 ± 8,31
Limitation physique		46,18 ± 9,83
Douleur physique		47,28 ± 10,77
Santé perçue	-	44,30 ± 10,44
Vitalité		39,99 ± 8,83
Fonctionnement social		39,53 ± 12,63
Limitation psychique		39,96 ± 12,36
Santé mentale		39,42 ± 9,70
Score agrégé de santé physique		51,32 ± 8,72
Score agrégé de santé mentale		34,72 ± 11,20

Tableau XIII : Santé mentale des étudiants en médecine de Rabat

B. Le modèle établi de santé mentale des étudiants en médecine de Rabat

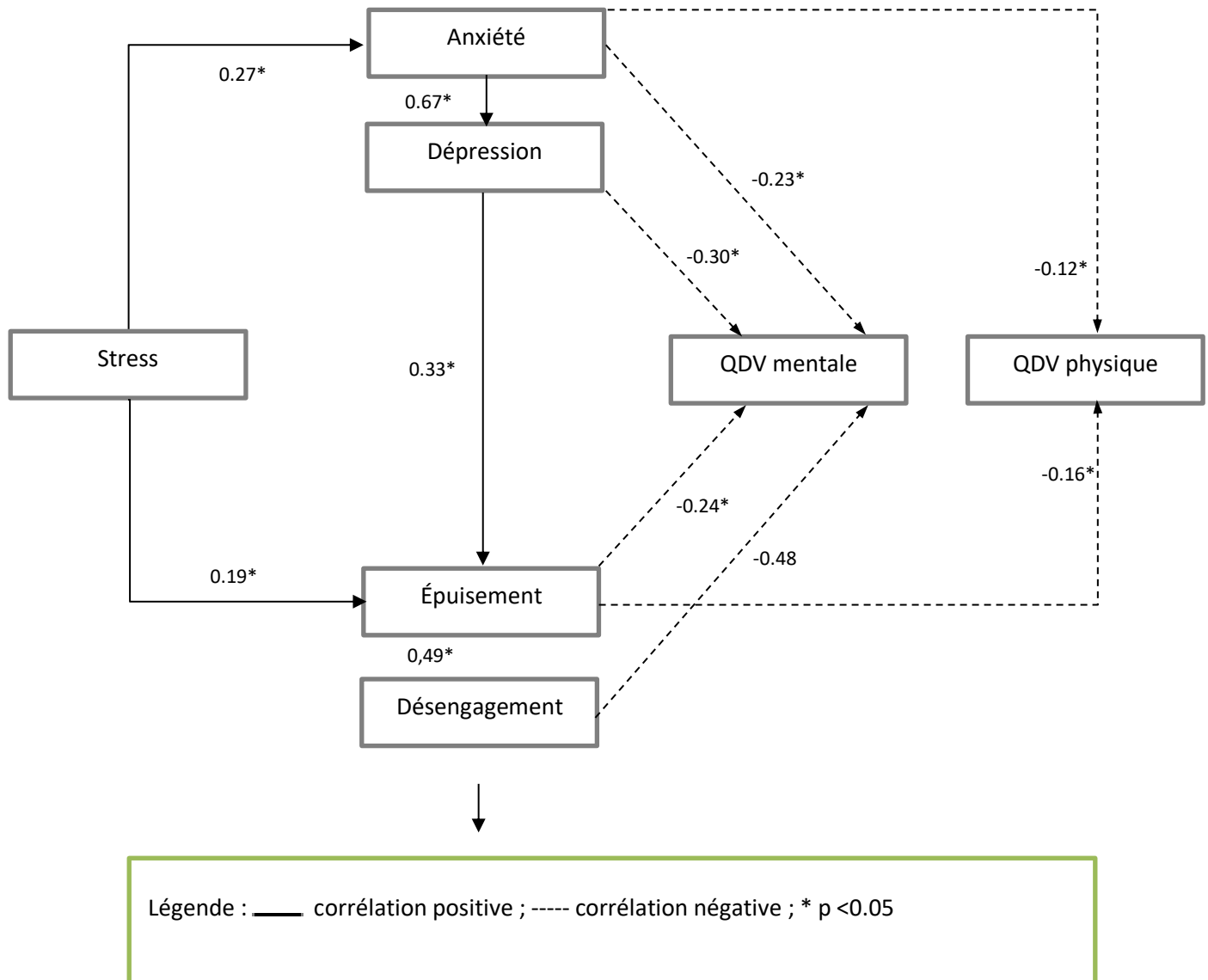


Figure 59 : Modèle de santé mentale des étudiants en médecine de Rabat

Effet	Direct	Indirect	Total
Sur l'anxiété			
Du stress	0.10*	-	0.10*
Sur la dépression			
Du stress	-	0.73*	0.73*
De l'anxiété	0.68*	-	0.68*
Sur l'épuisement			
Du stress	0.19*	0.60*	0.25*
De l'anxiété	-	0.55*	0.55*
De la dépression	0.82*	-	0.82*
Sur le désengagement			
Du stress			
De l'anxiété	-	0.13*	0.13*
De la dépression	-	0.30*	0.30*
De l'épuisement	-	0.44*	0.44*
	0.54*	-	0.54*
Sur la qualité de vie mentale			
Du stress			
De l'anxiété	-	-0.50*	-0.50*
De la dépression	-1.59*	-1.80*	-3.40*
De l'épuisement	-2.05*	-0.59*	-2.65*
Du désengagement	-0.66*	-0.06	-0.73*
	-0.12	-	-0.20
Sur la qualité de vie physique			
Du stress			
De l'anxiété	-	-0.15*	-0.15*
De la dépression	-0.64*	-0.19*	-0.84*
De l'épuisement	-	-0.29*	-0.29*
	-0.35*	-	-0.35*

Tableau XIV : Les relations entre les différents paramètres de santé mentale (effets directs, indirects, totaux)

Model fit information	Fit statistic
CFI (Comparative fit index)	0.996
TLI (Tucker-Lewis index)	0.987
RMSEA	0.037 [90% CI = 0; 0.068]

Tableau XV : Indices de qualité du modèle

Discussion

Notre travail a permis d'objectiver la détresse psychologique des étudiants en médecine de Rabat. La quasi-totalité des étudiants subissaient un stress modéré à sévère ; 1 étudiant sur 3 souffrait d'anxiété et de dépression ; la quasi-totalité souffrait d'un burnout modéré à sévère. Nous avons aussi objectivé un score faible de qualité de vie mentale et un score moyen de qualité de vie physique.

Notre étude a montré non seulement une prévalence importante des différentes formes de détresse psychologique, mais aussi une imbrication entre celles-ci comme cela a été démontrée par notre modèle. Les caractéristiques personnelles et académiques relevées dans notre travail pourraient expliquer la détresse psychologique des étudiants.

1. La prévalence de la détresse psychologique des étudiants en médecine

En comparant avec la littérature, notre étude a révélé un taux de stress bien au-dessus de beaucoup d'études dont la fourchette variait de 3.6% à 59.9% (108) (121) (122) (123) (124) (125) (126) (127).

En comparaison avec la prévalence de revues systémiques et méta-analyses, on retrouve des taux d'anxiété très proches de nos chiffres (33.8% et 32.9%) (128)(124), moindres (21% et 7.04%) (129) (130) ou dans la moyenne de la fourchette donnée (prévalence allant de 7.7% à 65.7%) (131).

Il en va de même pour la dépression avec des taux très proches de nos chiffres (de 27 % à 30.6%) (129) (132)(124) (6) (133), moindres (23.8 % et 11 %) (130) (134) ou dans la moyenne de la fourchette donnée (prévalence allant de 6 % à 66.5%) (131)

Notre prévalence du burnout est bien au-dessus des prévalences retrouvées dans des revues systémiques et méta-analyses avec des taux allant de 13% à 71% (135) (124)(136).

Concernant la qualité de vie, on a trouvé des moyennes de score agrégé de qualité de vie physique proches de notre étude, mais des moyennes de score agrégé de qualité de vie psychique supérieurs en comparaison avec notre étude (109) (110) (137). (Voir la revue de littérature dans l'appendice pour plus de détails)

Dans l'optique d'une comparaison avec des pays d'une culture ressemblante à celle du Maroc, nous avons trouvé : une étude sur la santé mentale des étudiants en médecine en Tunisie qui a montré qu'un étudiant sur 2 souffrait de détresse psychologique (138) ; une étude en Égypte qui a rapporté des taux plus importants de stress, d'anxiété et de dépression (125) ; une étude au Liban qui a colporté des taux moindres d'anxiété, de dépression et de burnout (139).

En comparaison avec de précédentes études sur la santé mentale des étudiants en médecine marocains, nous avons trouvé : un stress modéré (moyenne de 24 ± 7.18 au PSS) chez les étudiants de Rabat comparable à notre étude (22.81 ± 4.16) (23); un taux plus important d'anxiété chez les étudiants de Rabat (40% d'anxiété sévère) (26) et de Marrakech (54%) (27) ; un taux similaire de dépression chez les étudiants de Marrakech (35.1%) (27); un taux moins important, mais tout de même élevé de burnout chez les étudiants de Rabat (64.4%) (24). (Voir la revue de littérature dans la partie théorique pour plus de détails)

Des facteurs personnels et académiques, identifiés dans notre étude, pourraient jouer un rôle dans l'apparition de cette détresse psychologique.

2. Les caractéristiques personnelles

Le premier facteur serait la féminisation des études médicales (65.6%), le genre féminin étant plus susceptible de ressentir le stress (108) (125) (140), l'anxiété (141) (142) (143)(143) , de souffrir d'une dépression (141)(108)(144)(143) ou d'avoir une moins bonne qualité de vie (107)(108)(145)(146) (147) en comparaison avec le genre masculin. Concernant le burnout, les garçons sont plus susceptibles de faire un burnout selon certaines études (139)(148).

80% des parents des étudiants ont fait des études supérieures, par conséquent le niveau éducatif des parents élevé pourrait être une source de pression, les parents étant exigeants quant à la réussite professionnelle. En effet, on a trouvé dans une étude une relation statistiquement significative entre la qualité de vie et le niveau éducationnel des parents. De plus, les hautes attentes familiales et le choix de la carrière médicale imposé par les parents ont été identifiés comme sources de stress chez les étudiants (149)(150)(151).

Un étudiant sur 3 considère que l'argent est une source de stress, sachant que 95.4% des étudiants déclaraient que l'origine de leur support financier est familiale. Cette dépendance financière et ce manque d'autonomie, surtout pour des études longues, peuvent être un lourd fardeau à porter. Effectivement, l'argent et les difficultés financières ont été identifiées comme source de stress et d'anxiété chez les étudiants en médecine (149)(108)(143)(152). Ce qui pourrait avoir un impact sur leur humeur (153)(108)(143)(152).

Des facteurs liés à la santé mentale peuvent aussi participer. En premier, les antécédents (3.9%) ou la présence actuelle de maladie mentale (15.5%). La maladie mentale étant un facteur de vulnérabilité et un terrain favorisant l'apparition de détresse psychologique.

En effet, les antécédents psychiatriques ont été trouvés de forts prédictors d'anxiété et de dépression (154). De même pour le burnout qui a été trouvé associé à un antécédent de fonctionnement psychologique pauvre et à des désordres psychiatriques(148)(136).

En second, le vécu d'événement(s) négatif(s) durant les 12 derniers mois (61.2%). En effet, on retrouve dans des études qu'il s'agissait de facteurs de dépression, de burnout et de mauvaise qualité de vie chez les étudiants en médecine (137)(139)(155).

En dernier, le manque de pratique régulière d'activité de bien-être chez la moitié des étudiants (46.7%). Effectivement, dans la littérature, il s'agissait bien de facteurs de stress, d'anxiété, de dépression et de mauvaise qualité de vie dans plusieurs études (151)(156)(107)(146)(157) . Ce manque de pratique régulière a été souvent attribué à un manque de temps, les études médicales étant prenantes (151)(157)(107) . Deux études qualitatives ont rapporté que les loisirs permettaient aux étudiants de diminuer leur stress académique mais qu'ils culpabilisaient s'ils ne passaient pas leur temps libre à travailler, par conséquent ils sentaient qu'ils avaient peu de temps pour les loisirs et pour un style de vie sain (157) (158).

On retrouve qu'un étudiant sur 4 souffre de maladie organique chronique. La maladie physique nécessite une gestion au long court qui peut être fatigante et cause des troubles qui peuvent parfois être handicapants. La santé physique pourrait donc être aussi un facteur participant. En effet, certaines études ont rapporté, que la maladie physique était associée au stress, la dépression et une mauvaise qualité de vie chez les étudiants en médecine(140)(137)(144)(107).

3. Les caractéristiques académiques

Notre travail retrouve une faible évaluation et une perception négative des étudiants de l'ensemble des aspects académiques de la faculté tant éducatif qu'environnemental.

La plupart des étudiants jugent qu'il y a une inexistence de relation entre professeur et étudiant. L'importance de cette relation est illustrée dans la littérature, par le recours au mentorat pour aider les étudiants dans leurs difficultés (159).

Sur une échelle visuelle allant de 1 à 10 : la charge de travail a été jugée intense et les vacances insuffisantes pour se reposer. Effectivement, au cours de l'année universitaire, il y a une absence de vacances après les examens du 1^{er} semestre, les stages sont repris le lendemain de la fin des partiels. L'arrêt attribué est seulement consacré à la préparation des examens. Pour les années d'étude, dont les stages sont à temps plein, les différentes rotations se succèdent l'une après l'autre pendant 11 mois. Par ailleurs, la surcharge académique a été trouvée dans plusieurs études comme source de stress, d'anxiété, de burnout et de mauvaise qualité de vie (124)(150)(151)(142)(157). Quant aux vacances, une étude a rapporté qu'elles avaient un impact sur la qualité de vie des étudiants en médecine (160).

Les étudiants ont aussi signalé un manque d'accessibilité des cours. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'absence d'une plateforme contenant les cours actualisés. L'obtention des cours est professeur-dépendant, par conséquent les étudiants se voient dans l'obligation d'attendre la délivrance des cours par les professeurs, dont certains refusent ou tardent à les délivrer. Il est donc difficile de faire un programme d'étude dans ces conditions, encore moins d'avoir une idée de la charge de travail qu'attend l'étudiant, ce qui parfois aboutit à une surcharge de cours à réviser en un temps court, impactant ainsi la qualité des révisions. D'ailleurs, la pression relative au temps a été rapportée comme facteur de stress (161).

Les étudiants avaient peur de l'échec et jugeaient que la faculté contribuait très faiblement à la compréhension de l'échec. Cette peur de l'échec doit être probablement dû à plusieurs facteurs : la pression familiale et sociale quant à la réussite mais la faculté joue aussi un rôle en accordant trop d'importance aux notes obtenues, surtout avec la nouvelle réforme en intégrant les notes obtenues aux examens à la note du diplôme de médecine générale (un

accord a été signé entre le Ministère et les étudiants après un boycott pour supprimer la notation du diplôme de médecine, toutefois il faudra attendre les diplômés de la première promotion pour confirmer l'effectivité de cet accord), mais aussi par le manque de sensibilisation de l'étudiant. Cette sensibilisation consisterait à expliquer à l'étudiant que l'échec fait partie d'un parcours normal étudiant et ne met pas en danger son avenir, d'autant plus que ni les rattrapages ni les notes ne déterminent leur carrière, l'important étant la maîtrise du contenu des cours ainsi que la compétence.

De surcroît, la peur des mauvaises notes et la peur de l'échec ont été rapporté comme facteur de stress dans plusieurs études (161).

Il y'avait aussi un manque de participation de l'étudiant et cela par rapport à son enseignement et la prise de décision le concernant.

Ces résultats sont expliqués par plusieurs faits. Le service civil obligatoire qui a voulu être instauré par l'état en 2015 en milieu de cursus, auprès des étudiants qui n'ont pas été informés à ce sujet avant leur admission à la Faculté de Médecine. La mise en place d'une nouvelle réforme sans se préoccuper de l'opinion des étudiants par rapport à leur formation, alors qu'ils sont les premiers concernés et les mieux placés pour l'évaluer. S'ajoute, l'accès au concours de spécialité publique des étudiants des facultés privés, rendant la concurrence plus rude et le nombre de places encore plus limitées. En effet, l'accès à la spécialité n'est pas assuré à tous les étudiants du fait du nombre limité de place. De plus, le choix de la spécialité n'est pas non plus garanti, celui-ci se faisant en fonction du classement au concours, ce qui implique que l'étudiant peut se retrouver dans une spécialité qui ne lui plaît pas, rendant ainsi difficile l'investissement et l'excellence. Ce qui explique aussi que très peu d'étudiants considéraient que leur futur est certain quant à la spécialisation.

De plus, ils considéraient que la faculté les prépare mal à leur carrière autant que médecin. Cela pourrait être mis au clair par le fait que les étudiants portent un regard négatif sur la qualité de leur éducation. Celui-ci est rapporté par plusieurs études sur la perception des étudiants en médecine marocains de leur environnement éducationnel qui ont trouvé des scores très moyens du DREEM (questionnaire évaluant l'environnement éducationnel) : 99.8/200 à Rabat, 99.2 à Fès et 86.5/200 à Marrakech (200 correspondant à un environnement

éducatif parfait)(22)(34)(33). Cette vision rejoint aussi celle du Pr. El Khamlichi, qui rapporte dans son livre 'CHU en détresse, formation médicale en danger', la dégradation de la qualité de la formation médicale(162).

Une étude qualitative a rapporté que la faible qualité de la formation théorique et pratique était un facteur de stress chez les étudiants. De plus, l'insatisfaction par rapport à l'éducation a été trouvée associée au burnout et celle en rapport avec les professeurs et les superviseurs a été trouvée associée au stress, à l'anxiété, à la dépression et au burnout. Ce dernier est un état de frustration apporté par la dévotion à une chose qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer de l'implication donnée à cette chose. La déception des étudiants quant à la qualité de leur formation, alors que leurs attentes étaient hautes, pourrait expliquer la haute prévalence du burnout dans notre étude (53)(161)(163). S'ajoute l'inquiétude par rapport au futur qui a été trouvée aussi comme origine de stress, d'anxiété, de dépression et mauvaise qualité de vie (150)(156)(157).

Notre étude a aussi montré que les étudiants avaient plusieurs besoins. Le besoin en formation de méthodologie de travail, en communication dans les soins et en gestion des émotions. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que ce genre de formations sont absentes de notre cursus. Le programme d'étude étant chargé, beaucoup d'étudiants sont perdus quant à la manière de gérer la quantité de travail et d'assurer un apprentissage de qualité. La formation en méthodologie de travail serait bénéfique dans ce sens-là. Le médecin est amené de par la nature de son travail à être en contact avec les différents membres du staff médical, mais aussi en contact avec les patients, par conséquent la maîtrise des outils de la communication inter active est primordiale. Chaque année se tient le congrès de la communication dans les soins qui prouvent à quel point cette faculté est importante dans la pratique médicale.

Le cursus est aussi riche en émotions négatives telles montrées par les prévalences de détresse psychologique des étudiants. La gestion de ces émotions serait un moyen pour dépasser ces difficultés psychologiques. Dans le même contexte, les étudiants demandent l'instauration d'une cellule de soutien psychologique, ce qui serait nécessaire pour tous ceux dont les difficultés psychologiques sont difficiles à surmonter. L'instauration d'une cellule

d'orientation est aussi un besoin exprimé par les étudiants afin de les guider et les informer que ce soit dans le volet éducatif, mental ou autre.

Par ailleurs, les étudiants ont rapporté que les études étaient leur plus grande source de stress, c'est dire l'impact que pourrait avoir tous ces facteurs académiques.

L'insatisfaction, l'inquiétude et les besoins des étudiants pourraient être justifiés par plusieurs facteurs qu'on retrouve dans une thèse apportant un regard évaluatif sur le programme pédagogique de la Faculté de Médecine de Rabat avant la mise en place de la nouvelle réforme et qui sont les suivants(164) :

- L'existence d'un quota et d'une sélection à l'entrée de la faculté est un acquis important, mais la méthode de sélection doit aussi permettre de prévoir le rendement éventuel du médecin potentiel sélectionné, c'est à dire avoir une valeur prédictive.

- Il existe un déphasage entre le nombre d'étudiants et le nombre d'enseignants. « Le programme 3300 médecins » avait ciblé 10 étudiants/ enseignant, ce qui n'a pas été respecté et ceci est dû à un manque de recrutement des professeurs.

- Il existe une relative diversité des méthodes d'enseignement utilisées à la FMPR (cours magistraux, travaux pratiques, travaux dirigés et stages cliniques), cependant il existe un déséquilibre quant au volume horaire consacré à chacune d'elles, les cours magistraux occupant le plus de place et dont le rendement pédagogique est faible par rapport à d'autres méthodes d'enseignement non encore introduites à la faculté telles que : la simulation, le jeu de rôle, les patients standardisés, la vidéo etc.

- Le système d'étude vertical étudiant d'abord les sciences fondamentales, puis la sémiologie, et enfin la pathologie et sa thérapeutique, cède la place à des répétitions, aux oublis et à la désintégration du savoir et rend difficile son utilisation. L'enseignement est donc exhaustif et redondant.

- L'analyse du curriculum montre que la faculté utilise plusieurs approches d'apprentissage telles que l'enseignement par discipline et par système mais consacre peu de place à l'enseignement par petits groupes et à l'apprentissage par résolution de problèmes.

- La médecine fondée sur les preuves (EBM) est une base scientifique de la formation, mais non introduite dans notre formation.

- Quant aux stages, plusieurs points sont à préciser : un manque d'utilisation efficace et d'application du carnet de stage, qui définit les objectifs de stage ; un manque de responsabilisation des externes limitant leur formation à l'examen clinique et la rédaction d'observation ; un manque d'évaluation sérieuse et pratique de l'étudiant en fin de stage.

- Il existe un déficit en équipements et matériaux dans les structures de soin, ce qui handicape l'apprentissage des étudiants.

- La commission pédagogique et la commission des programmes élaborent les programmes pédagogiques, mais leur travail n'est pas bien défini. De surcroît, les étudiants ne participent pas aux travaux de la commission, bien que des représentants soient officiellement nommés parmi ses membres, en raison de la sous-estimation de leur participation dans la prise de décisions. Il serait aussi plus efficace de fournir toutes les ressources nécessaires et suffisantes pour le bon fonctionnement de la commission.

- L'élaboration des programmes pédagogiques nécessite la consultation de pédagogues confirmés, ce qui manque à la faculté. La formation en pédagogie médicale est une nécessité absolue, mais non appliquée au sein de la faculté. Il faudrait aussi implanter une culture de recherche en pédagogie et encourager les enseignants à participer aux congrès internationaux de pédagogie médicale.

- La création d'une commission d'évaluation des programmes pédagogiques est essentielle afin d'établir une auto évaluation des programmes pour garantir l'examen et la correction des programmes.

- Les méthodes d'évaluation majoritairement utilisés par la faculté sont QR, QROC, QCM, mais ces méthodes sont insuffisantes quant à leurs pertinences et privilégient plus la mémorisation que la compréhension et le raisonnement. La méthode des examens cliniques est convenable, mais il aurait été bénéfique de familiariser les étudiants pendant le cursus avec ce genre d'examens. Il serait plus judicieux d'utiliser des méthodes d'évaluation, qui renseignent valablement sur le niveau de performance réellement attendu des étudiants surtout que l'évaluation influence fortement la motivation d'un étudiant à apprendre en lui fournissant des informations qui participent à son sentiment de compétence (165)(166).

- Il serait également intéressant de favoriser l'autoformation afin que l'étudiant soit capable dans le futur de maîtriser sa formation continue. Cette formation continue doit être aussi coordonnée par la faculté et le ministère de la santé.

- La participation des étudiants à la vie de la faculté est primordiale. Une association doit être reconnue représentante des étudiants, dont les membres sont dûment élus par leurs camarades et doit avoir comme seul souci la formation de l'étudiant. Les membres de la commission pédagogique devraient être sélectionnés de cette association.

- Dans le cadre des coopératives internationales, il faudrait que la faculté favorise plusieurs points : les échanges d'enseignants-chercheurs, l'accueil des stagiaires étrangers, l'augmentation du quota des étudiants étrangers et le transfert des étudiants.

- Il existe aussi des problèmes liés au lien entre l'enseignement de base et la pratique médicale. En ce qui concerne les médecins généralistes, l'enseignement exhaustif et non pratique rend l'exercice difficile, de plus il y'a un manque de connaissances quant à la gestion de la relation médecin-malade et celle du cabinet de manière générale. La carrière en médecine générale fait défaut dans le secteur public, la seule possibilité de promotion est la spécialisation.

- En ce qui concerne la spécialisation, beaucoup privilégient le choix du bénévolat à la place du choix de la spécialité. Le choix du contrat met l'apprenant dans une situation d'ambiguïté par rapport à l'avenir de son exercice, vu que l'affectation reste inconnue tout le long du cursus. Il serait donc judicieux de trouver un compromis entre le lieu de l'affectation et le lieu de provenance du résident.

Le rôle de la faculté de médecine ne devrait donc pas être réduit à celui d'une simple usine à médecins, sans intérêt pour leurs futures conditions de pratique professionnelle. L'interface entre la formation médicale et la pratique médicale doit être reconnue et assumée.

Un article publié en 2020 sur l'éducation médicale au Maroc (18), a rapporté que la nouvelle réforme n'a effectué que quelques changements tels que l'intégration de nouvelles matières dans le cursus, l'introduction d'un système de compensation des examens et l'harmonisation du programme pédagogique dans les différentes facultés du Maroc. Cependant, il existe un bon nombre de problèmes qui n'ont pas été traités et qui nécessitent d'urgentes interventions. Le premier challenge est celui de l'évaluation des professeurs qui est

totalelement absente, de plus le diplôme universitaire de pédagogie n'est pas obligatoire, sachant qu'il a été prouvé que la qualité de l'éducation médicale ne peut pas être améliorée sans cet aspect.

Le deuxième challenge est la méthodologie d'apprentissage des étudiants. En effet, on trouve que les cours magistraux représentent 90% de la méthode d'apprentissage, cette approche est passive et non effective. De plus, certaines facultés ont été équipées de laboratoires de simulation mais malheureusement ceux-ci sont peu voire non utilisés. Il est primordial d'intégrer une méthode d'apprentissage active et de former les professeurs à ce genre de méthode. Le manque d'effectif professoral rend aussi difficile l'apprentissage en petits groupes. La solution d'une plateforme de E-learning pourrait être intéressante et il serait intéressant de profiter de la crise du COVID-19, qui a imposé le E-learning, comme un début dans cette voie et qui permet d'utiliser à bon escient le temps des professeurs.

Le troisième challenge est la langue d'étude. L'éducation se fait en langue arabe puis l'éducation de l'enseignement supérieur se fait en français, ce qui crée une difficulté d'adaptation des étudiants. De plus, les patients à l'hôpital parlent le dialecte, ce qui crée une difficulté de communication. C'est pour cela qu'il serait nécessaire d'introduire des cours de communications dans le cadre des soins.

Le quatrième challenge est celui de la recherche. Il y a un manque de recherches dans les facultés de médecine surtout qu'elle fait partie des missions attribuées aux professeurs. Plusieurs raisons à cette situation existent : le manque de maîtrise de la langue anglaise de publication, le doctorat n'est pas un pré requis pour devenir professeur et l'absence de formation dans ce sens. La préparation des thèses devrait être une opportunité pour s'initier aux bases et fondements de la recherche surtout pour ceux qui sont intéressés par la carrière universitaire, mais malheureusement cette opportunité n'est pas saisie.

Le dernier challenge consiste dans le fait du manque d'attention attribué à la santé mentale des étudiants en médecine. Certaines facultés ont commencé à implanter des cellules d'écoute mais plus d'efforts sont encore nécessaires. L'amélioration de l'environnement des étudiants est fondamentale. Il existe, comme on le voit, encore de nombreux challenges dont doit faire face notre système éducatif. Le contexte de la nouvelle réforme est une opportunité

pour des changements déterminants car celle-ci a été avant tout instaurée dans le but d'augmenter l'efficacité du système éducatif marocain et le rendre acceptable par rapport aux standards internationaux.

De plus, les stressors académiques sont des facteurs qu'il est possible de moduler pour impacter positivement la santé mentale des étudiants en médecine comme le montre deux études (américaine et brésilienne).

Le changement du programme éducatif tel que le contenu pédagogique, contenu du cours, les horaires, la notation, les cours au choix, les communautés d'apprentissage et les expériences de résilience / pleine conscience requises étaient associés à des niveaux significativement plus faibles de symptômes de dépression, de symptômes d'anxiété et de stress, et à des niveaux significativement plus élevés de cohésion communautaire, chez les étudiants en médecine américains qui ont participé dans le programme de bien-être élargi par rapport à ceux qui ont précédé sa mise en œuvre (167). L'instauration d'une réforme d'études médicales au Brésil a permis de diminuer le taux d'anxiété chez les étudiants en médecine. Les principaux changements étaient la restructuration des disciplines en systèmes liés les uns aux autres, le contact précoce au système de santé et l'augmentation de la période d'internat (stages cliniques) (168).

4. Le modèle

Notre étude a aussi objectivé une imbrication entre les différentes formes de détresse psychologique comme cela a été démontrée par notre modèle. Le stress aurait un impact direct sur l'anxiété et l'épuisement et un impact indirect sur la dépression via l'anxiété et sur le désengagement via l'épuisement. L'anxiété, la dépression et le burnout impactent négativement la qualité de vie mentale mais seul l'anxiété et l'épuisement impactent négativement la qualité de vie physique. Le stress aurait donc un impact sur l'ensemble de la santé mentale et cela de manière directe ou indirecte. Nos résultats confirment donc nos suppositions mais avec une précision sur la manière dont le stress impacte les différentes formes de détresse psychologique.

Nos résultats sont en partie en accord avec la modélisation de la santé mentale des étudiants allemands, ainsi on trouve que le stress est corrélé positivement et significativement à l'anxiété comme le montre aussi notre étude. Par contre, on trouve que le stress est aussi corrélé positivement et significativement à la dépression, à la différence de notre étude qui a trouvé que cette relation se faisait par le biais de l'anxiété (100).

Le stress a été trouvé comme un prédicteur de l'anxiété chez les étudiants en médecine (101). Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'anxiété est la résultante d'une réponse inappropriée au stress. En effet, l'anxiété est une émotion physiologique qui possède un rôle adaptatif face aux stimuli inhabituels ou menaçants de l'environnement. 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. En somme, la réaction de stress soit dépasse son but adaptatif, soit s'auto-déclenche et s'auto-entretient, même en l'absence des stressseurs ou après leur disparition (50)(47).

L'anxiété a elle-même un impact direct et indirect via le stress sur la dépression comme le montre notre travail. Effectivement, plusieurs études ont trouvé une relation significative entre le stress et la dépression voire même que le stress est un prédicteur de dépression (125)(169)(170)(101). Cette relation est expliquée par l'endocrinien Selye qui relate que la dépression consécutive à un stress est une dépression réactionnelle qui apparaît lorsque les conditions de la vie dépassent les possibilités d'adaptation. Ainsi, une inadaptation aux conditions provoquant le stress et l'anxiété seraient source de dépression (7). Ce qui rejoint aussi une étude qui a trouvé que les étudiants anxieux et les étudiants déprimés expérimentaient plus de stress en comparaison avec ceux qui ne l'étaient pas (101). De plus chez les dépressifs, la moindre difficulté suscite de l'anxiété : le sujet ne sait pas comment réagir, il en exagère les conséquences et se sent incapable de régler le problème (171). La question de l'existence d'un continuum entre l'anxiété et la dépression a toujours été de mise (172)(47). Ces deux troubles sont fréquemment présents en même temps, fréquemment appelé sous le nom de « syndrome anxio-dépressif », leur attribuant ainsi une valeur de comorbidité (47).

En plus de de l'effet direct sur l'anxiété et indirect sur la dépression, le stress impacte significativement et positivement l'épuisement émotionnel et cette dernière est corrélée positivement et significativement au désengagement. Ce résultat rejoint le modèle tridimensionnel du burnout de Maslach qui explique que le stress conduit à l'épuisement émotionnel, celui-ci aboutit à une dépersonnalisation qui elle-même conduit à une baisse de l'accomplissement personnel. Cette baisse a comme conséquence un désinvestissement des études (173) (57) . Cela est aussi en accord avec les travaux de Selye concernant les phases du stress, ainsi il explique qu'à la venue d'un changement, l'organisme subit un déséquilibre (réaction d'alarme) provoquant une période de réajustement durant laquelle le système lutte pour rétablir son homéostasie (phase de résistance). Si cette dernière se prolonge trop, l'organisme s'affaiblit et entre en phase d'épuisement. L'organisme devient alors extrêmement vulnérable au stress et à ses conséquences adverses aux plans physique et physiologique (7)(174).

Les travaux de Maslach rapportent aussi que les personnes ayant des capacités de coping pour faire face au stress sont moins susceptibles d'expérimenter un burnout (57). Une modélisation de la santé mentale des médecins a même rapporté qu'il existait une réciprocity de causalité dans le sens où un haut niveau de stress cause un épuisement émotionnel et un haut niveau d'épuisement émotionnel cause du stress (175), ce qui contribuerait à l'entretien du stress.

Le burnout à son tour est lié à la dépression, ainsi dans notre étude, la dépression est significativement et positivement corrélée au burnout. En effet, le burnout est aussi défini par un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une chose qui échoue à produire les récompenses attendues (53).

Ces paramètres, que ce soit l'anxiété, la dépression ou l'épuisement émotionnel avaient tous une influence significative et négative sur la qualité de vie. Notre étude a trouvé que la qualité de vie mentale était plus détériorée que la qualité de vie physique chez les étudiants. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'un nombre plus important de facteurs influençaient la qualité de vie mentale. Effectivement, l'anxiété et l'épuisement émotionnel impactaient l'aspect mental et physique de la qualité de vie et seule la qualité de vie mentale est impactée par la dépression. Ces résultats rejoignent en partie la littérature en ce qui

concerne l'influence de la dépression sur la qualité de vie. Il a été trouvé que la dépression impacte négativement la qualité de vie dans sa dimension mentale et physique (147)(111). La dépression a été même trouvée un prédicteur de qualité de vie dans une étude (160). Quant à l'anxiété, il a été trouvé qu'elle était associée significativement à une mauvaise qualité de vie. Le stress, a aussi son influence via l'anxiété. Ce qui est en accord avec une étude qui a stipulé que le stress avait un effet fortement négatif sur la qualité de vie des étudiants en médecine (111). Ces observations pourraient être expliquées par le simple fait que le stress et l'anxiété se manifestent par des signes somatiques et psychologiques désagréables, impactant donc le quotidien au long terme (50).

On remarque que la qualité de vie physique des étudiants est impactée par la santé mentale. Cette observation pourrait s'expliquer par des études qui ont montré que la réponse au stress tel que l'anxiété et la dépression pourraient être des précurseurs de sérieux et divers problèmes de santé (176)(177). Ce qui rejoint aussi le slogan de l'OMS qui stipule qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale (178)(179). Les troubles mentaux perturbent en général la vie des personnes touchées et de leur famille. Ils constituent dans les pays développés une des principales causes de la charge globale de morbidité (180). Selon l'Organisation mondiale de la santé, 1/5 de toutes les causes de handicap sont relatives aux maladies psychiatriques, et en premier lieu à la dépression et à l'anxiété. En effet, la dépression est une maladie qui peut être de longue durée, à caractère récurrent et chronique. Parmi les troubles mentaux, la dépression est la principale cause de DALY4 (Disability-Adjusted Life Years) chez les femmes, et la seconde chez les hommes (181)(47). C'est pour cette raison que la qualité de vie est un large champ qui englobe plusieurs aspects dont la santé physique et l'état psychologique (60).

5. Conséquences personnelles

Une revue de littérature rapporte que la détresse psychologique des étudiants en médecine avait des conséquences telles que la consommation de substances (5). Le stress joue un rôle dans la consommation de substances chez les étudiants en médecine et ceci en étant une stratégie dysfonctionnelle pour faire face à celui-ci (182).

Le mémorandum de l'OMS rapporte dans son modèle explicatif de la consommation de l'alcool et des drogues que les fluctuations de l'humeur faisaient partie des facteurs internes

prédisposant à la consommation (Mémoire OMS), ce qui implique que la dépression contribue à l'usage des substances. L'anxiété et l'alcool sont associés de deux manières différentes : soit la consommation abusive d'alcool est réalisée dans un but anxiolytique, soit l'alcool devient en lui-même anxiogène (47). En ce qui concerne le tabagisme, on retrouve des niveaux de tabagisme élevés chez les personnes concernées par les troubles anxieux et la présence d'un épisode dépressif augmente le risque de tabagisme et de dépendance à la nicotine. Parmi les facteurs de vulnérabilité de consommation de drogues, on retrouve les troubles psychiatriques (171).

En ce qui concerne la consommation de substances, notre travail a trouvé que la consommation d'alcool était la plus prédominante (16.2%) s'ensuivait celle du tabac (8.8 %) puis celle du Cannabis (1.9%) suivi des autres drogues (1.9%). L'usage de substance était dans un but de bien-être ou d'amélioration des performances académiques et cela chez 1 étudiant sur 10. De récentes études ont établi le lien entre un haut niveau de stress et l'utilisation de renforceurs cognitifs chez les étudiants en médecine (183)(184). On retrouve des taux un peu plus élevés dans une revue de littérature avec une consommation d'alcool à 24%, de tabac de 17.2%, du cannabis à 11.8% et de 10% des autres drogues (185). Cette différence est sûrement due à une dimension culturelle et sociétale (171). Dans une autre revue de littérature, il a été trouvé que l'alcool et le tabac étaient les drogues les plus fréquemment consommées, ce qui rejoint nos résultats. Dans la catégorie des drogues illicites, le cannabis, les solvants et les anxiolytiques étaient les plus fréquemment consommés (186) .

Dans notre étude, la consommation d'anxiolytique s'élevait à 13.3%, celle des antidépresseurs à 10.1 %, enfin celle des hypnotiques à 16.5%. En comparaison avec d'autres études, on retrouve un taux de 18.1% de consommation d'hypnotiques, 5.1% de consommation d'anxiolytiques et 11% de consommation d'antidépresseurs (186)(187).

En plus de la consommation de substances, comme conséquence de la détresse psychologique des étudiants en médecine, une revue de littérature rapporte le suicide également comme retentissement (5). Il est établi qu'environ 90 % des suicidés présentent un trouble mental (ou plusieurs) au moment du décès. Il s'agit dans la moitié à deux tiers des cas de troubles de l'humeur, puis des autres troubles psychiatriques (les usages problématiques d'alcool ou de substances ou les troubles de la personnalité). La présence de plusieurs troubles

est associée à un risque plus élevé. Les patients souffrant d'un trouble de l'humeur ont un risque de suicide multiplié par trente. Il peut s'agir d'idées, d'élaboration de plan ou carrément de tentative de suicide (171). Dans une étude américaine, le burnout a été trouvé un fort prédicteur d'idées suicidaires chez les étudiants en médecine (188). Les idées de renoncement aux études ont aussi été trouvées associées au burnout, ce qui pourrait expliquer qu'un étudiant sur 2 dans notre étude présente ces idées-là.

Dans notre étude, un étudiant sur 4 avait déjà eu des idées suicidaires, 6.9% avaient déjà planifier une tentative de suicide et 2.5% ont déjà tenté de se suicider. Ces résultats se rapprochent des résultats d'une étude transversale et multicentrique sur le suicide chez les étudiants en médecine marocains, qui rapporte que 5 % des étudiants avaient réalisé au moins une tentative de suicide et 31 % avaient eu des idées suicidaires (20). En comparaison avec une revue de littérature, le taux d'idées suicidaires retrouvé était de 11.1% avec une fourchette allant de 7.4% à 24.2%, ce qui place notre prévalence au-dessus de la moyenne et à la limite supérieure de la fourchette (6).

Notre étude tire une sonnette d'alarme quant à la santé mentale et l'environnement éducatif des étudiants. D'autant plus que peu d'étudiants souffrant de dépression, d'anxiété ou de faible qualité de vie demandent de l'aide, cela est dû à plusieurs facteurs qu'il est important d'identifier afin que les étudiants puissent demander de l'aide quand ils en ont besoin. Parmi les facteurs rapportés dans la littérature, on retrouve la stigmatisation de la santé mentale, la confidentialité, le coût, le manque de temps ainsi que le danger que ça pourrait avoir sur les études (11)(189)(190)(5). L'existence d'une structure de référence, ayant conscience de ces barrières, est à ce moment là d'une importance capitale.

Notre travail a permis de mettre en lumière la détresse psychologique des étudiants en médecine de Rabat. Il est capital de mener à l'avenir des recherches au sujet des facteurs aboutissant à cette détresse et de prendre les mesures nécessaires pour améliorer la santé mentale des étudiants en médecine de Rabat.

6. Forces et limites de l'étude

6.1. Limites

La participation des étudiants à cette étude était volontaire. On peut donc supposer que les étudiants qui se sont sentis concernés par la question aient été plus disposés à répondre au questionnaire, en revanche les plus épuisés aient pu à l'inverse refuser cette tâche supplémentaire. Dans le sens contraire, on peut supposer que les étudiants les moins concernés par le sujet aient été moins enclins à répondre au questionnaire. Par conséquent, on ne peut éliminer un biais de sélection sur notre échantillon.

Il peut aussi exister un biais d'investigation quant à la période de remplissage du questionnaire. Notre questionnaire a été mis en ligne au moment du boycott des étudiants en médecine en réponse à la décision du Ministère de la Santé quant à la possibilité des étudiants en médecine des facultés privés de concourir au concours d'internat et le concours de spécialité publique.

La possibilité d'un biais d'évaluation lié à la collecte des données ne peut être éliminé. En effet, notre auto-questionnaire rempli via internet présente des inconvénients : manque de concentration, possibilité de parasitage par des éléments extérieurs, pause lors du remplissage du test, faute de frappe, réponses automatiques et manque d'implication, possibilité de remplir plusieurs fois le même questionnaire par le même étudiant. S'ajoute la subjectivité des réponses ainsi que l'auto-évaluation des troubles. En effet, ces troubles n'ont pas été investigués par des psychiatres, ce qui pourrait être considéré comme le gold-standard pour le diagnostic.

Enfin, les facteurs associés à la santé mentale auraient pu être recherchés, ou encore d'autres questions auraient pu être posées. De plus, les liens de causalité ne peuvent être établis par une étude transversale. Il serait intéressant à l'avenir de mener des études longitudinales pour détecter les facteurs aboutissant à la détérioration de la santé mentale des étudiants en médecine marocains.

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

6.2. Forces

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

A notre connaissance, il s'agit d'une première étude dans ce genre au Maroc. Divers aspects de la santé mentale ont été étudiés, utilisant des échelles standardisées, rendant ainsi nos résultats riches et fiables.

Notre modèle de la santé mentale d'étudiants marocains est aussi un inédit. De plus, les indices de qualité indiquent qu'il s'agit d'un modèle de bonne qualité.

Des questions sur les caractéristiques personnelles et académiques ont permis d'établir des hypothèses liées aux facteurs influençant la santé mentale des étudiants de Rabat. Ces hypothèses peuvent servir de base pour des études ultérieures.

Recommendations

En termes de prévention, la Haute Autorité de Santé (HAS) distingue 3 niveaux : « la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence » (191).

I. Interventions

On peut distinguer plusieurs types d'interventions pour les étudiants en médecine: les interventions institutionnelles et les interventions sur les étudiants (en groupe ou individuelle)(192).

1. Les interventions institutionnelles

Les interventions institutionnelles se font sur le cursus universitaire, ainsi elles peuvent intervenir sur le type d'apprentissage, le mode d'évaluation ou sur le comportement envers les étudiants.

Par exemple, à l'université de Saint-Louis, dans l'optique d'améliorer le bien-être des étudiants de manière active tout en s'adaptant continuellement, a permis une diminution importante et significative de la dépression et de l'anxiété en faisant plusieurs modifications : changement au niveau du système passage/redoublement au cours des deux premières années, réduction de 10 % du temps de cours requis, efforts pour réduire la quantité de détails enseignés, établissement de cours optionnels longitudinaux et développement de communautés d'apprentissage thématiques, mise en place d'un programme de trois heures sur la résilience et l'attention, mise en place d'une option confidentielle pour le dépistage de la dépression et de l'anxiété, dans laquelle les étudiants qui affichent des symptômes de dépression modérés à sévères ou des symptômes graves d'anxiété sont contactés par un soignant (192)(193).

2. Les interventions sur les étudiants

2.1. Interventions en groupe

Depuis plusieurs décennies, se sont développées des thérapies centrées sur le bien-être, notamment dans le monde anglo saxon. On peut distinguer les thérapies de pleine conscience (basées sur la méditation), les groupes de relaxation ou gestion du stress. Une autre approche

est de redonner le pouvoir d'aller au mieux au patient dans un modèle d'autonomisation (empowerment en anglais). Dans cette logique, ont été mis en place des groupes de parole et des groupes de psychoéducation.

Certaines études ont montré l'efficacité (réduction du stress ou de l'anxiété ou de la dépression ou l'amélioration de la qualité de vie) de leurs interventions telles que : des discussions pédagogiques, des séances de développement personnel ou de discussions, séances de discussion et d'entraînement à une compétence définie, un discours annuel et des groupes de soutien psychologiques animés par des psychiatres (192).

Dans la littérature, il existe ce qu'on appelle les groupes Balint qui tournent autour de la relation médecin-malade. Leur but est d'améliorer la capacité des médecins à fournir des soins centrés sur la relation et de composer activement avec cette relation en comprenant mieux comment ils sont touchés par le contenu émotionnel des soins qu'ils dispensent à certains patients (194). L'idée est aussi d'apprendre à garder une distance nécessaire pour ne pas être affecté par cette relation sans pour autant tomber dans l'apathie.

2.2. Interventions individuelles

Deux études ont créé des systèmes de dépistage pour les étudiants en médecine permettant un contact avec un intervenant qui peut si nécessaire adresser l'étudiant dans un second temps à un professionnel (psychiatre, psychologue).

Les études retrouvent une efficacité modérée des interventions sur les étudiants. Mais, la plupart des études regardent l'efficacité à court terme (un à trois mois après la fin de l'intervention). Une étude a regardé à plus long terme : l'efficacité a déjà disparu six mois après la fin de l'intervention. Les limites méthodologiques (faible nombre de sujets, durée de suivi limitée...) et l'hétérogénéité des études concernant les interventions (mindfulness, psychoéducation...) sur les étudiants ne permettent pas de conclure à leur efficacité à long terme. Cela incite à ne pas se restreindre à ces interventions et à s'intéresser plus aux modifications institutionnelles. Dans ces dernières, l'effet n'est pas limité dans le temps puisqu'il s'agit d'une modification globale (192) (195).

II. Structures

1. Au Maroc

1.1. A la Faculté de Médecine de Marrakech (28)

- La cellule d'écoute et d'accompagnement ;
- La commission des affaires estudiantines constituée d'enseignants, d'administratifs et de représentants d'étudiants ayant pour objectif le soutien et l'épanouissement des étudiants et l'intermédiation avec l'administration ;
- Les associations étudiantes : BDE (Bureau Des Etudiants), AEMM (Association des Etudiants en Médecine de Marrakech) affiliée à IFMSA-Morocco (International Federation of Medical Students' Association - Morocco), Amicale des Etudiants Etrangers de la FMPM, Association sportive de la FMPM, Associations des médecins internes et résidants ;
- Les journées d'intégration ;
- Les journées scientifiques avec conférences, tables rondes et ateliers ;
- Activités socioculturelles et sportives ;
- Programme de tutorat et de lutte contre le décrochage universitaire ;
- L'AMO pour les étudiants.

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

Elle a pour missions de : recevoir et écouter en entretiens individuels les étudiants à leur demande (permanence libre et prises de rendez-vous) ; apporter une aide aux étudiants par le biais de conseils et d'orientations cohérentes ; proposer un relais auprès de praticien pour une prise en charge thérapeutique si nécessaire ; proposer des mesures préventives. Les étudiants en difficulté peuvent solliciter par téléphone ou mail un rendez-vous à la cellule d'écoute en indiquant leurs coordonnées téléphoniques, ils seront contactés et reçus dès que possible (196).

Le programme de tutorat a pour but de favoriser l'intégration aux études médicales, soutenir les étudiants en difficulté d'apprentissage et lutter contre l'échec universitaire et le

redoublement. Il permet un soutien pédagogique et une proximité enseignants/étudiants favorisant le processus d'apprentissage (197).

La Faculté est aussi dotée d'un guide de l'étudiant qui permet aux étudiants de s'informer sur différents sujets tels que le cursus médical, la couverture médicale, l'organisation et les différentes structures de la faculté ainsi que les différentes activités et programmes qui existent au sein de la Faculté (198).

1.2. A la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

- La commission des affaires estudiantines constituée d'enseignants, d'administratifs et de représentants d'étudiants ayant pour objectif le soutien et l'épanouissement des étudiants et l'intermédiation avec l'administration ;

- Les associations étudiantes : BDE (Bureau Des Etudiants), la Méd'ociation affiliée à IFMSA-Morocco (International Federation of Medical Students' Association - Morocco), Medical Society of Research and Health (MSRH) , Enactus FMPR, Amicale des Etudiants Etrangers de la FMPR, Associations des médecins internes et résidents ;

- Les journées d'intégration organisées par la Méd'Ociation ;

Au Maroc, il existe aussi des initiatives permettant aux étudiants en médecine d'apprendre et de pratiquer “ la médecine autrement “ telles que : Association Lueur d'espoir, Pygmalion, Neurocampus, STEP OUT et cas cliniques interactifs sur différentes pages des réseaux sociaux.

2. A l'étranger

En France, il existe plusieurs structures d'aide pour les étudiants en médecine : le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) (à Paris), un dispositif d'accueil et d'écoute (à Paris), le BIPE (Bureau Interface professeurs Etudiants) (à Paris), un Service de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) (à Tours), un Point Santé (à Blois), l'Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux (AAPML) et les syndicats d'interne (199).

Au Canada, il existe un Bureau des services aux étudiants (à l'Université de Médecine d'Ottawa) (200).

En Australie, des recommandations ont été établies en 2007 suite à une conférence internationale sur la santé des médecins. Parmi les recommandations, une visite annuelle obligatoire pour chaque externe avec remise à la clé d'un certificat de non contre-indication à la poursuite des études médicales (201).

Aux Etats-Unis, une échelle très brève intitulée the Medical Student Well-Being Index (MSWBI) a été créée afin de détecter de manière rapide et efficace la détresse psychologique des étudiants (202).

III. Développement personnel

Certaines aptitudes sont intéressantes à développer chez les étudiants en médecine afin de protéger la santé mentale des étudiants.

1. Le coping

Selon l'approche transactionnelle du stress de Folkmann et Lazarus (203), les stressseurs passeraient des séries de « filtres » ayant pour fonction de diminuer ou d'amplifier la réaction au stress et qu'on qualifie par « l'évaluation ». C'est un processus cognitif qui se déroule en deux temps. Le premier temps est l'évaluation primaire, pendant laquelle le sujet juge du caractère contraignant ou menaçant du stressseur. Le deuxième temps est l'évaluation secondaire, pendant laquelle le sujet apprécie ses capacités à faire face à la situation stressante (capacités de coping). Le déclenchement ou non de la réaction de stress est déterminé par l'ensemble des deux évaluations, c.-à-d. que le stress va se déclencher si le sujet a évalué que ses ressources étaient insuffisantes par rapport à la menace, ce qui implique donc qu'il y a eu un déséquilibre entre l'évaluation primaire et secondaire.

Ces processus d'évaluation sont influencés par les caractéristiques personnelles de l'individu (en grande partie déterminées par le vécu antérieur du sujet) et pas des variables environnementales (figure 60).

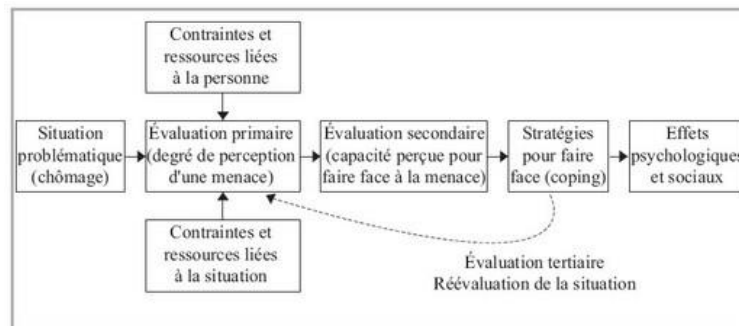


Figure 60 : Approche transactionnelle du stress : un processus multifactoriel

Les processus d'adaptation sont regroupés sous le terme anglo-saxon de coping (to cope : faire face, faire avec...). Le coping désigne « l'ensemble des processus qu'un sujet interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique » (204).

Selon Lazarus et Folkman (203), il existe 2 grands types de coping : le coping « centré sur l'émotion » comme la recherche d'un soutien social et maîtrise de soi et le coping « centré sur le problème ».

Les stratégies « centrées sur le problème » :

Elles comportent tous les plans d'action dirigés vers une modification, un évitement ou une minimalisation de l'impact du stress. Plusieurs formes de remédiation du stress sont identifiées :

- la résolution de problèmes : il s'agit de prendre du recul pour mieux appréhender le problème ;
- la réévaluation positive : elle consiste à voir le côté positif de chaque événement ;
- la distanciation : il s'agit du prendre du recul et de dédramatiser la situation ;
- la confrontation : l'idée est de se confronter à la source du problème pour la résoudre.

Les stratégies « centrées sur l'émotion » :

- l'autocontrôle émotionnel : il permet au sujet de garder ses émotions pour soi ;

- fuite, évitement : il peut s'agir d'un évitement direct de la confrontation au problème mais aussi un évitement indirect (fuite dans le sommeil, la nourriture, l'alcool, les médicaments et la drogue) ;
- l'auto-accusation : le sujet s'en prend à lui-même et se considère à l'origine de ses problèmes.

Selon Dominique Servant (50), il existe un troisième type :

Les stratégies « centrées sur la recherche de soutien social »

Ce coping se décompose en :

-soutien informationnel : les individus vont chercher des informations concernant le problème auprès de leur entourage ;

-soutien émotionnel : il s'agit de la recherche de réconfort auprès de l'entourage.

Toutefois, certains auteurs n'adhèrent pas totalement à la classification de Lazarus et Folkman. En se fondant sur les recherches actuelles, certaines stratégies plus fonctionnelles que d'autres seraient bénéfiques à court ou long terme pour la santé. Les stratégies peuvent se distinguer en « fonctionnelles » et « dysfonctionnelles » (50).

Stratégies « fonctionnelles »	Stratégies « dysfonctionnelles »
- L'acceptation de la crise - La restitution du problème dans son contexte - La recherche d'informations, d'aides matérielles - La recherche de support social - Le partage des émotions négatives - La résolution de problèmes (identifier les problèmes spécifiques, développer des réponses actives au problème, rechercher et analyser des solutions alternatives)	- La négation de l'événement (le déni) - La mise à distance - L'évasion (penser vivre dans un monde parfait où tout se passe toujours bien) - L'évitement (éviter l'information, éviter les solutions alternatives) - La fuite (dans le sommeil, les médicaments, etc.) - La répression des émotions négatives - La pensée en mode « tout ou rien » - L'isolement

- L'autocontrôle (contrôle de soi, réassurance, remise en question)	
---	--

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

2. Facteurs protecteurs

Certains facteurs ont montré leur efficacité contre les troubles de santé mentale chez les étudiants en médecine tels que la résilience, le soutien social, l'optimisme, le locus de contrôle et l'auto-efficacité (205)(206)(207). Ces facteurs sont définis de la manière suivante :

-La résilience est la capacité d'un individu à supporter psychiquement les épreuves de la vie. Cette capacité lui permet de rebondir et de prendre un nouveau départ (106) (208) (209)(210)(211).

-Le soutien social est le réseau sur lequel la personne peut s'appuyer en cas de besoin (212)(213).

-L'optimisme est la tournure d'esprit qui dispose à prendre les choses du bon côté, en négligeant leurs aspects fâcheux ainsi que le sentiment de confiance dans l'issue d'une situation (214).

-Locus de contrôle ou lieu de maîtrise ou lieu de contrôle est la tendance que les individus ont à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions ou, au contraire, qu'ils sont le fait de facteurs externes sur lesquels ils n'ont que peu d'influence, par exemple la chance, le hasard, les autres, les institutions ou l'État. La notion de Locus de contrôle est donc une caractéristique individuelle qui reflète lors d'un événement ce que le sujet considère comme relevant de sa responsabilité (locus dit interne) et de celle des autres ou des circonstances extérieures (locus dit externe)(215)(216).

-L'auto-efficacité ou sentiment d'auto-efficacité se définit par la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche (217) (218)(219).

-Sens de cohérence ou salutogénèse est défini par « une orientation globale qui exprime une résistance persuasive, un sentiment dynamique de confiance et le sentiment que (1) les stimuli provenant des environnements externes et internes sont structurés, prévisibles et

explicables ; (2) les ressources sont disponibles pour faire face aux demandes posées par ces stimuli, (3) ces demandes sont des défis dignes d'un investissement et d'un engagement » (220)(221)(222).

Une étude américaine a utilisé le concept du « mapping » pour créer une taxonomie des comportements de bien-être utilisés par les étudiants en médecine américains et cela grâce à un « brainstorming » des étudiants. L'organisation de la conceptualisation du bien-être des étudiants est illustrée via une carte (223) (figure 61) .

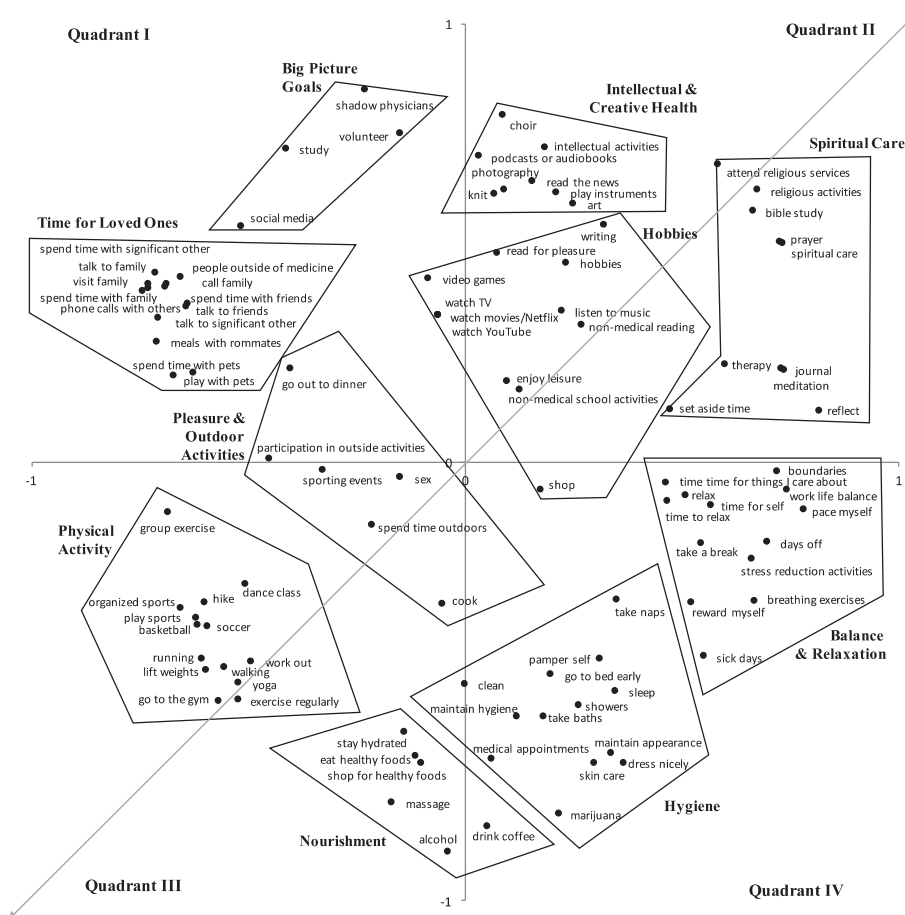


Figure 61 : La carte des comportements de bien-être des étudiants en médecine

IV. Perspectives

Concernant la santé mentale, il faudrait mettre en place un programme de prévention et de lutte contre les problèmes de santé psychique au sein de la population estudiantine de notre faculté en lui donnant les clés de la gestion du stress et de l'anxiété. Ces mesures pouvant être traitées sur trois niveaux : à l'échelle de l'étudiant (promotion d'un mode de vie sain, du développement personnel), à l'échelle du groupe (groupes d'entraide, de partage d'information et d'expériences), à l'échelle de l'institution (système de tutorat, coaching en communication et leadership, formations et accompagnement facilitant la gestion de la confrontation à la souffrance, à la mort, à l'annonce de diagnostics, aider l'externe à trouver sa place lors des stages hospitaliers) (28)(224).

Il serait aussi nécessaire de mettre en place des structures d'aide au sein de la faculté tels qu'une cellule d'écoute ou un service de médecine préventive. Ce dernier pourrait instaurer une consultation annuelle obligatoire pour tous les étudiants afin de détecter d'éventuels problèmes de santé mentale.

La faculté pourrait jouer un rôle dans le développement personnel des étudiants de plusieurs manières : la première manière serait en établissant des conventions avec des instituts culturels, des salles de sport etc. afin de permettre aux étudiants de se divertir et de s'épanouir dans des hobbies en dehors du contexte médical et cela en complément des structures déjà mises en place au sein de l'établissement (associations estudiantines) ; la seconde manière serait en encourageant les étudiants à participer à différentes activités (conférences, journées scientifiques, caravanes médicales, voyages organisés, échanges cliniques et échanges de recherche) ; la troisième manière serait en sensibilisant les étudiants quant aux aptitudes à développer pour se protéger ou faire face aux difficultés psychologiques (28).

Il serait intéressant de disposer d'une plateforme internet traitant de différents sujets de santé mentale. Internet est devenu un outil indispensable dans de nombreux domaines et s'inscrit peu à peu dans le champ du « self-help », ou aide par soi-même. L'intervention de gestion du stress par Internet est l'une d'entre elles. Elle repose sur la participation à un programme, accessible sur Internet, qui propose une intervention à visée thérapeutique. Ces

programmes de gestion de stress en ligne sont intéressants dans la mesure où ils permettent la prévention, la sensibilisation et peuvent même présenter une aide préliminaire.

Ces programmes ont aussi l'avantage d'être accessibles, peu coûteux et permettent de cibler une population qui a peu tendance à consulter en cas de difficulté.

Les premières études d'efficacité publiées montrent des résultats plutôt prometteurs qui confirment que de tels programmes sont souvent utiles pour réaliser les buts prévus, tels que : réduire le stress, l'anxiété, la dépression et la détresse, et améliorer les stratégies d'adaptation et le bien-être. Cependant, les résultats doivent encore être confirmés par des études méthodologiquement rigoureuses.

Il est important de préciser que ces programmes ne peuvent remplacer une véritable prise en charge thérapeutique, mais reste tout de même utile dans le cas où une aide à la gestion du stress est nécessaire (225).

Enfin, agir est primordial car il faut « prendre soin de soi pour prendre soin des autres »(226).

Conclusion

Notre étude a permis de mettre en lumière la détresse psychologique des étudiants en médecine de Rabat. Nos résultats ont montré des taux importants de stress, de burnout, d'anxiété et de dépression ainsi qu'une qualité de vie très moyenne. Notre modèle de santé mentale a montré que le stress est un point déclencheur de détresse psychologique. Ainsi, il joue un rôle dans l'apparition de l'anxiété, de la dépression et du burnout ainsi que la détérioration de la qualité de vie et cela de manière directe ou indirecte. Notre travail met en avant certains facteurs personnels et académiques qui pourraient participer à l'apparition de cette détresse psychologique mais de futures recherches sont nécessaires pour établir un lien d'association voire de causalité. On déduit qu'il est capital de prendre les mesures nécessaires pour améliorer la santé mentale des étudiants en médecine de Rabat.

Résumés

Résumés

Titre : La santé mentale des étudiants en médecine de Rabat de la 1^{ère} année à la 7^{ème} année : revue de littérature et étude transversale à visée descriptive et analytique

Auteur : Maha Lemtiri Chelieh

Mots clés : santé mentale, étudiants en médecine, détresse psychologique

Introduction

Cette étude avait pour but de décrire les caractéristiques personnelles et académiques, d'évaluer la présence de conséquences psychologiques et d'établir un modèle expliquant la santé mentale des étudiants en médecine de Rabat de la 1^{ère} à la 7^{ème} année.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, menée en Mars 2019 via un formulaire en ligne. Les caractéristiques personnelles et académiques ont été recueillies. Des échelles standardisées ont été utilisées pour évaluer le stress (PSS 10), le burnout (Oldenburg), la qualité de vie (SF12) ainsi que l'anxiété et la dépression (PHQ4). Les données ont été traitées sur SPSS. La conception du modèle s'est faite grâce à la Structural Equation Modeling (SEM).

Résultats

Notre échantillon était de 637 étudiants. Nos résultats ont montré : 98.6% de stress modéré à sévère, 96.2% de burnout modéré à élevé et 1 étudiant sur 3 souffrait d'anxiété et de dépression. Les moyennes de la qualité de vie étaient de 34.72 ± 11.19 concernant la QDV mentale et de 51.32 ± 8.72 concernant la QDV physique. Notre modèle a montré que le stress joue un rôle dans l'apparition de l'anxiété, de la dépression et du burnout ainsi que dans la détérioration de la qualité de vie et cela de manière directe ou indirecte. Des facteurs personnels et académiques, identifiés dans notre étude, pourraient jouer un rôle dans l'apparition de cette détresse psychologique.

Conclusion

Notre étude a permis de mettre en lumière la détresse psychologique des étudiants en médecine de Rabat.

Abstract:

Title: Mental health of medical students from the first to the seventh year: literature review and descriptive and analytic cross sectional study

Author: Maha Lemtiri Chelieh

Keywords: mental health, medical students, mental distress

Introduction

Our study aims to describe the personal and academic characteristics, evaluate the presence of psychological consequences and establish a model of mental health of medical students from the first to the seventh year.

Method

It was a cross sectional study, both descriptive and analytic, conducted in March 2019 through an online survey. We collected personal and academic characteristics. We used standardized scales to evaluate stress (PSS10), burnout (Oldenburg), quality of life (SF-12) and both anxiety and depression (PHQ4). Statistical analyses were carried out in SPSS Statistics. We used Structural Equation Modeling (SEM) for the conception of the model of mental health.

Results

We included 637 students. Our results showed: 98.6% of moderate to high stress, 96.2% of moderate to high burnout, one in every three students suffers from anxiety and depression. Mean quality of life scores were 34.72 ± 11.19 concerning mental quality of life and 51.32 ± 8.72 concerning physical quality of life. Our model showed that stress plays a major role in the appearance of anxiety, depression and burnout and is linked to the deterioration of the quality of life. These effects are direct or indirect. Personal and academic factors identified in the study may play a role in the appearance of this psychological distress.

Conclusion

The findings highlight the psychological distress of medical students of the Faculty of Medicine of Rabat.

ملخص:

العنوان:

الصحة النفسية لطلبة الطب بالرباط من السنة الأولى إلى السنة السابعة: مراجعة الأدبيات ودراسة مقطعية بأهداف وصفية وتحليلية.

الكاتبة:

مهى لمطيري شليح.

الكلمات المفتاحية:

الصحة العقلية، طلبة الطب، الضائقة النفسية.

المقدمة:

يتمحور هدف هذه الدراسة حول وصف الخصائص الشخصية والأكاديمية وتقييم وجود العواقب النفسية وإرساء نموذج يوضح الصحة النفسية لطلبة الطب بالرباط من السنة الأولى إلى السابعة.

المنهجية:

يتعلق الأمر بدراسة أفقية وصفية وتحليلية تم القيام بها في شهر مارس 2019 عن طريق استمارة عبر الأنترنت، والتي من خلالها تم تجميع المعطيات الشخصية والأكاديمية. كما اعتمد لتحليل ودراسة النتائج المسجلة من الاستمارات على معايير موحدة لتقييم الضغط العصبي (PSS 10)، ومتلازمة الاحتراق النفسي (Oldenburg)، وجودة الحياة (SF12)، وكذلك القلق والاكتئاب (PHQ4). في حين اعتمد برنامج SPSS من أجل دراسة جميع المعطيات المسجلة. كما أنه قد تم إعداد النموذج بفضل بنموذج معادلة هيكلية (SEM).

النتائج:

تشمل العينة المعتمدة في الدراسة مجموع 673 طالب. وقد أسفرت النتائج وفق الآتي: 98.6% من الطلبة يعانون من الضغط العصبي المتوسط إلى الحاد، و96.2% من الطلبة يعانون من الاحتراق النفسي المتوسط إلى الحاد، وطالب على ثلاثة طلبة يعانون من القلق والاكتئاب. ومعدلات المتوسط بخصوص جودة الحياة تصل 34.72 ± 11.19 فيما يتعلق جودة الحياة النفسية، وتصل إلى 51.32 ± 8.72 فيما يخص جودة الحياة الجسدية.

وقد أظهر النموذج بأن الضغط العصبي يلعب دورا مهما في ظهور أو بروز القلق والاكتئاب ومتلازمة الاحتراق النفسي، بالإضافة إلى تدهور جودة الحياة بشكل مباشر وغير مباشر.

كما ان العوامل الشخصية والأكاديمية، والتي اظهرها بحثنا، يمكن ان تتسبب في بروز هذا الضيق النفسي.

الخاتمة:

دراستنا هذه خولت لنا الكشف عن الضائقة النفسية التي يعاني منها طلبة الطب بالرباط.

Appendice

I-Revue de littérature des étudiants en médecine dans le monde

1. Le stress

Nom du premier auteur, année de publication, pays	Design de l'étude : type d'étude, période, échantillon	Instrument de mesure	Prévalence ou moyenne $\pm$ DS	Résultats	Conclusion des auteurs
-Abdullah Murfah Al-Khani et al. -2019 -Arabie Saoudite	- Étude transversale -2018 -206	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	-17.9% : stress minime et modéré -12.7% : stress sévère à très sévère →31%	-	Une faible qualité de sommeil a été trouvée chez les étudiants en médecine. Cette dernière est associée au stress.
-Syeda Rubaba Azim et al. -2019 -Arabie Saoudite	- Étude transversale -Aout 2016 à Mars 2017 -270	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	-22.3% : stress minime -9% : stress modéré -3.7% : stress sévère →35 %	-	Une importante détresse psychologique a été retrouvée chez les étudiants et liée surtout à des facteurs académiques
-Nazish Rafique et al. -2019 -Arabie Saoudite	- Étude transversale -De Janvier 2018 à Décembre 2018 -468 étudiants	Kessler 10 Psychological Distress Instrument (K10)	-Stress minime 32% -Stress modéré 24% -Stress élevé 22%	-En analyse multivariée: l'année d'étude, le stress académique, les problèmes physiques et être marié étaient associés à un haut stress.	Au vu de la prévalence de stress, il serait recommandable de dépister les troubles de santé mentale chez les étudiants en médecine tout le long du cursus.
-Ivana Lucia Damasio Moutinho -2019 -Brésil	- Étude longitudinale pendant 2 ans (4 semestres) -2014 à 2016 -575 étudiants	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	-Semestre 1: 10.2% -Semestre 2: 14.4% -Semestre 3: 8.3% -Semestre 4: 9.2%	-	Cette étude montre la haute prévalence des troubles psychologiques des étudiants et elle pourra aider à planifier des stratégies préventives
-Joao P. Pacheco et al. -2017 -Brésil	-Revue de littérature et méta-analyse -MEDLINE de 1966 à 2016, SciELO de 1909 à 2016, LILACS de 1980 à 2016, PsycINFO de 1927 à 2016 -18015	-Lipp's Stress Symptoms Inventory (LSSI) -General Health Questionnaire(GH Q 12)	49.9 %	Le manque de motivation, le support émotionnel et la surcharge académique étaient associés aux problèmes de santé mentale chez les étudiants en médecine	-Beaucoup de problèmes de santé mentale sont prévalents chez les étudiants en médecine brésiliens -Les interventions basées sur les preuves et le support social sont nécessaires pour promouvoir la santé mentale des étudiants en médecine.

-Mohamed Fawzy et al. -2017 -Egypte	- Étude transversale -2015 -2178 étudiants	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	-Stress minime : 16.9% -Stress modéré : 24.6% -Stress sévère : 12.3% -Stress très sévère : 10.4% →59.9 %	En analyse multivariée : le stress était associé au sexe féminin, la dépression et l'anxiété	Haute prévalence de stress, d'anxiété et de dépression
-Bawo Onesirosan James et al. -2017 -Nigéria	- Étude transversale -2014-15 -623 étudiants	Perceived Medical School Stress (PMSS)	Moyenne de 24.15 ± 7.87 (score allant de 0 à 52, plus le score est haut, plus le stress est important)	En analyse multivariée : les prédicteurs du stress étaient l'absence de diplôme précédant les études médicales, l'aspect financier, le choix des études médicales par les parents, une faible foi, problème de consommation d'alcool, l'anxiété et la dépression	Haute prévalence de stress. Il faudrait incorporer au cursus des stratégies de réduction de stress et d'en établir un feedback
-Hilde Haldorsen et al. -2014 -Danemark	- Étude transversale -2006-2007 -979	From Student to Graduate (questionnaire locale)	Moyenne de 2.26 ±1.35 et 2.85 ±1.30 (le plus haut score est de 6 indiquant un haut stress et le plus bas score est 0 indiquant une absence de stress)→ stress modéré	En analyse multivariée : le stress était associé significativement à la dépression. Une corrélation positive statistiquement significative entre le stress et la dépression	Trouver de bonnes solutions pour le bien-être des étudiants en médecine est tout aussi important que de dépister sa détresse psychologique
-SS Naidoo et al. -2014 -Afrique du Sud	- Étude transversale -2014 -94	Questionnaire standardisé non employé (entretien avec les étudiants)	78% ont expérimenté le stress durant leur parcours	-	Le stress mal adapté impacte négativement plusieurs aspects de l'étudiant. Le mentorat et un programme de support éducatif doivent être intégrés au curriculum
-Zeynep Baykan et al. -2012 -Turquie	- Étude transversale -Période non précisée -193 étudiants	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 42)	39.9 % de stress modéré à sévère	-	La détresse psychologique est importante chez les étudiants en médecine turques. Il y a besoin d'études avec un nombre d'étudiants importants et à long

					terme pour avoir des résultats fiables. Des interventions sont aussi nécessaires.
-Hamza M. Abdulghani et al. -2011 -Arabie Saoudite	- Étude transversale -2007-2008 -892 étudiants	Kessler 10 Psychological Distress Instrument (K10)	63% avec un stress sévère de 25%	Analyse multivariée: Le genre féminin, l'année d'étude et les problèmes physiques étaient associés au stress	Les services de prévention de la santé mentale devraient faire partie intégrante de la routine des étudiants en médecine.
-Liselotte N. Drybye et al. -2011 -Etats-unis	- Étude transversale -2007 -2248 étudiants	Perceived Stress Scale (PSS)	48,6 %		-La détresse psychologique des étudiants se manifeste par une variété de formes incluant le burnout, la dépression, le stress, une faible qualité de vie et une fatigue. -La plupart des étudiants ont manifesté plus d'une manifestation de détresse psychologique avec beaucoup d'étudiants manifestant plusieurs formes de
					détresse psychologique en même temps -Plus le nombre de combinaisons augmentaient, plus le risque de des idées de suicide et de renoncement aux études augmentaient
-Mohsin Shah et al. -2010 -Pakistan	- Étude transversale -2006-2007 -200	-PSS (Perceived Stress Scale) 14 (score allant de 0 à 56; plus le score est élevé plus le stress est important)	Moyenne de 30.84 (DS= 7.01) —> niveau de stress modéré à élevé	En analyse multivariée : les facteurs associés au stress: -Facteurs psychosociaux (hautes attentes familiales, la solitude, les problèmes de sommeil) -Facteurs académiques (le programme pédagogique chargé, la fréquence des examens, la performance académique, devenir médecin, inquiétude par rapport au futur)	-Un niveau important de stress -Les stresseurs étaient académiques et psychosociaux.
-Thomas H. Mosley et al. -1994 -Etats-unis	- Étude transversale -1992-1993 -69 étudiants en 3 ^{ème} année de médecine	Medical Education Hassles Scale	Moyenne de 41.96	-Une corrélation positive entre le stress et la dépression. -Une corrélation négative entre les stratégies de coping d'engagement et la dépression et inversement une corrélation positive entre la dépression et les stratégies de coping de désengagement.	Les compétences en coping sont des interventions utiles pour contrer les effets négatifs du stress
-David Coburn et AL -1975 -Canada	- Étude transversale -1973-1974 -52 étudiants de 1 ^{ère} année	Sources de stress de Boyle et Coombs		Sources de stress actuelles (des sources plus stressantes aux moins stressantes): -Passer l'examen d'un cours important -La peur de l'incapacité d'absorber tous les cours -La peur d'avoir de mauvaises notes -Le nombre d'heures d'études pour être à jour -Sorties sociales ou pauses dans les études limitées -Manque d'activités sexuelles -La solitude -La dissection des cadavres -Parler aux instructeurs dans une situation sociale -D'autres problèmes sexuels	Un des importants résultats est l'importance de la peur des étudiants par rapport à leur incompétence
			-	-Parler aux instructeurs des problèmes liés aux matières d'étude -Conflits de longue durée et être dans une position de dépendance et impuissant Sources de stress anticipées (des sources plus stressantes aux moins stressantes): -La mort de patient(s) -La peur d'une erreur de diagnostic ou de traitement -Avoir un patient avec une maladie chronique sans espoir -La peur du contact avec maladie contagieuse -Parler des problèmes sexuels des patients -Les examens cliniques des patients Variables pré acquises associées au stress: -L'âge (corrélation négative) -la pression familiale (corrélation positive) -Stress ressenti tous les jours (corrélation positive) -Être différent de ses camarades (corrélation positive) -Être l'ainé (corrélation négative)	

			-	-Parler aux instructeurs des problèmes liés aux matières d'étude -Conflits de longue durée et être dans une position de dépendance et impuissant Sources de stress anticipées (des sources plus stressantes aux moins stressantes): -La mort de patient(s) -La peur d'une erreur de diagnostic ou de traitement -Avoir un patient avec une maladie chronique sans espoir -La peur du contact avec maladie contagieuse -Parler des problèmes sexuels des patients -Les examens cliniques des patients Variables pré acquises associées au stress: -L'âge (corrélation négative) -la pression familiale (corrélation positive) -Stress ressenti tous les jours (corrélation positive) -Être différent de ses camarades (corrélation positive) -Être l'ainé (corrélation négative)	
--	--	--	---	---	--

2. L'anxiété

Nom du premier auteur, année de publication, pays	Design de l'étude (type d'étude, période, échantillon)	Instrument de mesure	Prévalence ou moyenne $\pm$ DS	Résultats	Conclusion des auteurs
-S van der Walt et al. -2020 -Afrique du Sud	- Étude transversale -2018 -473	Hospital Anxiety Depression Scale-Anxiety (HADS-A)	20.5 %	En analyse multivariée : le sexe féminin associé à l'anxiété	Presque un étudiant sur 4 souffrait d'anxiété et consommait des médicaments psychotropes comme traitement. Un nombre important d'étudiants étaient à risque de faire une anxiété.
-Ying Mao et al. -2019 -Chine	-Revue systématique -Articles publiés entre 1er Janvier 2000 et 1er Avril 2018 -35160 étudiants chinois	-Symptom Checklist 90 (SCL-90) -Beck Anxiety Inventory (BAI) -Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS) -Hamilton Anxiety Rating Scale (HAMA)	Fourchette allant de 8.54% à 88.3% avec une moyenne de 27.22%	Association de l'année universitaire et de la satisfaction par rapport aux supérieurs à l'anxiété	Les déterminants de l'anxiété sont d'ordre personnels, sociaux, économiques et environnementaux
-Travis Tian-Ci Quek et al. -2019	-Méta analyse d'études transversales mesurant la prévalence de l'anxiété -Medline de 1946 à Mars 2019, PsycINFO de 1806 à Mars 2019, Embase de 1980 à Mars 2019 -40348 étudiants	-Depression Anxiety Stress Scale 2-A (DASS 21-A) -Depression Anxiety Stress Scale 42-A (DASS 42-A) -Beck Anxiety Inventory-21 (BAI-21) -Hospital Anxiety Depression Scale-A (HADS-A) -State Trait Anxiety Inventory (STAI-Trait) -State Trait	33.8% (95% CI: 29.2%-38.7%)	-	-1 sur 3 des étudiants en médecine souffre d'anxiété -L'importance de trouver des solutions en ce qui concerne la stigmatisation de la maladie mentale et le recours à une aide quand il y'a besoin. -Des recherches sur les facteurs de risque sont nécessaires.

		Anxiety Inventory (STAI-Strate) -Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS) -Emotional State Questionnaire (EST-Q) -Brief Symptom Inventory (BSI-ANG) -General Anxiety Disorder 7 (GAD 7)			
-Syeda Rubaba Azim et al. -2019 -Arabie Saoudite	- Étude transversale -Aout 2016 à Mars 2017 -270	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	72%	-	Une importante détresse psychologique a été retrouvée chez les étudiants et liée surtout à des facteurs académiques
-Abdullah Murfah Al-Khani et al. -2019 -Arabie Saoudite	- Étude transversale -2018 -206	Depression Anxiety Stress Scale (DASS)	53 %	-	Une faible qualité de sommeil chez les étudiants en médecine est à souligner. Cette dernière est associée à l'anxiété.
-Light Tsegay et al. -2019 -Ethiopie	- Étude transversale -2018 -390	West Side Test Anxiety Inventory (WTAI)	52,3 %	En analyse multivariée, les facteurs associés à l'anxiété: le genre féminin, les mauvaises notes académiques, les examens oraux, la charge de travail, le manque de plan d'étude, un support social faible ou modéré	Une forte prévalence d'anxiété chez les étudiants en médecine à laquelle il faut prêter plus d'attention
-Wen Zeng et al. -2019 -Chine	-Revue de littérature regroupant 10 études transversales, soit 30817 étudiants -Période allant de 1806 et 2018 utilisant différents moteurs de recherches	-Beck Anxiety Inventory (BAI) -Symptom Check list SCL-90 -Zung's Self-Rating Anxiety Scale (SAS)	21%	-	Haute prévalence de dépression chez les étudiants en médecine chinois. La problématique de la santé mentale chez les étudiants en médecine doit être prise au sérieux. Il faudrait des screening et des interventions de santé mentale.

-Ivana Lucia Damasio Moutinho -2019 -Brésil	- Étude longitudinale pendant 2 ans (4 semestres) -2014 à 2016 -575 étudiants	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	Semestre 1: 12.8% Semestre 2: 12.8% Semestre 3: 10.5% Semestre 4: 15.3%	En analyse multivariée : la dépression, l'anxiété, le stress, avoir un faible revenu, le genre féminin, les premières années de médecine étaient associés à une faible qualité de vie.	Cette étude montre la haute prévalence des troubles psychologiques des étudiants et elle pourra aider à planifier des stratégies préventives
-Mubeen Akhtar et al. -2019 -Allemagne	- Étude transversale 2016 à Février 2017 -122 étudiants internationaux	Beck Anxiety Inventory (BAI)	26% anxiété modérée 23% anxiété sévère	En analyse multivariée: un coping réflexif était associé à un faible taux d'anxiété; le coping réactif et le coping suppressif étaient associés à un taux élevé d'anxiété	L'anxiété chez les étudiants en médecine internationaux doit être pris aussi en considération
-Farid Talih et al. -2018 -Liban	- Étude transversale -2016 -176 étudiants	General Anxiety Disorder 7 (GAD7)	27,7 %	-	Haute prévalence d'anxiété. Il est important pour les éducateurs de comprendre les facteurs associés à l'anxiété et d'intervenir à ce niveau
-Gin-Gin Gan -2018 -Malaisie	- Étude transversale -2015 -149 étudiants	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	33 %	En analyse multivariée : l'anxiété était associée à une faible qualité de vie dans la dimension de qualité de vie psychique, sociale et environnementale	La qualité de vie des étudiants en médecine est affectée par l'anxiété
-Joao Moreira De Sousa et al. -2018 -Portugal	- Étude transversale -2015 -161	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	23,6 %	-	Au vu du taux d'anxiété, il serait adéquat de développer des moyens de support et d'aide aux étudiants
-Joao P. Pacheco et al. -2017 -Brésil	-Revue de littérature et méta-analyse -MEDLINE de 1966 à 2016, SciELO de 1909 à 2016, LILACS de 1980 à 2016, PsycINFO de 1927 à 2016 -18015	-Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) -State Trait Anxiety Inventory(STAI-T)	32,9 %	Le manque de motivation, le support émotionnel et la surcharge académique étaient associés aux problèmes de santé mentale chez les étudiants en médecine	-Beaucoup de problèmes de santé mentale prévalent chez les étudiants en médecine brésiliens -Les interventions basées sur les preuves et le support social sont nécessaires pour promouvoir la santé mentale des étudiants en médecine.
Mohamed Fawzy et al. -2017 -Egypte	- Étude transversale -2015 -2178 étudiants	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	73 %	En analyse multivariée : le stress était associé à l'anxiété	Haute prévalence de stress, d'anxiété et de dépression

-Bawo Onesirosan James et al. -2017 -Nigéria	- Étude transversale -2014-15 -623 étudiants	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	28,6 %	En analyse multivariée : parmi les prédicteurs du stress, on retrouve l'anxiété.	Haute prévalence de stress. Il faudrait incorporer au cursus des stratégies de réduction de stress et d'en établir un feedback
-Zaid A. Mahroon et al. -2017 -Bahrain	- Étude transversale -Novembre 2013 à Mars 2014 -350 étudiants	Beck Anxiety Inventory (BAI)	51 %	-	Une haute prévalence d'anxiété. Il est impératif d'accorder un support psychologique adéquat aux étudiants
-Nadia Azad et al. -2017 -Pakistan	- Étude transversale -Période non précisée -150	Beck Anxiety Inventory (BAI)	19% anxiété modérée à sévère	-	Un important taux de détresse psychologique chez les étudiants
-Leonor Villacura -2017 -Chili	- Étude transversale -Entre Novembre 2011 et Janvier 2012	Beck Anxiety Inventory (BAI)	-65 % ont des symptômes anxieux -Syndrome anxieux 30.3%	-	Au vu de la prévalence importante de l'anxiété, l'unité de psychologie pour les étudiants travaille dans la prévention et la détection des troubles mentaux chez les étudiants en médecine
	-277 étudiants				
-Amit Normal Cuttilan et al. -2016 -Singapour	-Revue systématique -Janvier 2010 à Février 2015 -13111 étudiants	-Aga Khan University Anxiety and Depression Scale (AKUADS) -Beck Anxiety Inventory (BDI) -Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) -Influence of Studying on Students' Health (ISSH) -Symptoms Checklist 90 (SCL-90)	7.04 %	-	Les problèmes de santé mentale affectent un nombre significatif d'étudiants. Les étudiants précliniques et les étudiants habitant chez eux étaient plus susceptibles à la dépression. Plus de recherches doivent être dirigées dans ce sens.
-Fernando Brenneisen Mayer et al. -2016 -Brésil	- Étude transversale multicentrique -Aout 2011 à Aout 2012 -1350 étudiants	State Trait Anxiety Inventory (STAI)	-81.7% d'anxiété-trait -85.6% d'anxiété-état	En analyse multivariée : une association du sexe féminin, les études médicales dans de grandes villes, les frais de scolarité à l'anxiété	Une haute prévalence d'anxiété

-Lisa MacLean et al. -2015 -Etats-Unis	- Étude transversale -Période non précisée -385 étudiants	Patient Health Questionnaire 4 (PHQ4)	25.7 %	-	Des programmes de bien-être doivent être instaurés incluant les stratégies de coping, demander de l'aide quand besoin, management du stress et de l'anxiété, automédication, les activités physiques et apprendre aux étudiants comment préparer des repas sains. L'efficacité de ces programmes doit être évaluée par la suite.
-N. Wege et al. -2015 -Allemagne	- Étude transversale -2012-2013 -592 étudiants	General Anxiety Disorder 7 (GAD7)	4,4 %	En analyse multivariée : les difficultés financières étaient associées à une faible santé mentale	Un haut taux de désordres psychologiques chez les étudiants en médecine fraîchement intégrés à la faculté de médecine, ce qui implique la promotion de la santé mentale surtout chez les vulnérables
-Motaz B. Ibrahim -2014 -Egypte	- Étude transversale -2014 -164	Beck Anxiety Inventory (BAI)	57,9 %	-	Une importante détresse psychologique des étudiants en médecine. La prévalence de la détresse psychologique était plus importante chez les étudiants en médecine en comparaison avec les étudiants en pharmacie.
-Valerie Hope et al. -2014 -Amérique du Nord	- Étude transversale -2012-13 -198 étudiants en 2ème année de médecine	Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	-Chez les femmes, 21% avaient un trouble anxieux suspecté, 23% avaient un trouble anxieux avéré. -Chez les hommes, 17% avaient un trouble anxieux suspecté, 6% avaient un trouble anxieux avéré.	-	Cette étude a permis de mettre en place une intervention de sensibilisation de deux heures auprès des étudiants. Cette intervention a le but de distribuer des auto-questionnaires de santé mentale puis échanger avec les étudiants puis diffuser les documents de prévention incluant les documents sur les structures d'aide.

-Benoît Vaysse -2014 -France	- Étude transversale -2012-13 -198 étudiants en 2ème année de médecine	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	-Chez les femmes, 21% avaient un trouble anxieux suspecté, 23% ayant un trouble anxieux avéré. -Chez les hommes, 17% avaient un trouble anxieux suspecté, 6% ayant un trouble anxieux avéré.	-	Cette étude a permis de mettre en place une intervention de sensibilisation de deux heures auprès des étudiants. Cette intervention a le but de distribuer des auto-questionnaires de santé mentale puis échanger avec les étudiants puis diffuser les documents de prévention incluant les documents sur les structures d'aide.
Coumaravelou Saravanan et al. -2014 -Malaisie	- Étude transversale -358 -2014	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	34,9 %	En analyse multivariée : le stress a été trouvé comme un prédicteur d'anxiété	Les étudiants anxieux expérimentaient plus de stress
-Ogunsemi OO et al. -2013 -Nigéria	- Étude transversale -Période non précisée -137	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	21,9 %	-	L'étude retrouve des stressseurs académiques et non académiques. Sensibiliser les étudiants quant aux stratégies de coping serait recommandable.
-Zeynep Baykan et al. -2012 -Turquie	- Étude transversale -Période non précisée -193 étudiants	Depression Anxiety Stress Scale (DASS)	50.3 %	-	La détresse psychologique est importante chez les étudiants en médecine turques. Il y a un besoin d'études avec un nombre d'étudiants importants et à long terme pour avoir des résultats fiables. Des interventions sont aussi nécessaires.
-Muhammed Saiful Bahri Yusoff et al. -2012 -Malaisie	- Étude transversale -333 en 2010 -11 et 506 en 2011-12	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	54.5% d'anxiété modérée à sévère	-	Le niveau d'anxiété est bas. Les facteurs associés à la détresse psychologique étaient des facteurs académiques, non académiques, l'éducation des parents et le background culturel.

-Paula Bertozzi De Oliveira Sousa Leao et al. -2011 -Brésil	- Étude transversale -Période non précisée -156 étudiants sur 180 étudiants en dernière année (86%)	Beck's Inventory of Anxiety (BAI)	27 %	-	Seulement peu d'étudiants souffrant de dépression, d'anxiété ou de faible qualité de vie demandent de l'aide, cela est dû à plusieurs facteurs qu'il est important d'identifier afin que les étudiants puissent demander de l'aide quand ils en ont besoin
-Z. Mehanna et al. -2006 -Liban	- Étude transversale -Septembre 2003 -359 (taux de réponse 80.1%)	Hamilton	69 %	Les antécédents psychiatriques ont été trouvés de forts prédicteurs d'anxiété	Les étudiants en médecine sont plus déprimés que les autres étudiants (en comparaison avec les étudiants en Pharmacie)
-F. Rab -2006 -Pakistan	- Étude transversale -2008 -87 étudiantes	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	43,7 %	-	Des études sont nécessaires pour comprendre les facteurs menant à cette détresse psychologique
-Mehmet Aktekin et al. -2001	-Etude prospective -1996	Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	-Moyenne de 39.4 en 1ère année (score allant de 20 à 80) -Moyenne de 42.3 en 2ème année	L'anxiété était associée à l'insatisfaction des activités sociales, l'inquiétude de l'avenir et la relation avec le genre opposé	Le taux de détresse psychologique est significativement plus haut chez les 2 ^{ème} années en comparaison avec les 1 ^{ère} année. Les activités sociales

-Turquie	-196 étudiants		(score allant de 20 à 80)		pourraient jouer un rôle dans cette différence.
----------	----------------	--	---------------------------	--	---

3. La dépression

Nom du premier auteur, année de publication, pays	Design de l'étude (type d'étude, période, échantillon)	Instruments de mesure	Prévalence	Résultats	Conclusion des auteurs
-S van der Walt et al. -2020 -Afrique du Sud	-Étude transversale -2018 -473	Patient Health Questionnaire (PHQ9)	25 %	En analyse multivariée: le sexe féminin associé à la dépression	Un étudiant sur 4 souffrait de dépression et consommait des médicaments psychotropes comme traitement. Un taux important d'étudiants étaient à risque de faire une dépression.
-Ying Mao et al. -2019 -Chine	-Revue systématique -Articles publiés entre 1er Janvier 2000 et 1er Avril 2018 -35160 étudiants chinois	-Beck Depression Inventory (BDI) -Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) -Zung self-rating Depression Scale (SDS)	Fourchette allant de 13.1 % à 76.21% avec une moyenne de 32.74%	-Association du genre, de l'année universitaire, de la résidence, de la satisfaction par rapport aux supérieurs et du revenu mensuel à la dépression	Les déterminants de la dépression sont d'ordre personnels, sociaux, économiques et environnementaux

-Syeda Rubaba Azim et al. -2019 -Arabie Saoudite	-Étude transversale -Aout 2016 à Mars 2017 -270	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	71%	-	Une importante détresse psychologique a été retrouvée chez les étudiants et liée surtout à des facteurs académiques
-Abdullah Murfah Al-Khani et al. -2019 -Arabie Saoudite	-Étude transversale -2018 -206	Depression Anxiety Stress Scale (DASS)	42 %	-	Une faible qualité de sommeil chez les étudiants en médecine. Cette dernière est associée à la dépression.
-Wen Zeng et al. -2019 -Chine	-Revue de littérature regroupant 10 études transversales -Période allant de 1806 et 2018 utilisant différents moteurs de recherches à des périodes différentes -30817 étudiants	-Beck Depression Inventory (BDI) - Patient Health Questionnaire-9 (PHQ9) -Self-Rating Depression Scale (SDS) -The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) -The Symptom Checklist (SCL-90)	29%	-	Haute prévalence de dépression chez les étudiants en médecine chinois. La problématique de la santé mentale chez les étudiants en médecine doit être prise au sérieux. Il faudrait des screening et des interventions de santé mentale
-Ivana Lucia Damasio Moutinho -2019 -Brésil	-Étude longitudinale pendant 2 ans (4 semestres) -2014 à 2016 -575 étudiants	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	-Semestre 1: 10.5% -Semestre 2: 14.7% -Semestre 3: 12.5% -Semestre 4: 11.5%	-	Cette étude montre la haute prévalence des désordres psychologiques des étudiants et elle pourra aider à planifier des stratégies préventives
-Mubeen Akhtar et al. -2019 -Allemagne	-Étude transversale -Septembre 2016 à Février 2017 -122 étudiants internationaux	Major Depression Inventory (MDI)	-10% dépression modérée -16% dépression sévère	En analyse multivariée : un coping réflexif était associé à un faible taux de dépression; le coping réactif et le coping suppressif étaient associés à un taux élevé de dépression	La dépression chez les étudiants en médecine internationaux doit être prise aussi en considération
-Wilson Tam et al. -2018 -Chine, Singapour et Brésil	-Revue systématique des revues systématiques et méta analyses étudiant la prévalence de la dépression -Avant Mars 2018 -162450 étudiants	Les plus utilisés: -Beck Depression Inventory (BDI) -Patient Health Questionnaire (PHQ 2, PHQ4, PHQ9) -The Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) -Zung's Self-rating Depression Scale (SDS) -Depression Anxiety Stress Scale (DASS 42 ,DASS 21)	La prévalence globale était de 27%. La région pacifique de l'ouest (18.9%) avait le taux le plus bas et l'Afrique avait le taux plus haut (40.9%)	-Une différence statistiquement significative entre les régions. La région pacifique de l'ouest (18.9%) avait le taux le plus bas et l'Afrique avait le taux plus haut (40.9%). -Les 5 facteurs les plus retrouvés sont : l'année d'étude, le genre, les problèmes personnels, les relations familiales et les problèmes associés et l'état de santé.	La dépression affecte à peu près le quart des étudiants en médecine avec un taux plus élevé chez les étudiants en médecine africains. Ceci suggère qu'il est important d'implanter des stratégies préventives pour diminuer cette prévalence.

-Farid Talih et al. -2018 -Liban	-Étude transversale -2016 -176 étudiants	Patient Health Questionnaire (PHQ 9)	23,8%	-	Haute prévalence de dépression. Il est important pour les éducateurs de comprendre les facteurs associés à la dépression et d'intervenir à ce niveau
-Gin-Gin Gan -2018 -Malaisie	-Étude transversale -2015 -149 étudiants	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	11 %	En analyse multivariée : la dépression était associée à une faible qualité de vie dans la dimension de qualité de vie psychique et environnementale	La qualité de vie des étudiants en médecine est affectée par la dépression
-Joao Moreira De Sousa et al. -2018 -Portugal	-Étude transversale -2015 -161	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	3,5 %	-	Il serait adéquat de développer des moyens de support et d'aide aux étudiants
-Joao P. Pacheco et al. -2017 -Brésil	-Revue de littérature et méta-analyse -MEDLINE de 1966 à 2016, SciELO de 1909 à 2016, LILACS de 1980 à 2016, PsycINFO de 1927 à 2016 -18015	-Beck Depression Inventory (BDI) -Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	30,6 %	Le manque de motivation, le support émotionnel et la surcharge académique étaient associés aux problèmes de santé mentale chez les étudiants en médecine	-Beaucoup de problèmes de santé mentale prévalent chez les étudiants en médecine brésiliens -Les interventions basées sur les preuves et le support social sont nécessaires pour promouvoir la santé mentale des étudiants en médecine.
-Stewart Nduard Ngasa et al. -2017 -Cameroon	-Étude transversale -Décembre 2015 à Janvier 2016 -618 étudiants	Patient Health Questionnaire (PHQ9)	-34.6%, 26.4%, 3.4%, 0.8% avaient une dépression faible, modérée, modère à sévère, sévère respectivement	En analyse multivariée : la présence de maladie chronique, les événements de vie majeurs, le genre féminin, le cycle clinique étaient associés à la dépression	Une importante prévalence de dépression chez les étudiants en médecine. Il serait judicieux de chercher des symptômes dépressifs chez la population à risque.
-Leonor Villacura -2017 -Chili	-Étude transversale -Entre Novembre 2011 et Janvier 2012 -277 étudiants	Beck Depression Inventory (BDI)	-50% ont des symptômes dépressifs -Syndrome dépressif 36.4%	-	En vue de la prévalence importante de la dépression, l'unité de psychologie pour les étudiants travaille dans la prévention et la détection des troubles mentaux chez les étudiants en médecine
-Vanessa Silva et al. -2017 -Portugal	-Étude longitudinale -4 années universitaires consécutives : 2009-2010, 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013 -238 étudiants	Beck Depression Inventory (BDI)	-La prévalence va de 12.7% à 21.5%. - 19.7% avaient un taux de taux de dépression tout le long de l'étude.	-	L'étude montre que des facteurs personnels tels que l'anxiété-trait, la raison derrière les études médicales, les relations sociales et le burnout sont des facteurs qui maintiennent la dépression.
-Arjab Adikhari et al. -2017 -Népal	-Étude transversale -De Décembre 2016 à Février 2017 -343 étudiants	Patient Health Questionnaire (PHQ9)	29,9 %	-	La dépression est prévalente chez les étudiants en médecine au Népal. Des études sur les facteurs aboutissant à cette pauvre santé mentale doivent être faites.

-Lisa S. Rothenstein et al. -2016 -Etas-Unis	-Revue systématique et méta-analyse -Publications avant le 17 Septembre 2016 -122356 : études de 43 pays différents ; les continents: Amérique, Europe, Océanie, Afrique, Moyen Orient et Asie	-Beck Depression Inventory (BDI) -Depression Anxiety Stress Scale 21 and 42 (DASS-21 and -42) -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, Criteria A and C -Derogatis Stress Profile Score (DSP) -Emotional State Questionnaire (ESQ) -General Depression Scale Short Form -General Health Questionnaire 12 and 28 (GHQ 12, GHQ 28) -Hospital Anxiety and Depression Scale Score (HADS) -Health-Related Self-Reported Scale Score (HRSRS) -Kutcher Adolescent Depression Scale -Major Depression Inventory Score (MDIS) -Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) -Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale (MMPI-DS) -Patient Health Questionnaire 9 (PHQ9) -Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME MD)	La prévalence globale était de 27.7%	-	La prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine est plus élevée par rapport à la population générale. Cela implique que des stratégies de prévention doivent être instaurées et l'accès au soin doit être augmenté pour les étudiants en médecine.
-Rohan Puthran et al. -2016 -Singapour	-Méta-analyse -Publications jusqu'à Avril 2015 -62728 étudiants des continents suivants : Amérique, Asie, Moyen Orient et Europe	Instruments standardisés non précisés	La prévalence globale était de 28%	La prévalence de la dépression diminuait de la 1ère année à la 5ème. Cette réduction était statistiquement significative.	La dépression affecte à peu près 1 étudiant sur 3. Le recours au traitement est bas (seulement 12.9%). Les facultés de médecine ainsi que les autorités de santé doivent intégrer des programmes de prévention et d'intervention auprès des étudiants en médecine.
-Amit Normal Cuttilan et al. -2016 -Singapour	-Revue systématique -Janvier 2010 à Février 2015 -13111 étudiants	-Aga Khan University (AKUADS) -Beck depression Inventory (BDI) -Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) -Influence of Studying on Students' Health (ISSH) -Self-Rating Depression Scale (SDS) -Symptoms Checklist 90 (SCL-90) -Zung Depression Scale (ZDS)	11 %	-Les étudiants précliniques étaient 1.63 fois plus favorable d'être déprimé par rapport aux étudiants cliniques. -Les étudiants qui habitaient chez soi étaient 1.33 fois plus favorables d'être déprimé par rapport aux étudiants habitant dans des résidences universitaires.	Les problèmes de santé mentale affectent un nombre significatif d'étudiants. Les étudiants précliniques et les étudiants habitant chez eux étaient plus susceptibles à la dépression. Plus de recherches doivent être dirigées dans ce sens.

-Xian-Yang Lei -2016 -Chine	-Méta-analyse -Publications entre 1995 et Décembre 2015 -32694 étudiants	-SDS= the Self-rating Depression Scale -BDI= Beck Depression Inventory -HAMD=Hamilton Depression Scale -DEQ= Depressive Experiences Questionnaire -CES-D= Center for Epidemiological Survey- Depression -SCL-90= the revised Hopkins Symptom checklist -PHQ9=Patient Health Questionnaire 9	Une prévalence globale de 23.8%	-	La dépression est prévalente chez les étudiants chinois
-Fernando Brenneisen Mayer et al. -2016 -Brésil	- Étude transversale multicentrique -Aout 2011 à Aout 2012 -1350 étudiants	Beck Depression Inventory (BDI)	41%	En analyse multivariée : l'association du sexe féminin, les études médicales dans de grandes villes et les frais de scolarité à la dépression	Une haute prévalence de dépression.
-Ricardo Coentre et al. -2016 -Portugal	- Étude transversale -2013 -Octobre 2012	Beck Depression Inventory (BDI)	6,1 %	-	La dépression et le suicide concernent un bon nombre d'étudiants en médecine. Il est donc impératif que les facultés de médecine instaurent des programmes qui promeuvent la santé mentale des étudiants en médecine
-Narushni Pillay et al. -2016 -Afrique du Sud	- Étude transversale -Période non précisée -230	Zung self-rating depression scale (Zung SDS)	-23.5% de dépression minime -60.9% de dépression modérée -15.6% de dépression sévère	Une corrélation négative statistiquement significative entre la dépression et la qualité de vie.	L'étude a retrouvé qu'il y avait une relation statistiquement significative entre l'antécédent de maladie mentale et la dépression et la maladie mentale était associée à une spiritualité basse et une non adhérence à une religion en analyse uni-variée. Les relations entre la dépression d'une part et la religion et la qualité de vie d'autre part devraient être étudiées.

-Lisa MacLean et al. -2015 -Etats-Unis	- Étude transversale -Période non précisée -385 étudiants	Patient Health Questionnaire 4 (PHQ4)	8,6 %	-	Des programmes de bien-être doivent être instaurés incluant les stratégies de coping, demander de l'aide quand besoin, le management du stress et de l'anxiété, l'automédication, les activités physiques et apprendre aux étudiants comment préparer des repas sains. L'efficacité de ces programmes doit être évaluée par la suite.
-N. Wege et al. -2015 -Allemagne	- Étude transversale -2012-2013 -592 étudiants	Patient Health Questionnaire (PHQ9)	4.7% de dépression majeure et 5.8% de symptômes dépressifs	En analyse multivariée : les difficultés financières étaient associées à une faible santé mentale	Un haut taux de troubles psychologiques chez les étudiants en médecine fraîchement intégrés à la faculté de médecine, ce qui implique la promotion de la santé mentale surtout chez les vulnérables
-Motaz B. Ibrahim -2014 -Egypte	- Étude transversale -2014 -164	Beck Depression Inventory (BDI)	43,9 %	-	Une importante détresse psychologique des étudiants en médecine. La prévalence de la détresse psychologique était plus importante chez les étudiants en médecine en comparaison avec les étudiants en pharmacie.
-Hilde Haldorsen et al. -2014 -Danemark	- Étude transversale -2006-2007 -979	From Student to Graduate (questionnaire locale)	30,5 %	En analyse multivariée : le coping était associé à la dépression	Trouver de bonnes solutions pour le bien-être des étudiants en médecine est tout aussi important que de dépister la détresse psychologique
-Valerie Hope et al. -2014 -Amérique du Nord	-Revue systématique -De 1948 à 2013	-Beck Depression Inventory (BDI) -General Health Questionnaire 12 (GHQ12) -Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Prévalence allant de 6% à 66.5% pour la dépression	-	-La détresse psychologique chez les étudiants nord-américains est substantiel -Il doit y avoir plus d'études longitudinales que transversales afin de comprendre les prédicteurs et les conséquences d'une faible santé mentale
-Benoît Vaysse -2014 -France	- Étude transversale -2012-13 -198 étudiants en 2ème année de médecine	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	3% avaient un trouble dépressif suspecté et 0,5% un trouble dépressif avéré.	-	Cette étude a permis de mettre en place une intervention de sensibilisation de deux heures auprès des étudiants. Cette intervention a le but de distribuer des auto-questionnaires de santé mentale puis échanger avec les étudiants puis diffuser les documents de prévention incluant les documents sur les structures d'aide.

-Liselotte N. Dyrbye -2014 -Etas-Unis	- Étude transversale -2011-2012 -4402 étudiants	Prime Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)	58,2 %	Les étudiants en médecine avaient un odds élevé de dépression en rapport avec les résidents et les médecins à un stage débutant de leur carrière	Une importante détresse psychologique chez les étudiants en médecine
- Coumaravelo u Saravanan et al. -2014 -Malaisie	- Étude transversale -358 -2014	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	34,9 %	En analyse multivariée : le stress a été trouvé comme un prédicteur de dépression	Les étudiants déprimés expérimentaient plus de stress
-Ogunsemi OO et al. -2013 -Nigéria	- Étude transversale -Période non précisée -137	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	14,6 %	-	L'étude retrouve des stressés académiques et non académiques. Sensibiliser les étudiants quant aux stratégies de coping serait recommandable.
-Zeynep Baykan et al. -2012 -Turquie	- Étude transversale -Période non précisée -193 étudiants	Depression Anxiety Stress Scale (DASS)	29,5 %	-	La détresse psychologique est importante chez les étudiants en médecine turques. Il y a besoin d'études avec un nombre important d'étudiants et à long terme pour avoir des résultats fiables.
-Muhammed Saiful Bahri Yusoff et al. -2012 -Malaisie	- Étude transversale -333 en 2010-11 et 506 en 2011-12	Depression Anxiety Stress Scale (DASS 21)	54.5% d'extrême anxiété	En analyse multivariée : la dépression était associée à la performance académique et la race	Le niveau de dépression est bas. Les facteurs associés à la détresse psychologique étaient des facteurs académiques, non académiques, l'éducation des parents et le background culturel.
-Paula Bertozzi De Oliveira Sousa Leao et al. -2011 -Brésil	- Étude transversale -Période non précisée -156 étudiants sur 180 étudiants en dernière année (86%)	Beck Inventory of Depression (BDI)	20 %	-	Peu d'étudiants souffrant de dépression, d'anxiété ou de faible qualité de vie demandent de l'aide, cela est dû à plusieurs facteurs qu'il est important d'identifier afin que les étudiants puissent demander de l'aide quand ils en ont besoin
Liselotte N. Drybye et al. 2011 Etats-unis	- Étude transversale -2007 -2248 étudiants	Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME MD)	46,5%	En analyse multivariée : l'association de la dépression avec les idées suicidaires et les idées de renoncement aux études	-La détresse psychologique des étudiants se manifeste par une variété de formes incluant le burnout, la dépression, le stress, une faible qualité de vie et une fatigue. - Beaucoup d'étudiants manifestent plusieurs formes de détresse psychologique en même temps -Plus le nombre de combinaisons augmentaient, plus le risque de des idées de suicide et de renoncement aux études augmentaient

-Mehmet Aktekin et al. -2001 -Turquie	-Etude prospective -1996 -196 étudiants	Beck Inventory of Depression (BDI)	-Moyenne de 6.9 (score allant de 0 à 63) -Moyenne de 11.1 (score allant de 0 à 63)	La dépression était associée à l'insatisfaction des activités sociales et l'inquiétude de l'avenir	Il y'a une différence significative de détresse psychologique entre le passage de la première année à la deuxième année de médecine avec un taux de détresse psychologique plus important en 2 ^{ème} année. Les activités sociales pourraient jouer un rôle dans cette différence.
-Thomas H. Mosley et al. -1994 -Etats-unis	- Étude transversale -1992-93 -69 étudiants en 3 ^{ème} année de médecine	Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale (CES-D)	23 %	Les stratégies de coping d'engagement étaient associées négativement à la dépression. Les stratégies de coping de désengagement étaient associées positivement à la dépression.	Le coping contribue de manière significative à la variance du stress et de la dépression. Le coping était un facteur prédictif de ces détresses psychologiques.

4. Le burnout

Nom du premier auteur, année de publication, pays	Design de l'étude (type d'étude, période, échantillon)	Instruments de mesure	Prévalence	Résultats	Conclusion des auteurs
-Ariel Frajerman et al. -2019 -Plusieurs pays (Oman, Arabie Saoudite, Brésil, Mexique, Etats-unis, Royaume Uni, Australie, Liban, Espagne, Nouvelle Zélande, Israël, Pakistan, Roumanie, Corée du Sued, Pays bas, les Caraïbes)	-Revue systématique et méta-analyse -Entre 2010 et 2017 -17431 étudiants (24 études)	-Maslash Burnout Inventory (MBI) -Copenhague Burnout Inventory (CBI)	44.2%	-Une séparation par groupement géographique a été faite afin de comparer les taux de burnout (il n'y avait aucune étude africaine valable). L'Océanie et le Moyen Orient avaient les taux de burnout les plus importants par rapport à l'Europe, l'Amérique du Sud et Central. Cette différence était statistiquement significative. -Le genre n'avait aucun effet sur le burnout.	Un taux de burnout important, approximativement un étudiant sur 2 souffre de burnout

-Andrew Mododyski et al. -2019 -Portugal	-Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -622	Oldenburg	-81% désengagement -89% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Andrew Mododyski et al. -2019 -Inde	-Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -597	Oldenburg	-88% désengagement -81% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Andrew Mododyski et al. -2019 -Jordanie	-Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -479	Oldenburg	-87% désengagement -91% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Andrew Mododyski et al. -2019 -Italie	-Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -360	Oldenburg	-79% désengagement -84% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Andrew Mododyski et al. -2019 -Pays de Galles	-Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -266	Oldenburg	-84% désengagement -87% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Andrew Mododyski et al. -2019 -Nouvelle Zélande	-Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -220	Oldenburg	-68% désengagement -77% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins

-Andrew Mododyski et al. -2019 -Paraguay	-Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -180	Oldenburg	-61% désengagement -99% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Andrew Mododyski et al. -2019 -Brésil	-Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -129	Oldenburg	-82% désengagement -88% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Andrew Mododyski et al. -2019 -Hong Kong	-Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -123	Oldenburg	-95% désengagement -95% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Andrew Mododyski et al. -2019 -Angleterre	- Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -84	Oldenburg	-82% désengagement -85% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Andrew Mododyski et al. -2019 -Canada	- Étude transversale dans le cadre d'une étude multicentrique dans 12 pays -Entre Février et Juin 2019 -69	Oldenburg	-64% désengagement -70% d'épuisement	-	La détresse psychologique des étudiants en médecine est inquiétante. Il est impératif de trouver des solutions surtout que toute société a besoin de ses médecins
-Yohannes Gebreegziabher Haile et al. -2019 -Ethiopie	-Étude transversale -2017 -151 étudiants	Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey (MBIHSS) questionnaire	Un taux de burnout à 34% avec 61,8% d'épuisement émotionnel, 47,5% de dépersonnalisation et 59,7% de bas accomplissement personnel.	En analyse multivariée : l'insatisfaction par rapport à leur éducation, leur enseignants à l'hôpital et un support social modéré ont été retrouvés comme facteurs associés au burnout.	Une haute prévalence du burnout chez leur étudiants en médecine -L'insatisfaction des cours comme prédateur important du burnout. Ce qui implique une intervention de la part de la Faculté de Médecine.

-Farid Talih et al. -2018 -Liban	- Étude transversale -2016 -176 étudiants	Maslach Burnout Inventory (MBI)	43%	En analyse multivariée : 7 variables associées à l'augmentation de la probabilité d'avoir un burnout : le genre masculin, le fait de ne pas vivre avec les parents, avoir expérimenté un événement de vie négatif durant l'année passée, dormir moins de 6h par jour, le fait d'avoir des idées suicidaires actuelles, la consommation de café, l'auto prescription de psychotropes, être en 4ème année médecine versus la 1ère année médecine.	Haute prévalence de burnout. Il est important pour les éducateurs de comprendre les facteurs associés au burnout et d'intervenir à ce niveau
-Robson Apracido dos Santos Boni et al. -2018 -Brésil	- Étude transversale -2018 -265 étudiants	Burnout Inventory Student Survey (MBI-SS)	-70,6% haut niveau d'épuisement émotionnel -52,8% haut niveau de cynisme -48,7% bas niveau d'efficacité académique. -44,9% de burnout global selon le critère bi dimensionnel -26,4% de burnout global selon le critère tri dimensionnel	En analyse multivariée : les attributs personnels (une bonne perception de sa santé, l'optimisme); les attributs académiques (la motivation pour les études, une routine d'étude non exhaustive) étaient des facteurs qui diminuent la chance de développer un burnout.	-Une haute prévalence du burnout chez leur étudiants en médecine -Le burnout des étudiants a plusieurs origines. -Établir des mesures préventives chez les étudiants en première année focalisées sur le développement des attributs personnels (optimisme, motivation, empathie)
-Hongchun Liu et al. -2018 -Chine	-Étude transversale -2016 -453 étudiants	-Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) -UTRECHT Work Engagement Scale-Students (UWES-S)	Moyenne (Déviation Standard) du MBI-SS : -Épuisement émotionnel 2,34 (1,64) -Cynisme 2,34 (1,64) -Efficacité académique 3,04 (1,30) —> A peu près 1 étudiant sur 11 a expérimenté un haut niveau de risque de Burnout	En analyse multivariée : association entre le burnout et un haut risque d'en faire avec un taux bas d'engagement dans les études. Le burnout est associé au niveau d'étude, plus le niveau d'étude augmente, plus le burnout et le risque de burnout augmente.	Une haute prévalence du burnout chez les étudiants en médecine -Les étudiants à des années avancées ont plus de risque de faire un burnout ou d'être en burnout et d'avoir un taux d'engagement dans les études plus bas. Ces étudiants doivent donc bénéficier de ressources telles que la relaxation ou de la pleine conscience
-Wang Michael Chunming et al. -2017 -Chine	-Revue de littérature -Entre 1 Janvier 1989 et 31 Juillet 2016	-Maslach Burnout Inventory (MBI): MBI-GS, MBI-SS, MBI-HSS -LRS, Ni et al. 2009 Burnout Scale	-	-Les facteurs environnementaux et le support social seraient des déterminants du burnout. -Des taux de burnout plus importants chez les garçons, les étudiants avancés dans leur étude et ceux qui ont déjà expérimentés un fonctionnement psychologique pauvre.	-La revue de littérature a montré que le burnout est un problème chez les étudiants en médecine -Le besoin en articles qui explorent les facteurs contextuels et sociaux pour pouvoir intervenir efficacement

-Joao P. Pacheco et al. -2017 -Brésil	-Revue de littérature et méta-analyse -MEDLINE de 1966 à 2016, SciELO de 1909 à 2016, LILACS de 1980 à 2016, PsycINFO de 1927 à 2016 -18015	Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)	13,1 %	Le manque de motivation, le support émotionnel et la surcharge académique étaient associés aux problèmes de santé mentale chez les étudiants en médecine	-Beaucoup de problèmes de santé mentale prévalent chez les étudiants en médecine brésiliens -Les interventions basées sur les preuves et le support social sont nécessaires pour promouvoir la santé mentale des étudiants en médecine.
-Liselotte N. Dyrbye -2014 -États-Unis	-Étude transversale -4402 étudiants -2011-2012	Maslach Burnout Inventory (MBI)	-Épuisement émotionnel : haut niveau (44,6%) ;niveau intermédiaire (28%); bas niveau (27,4%) Dépersonnalisation: haut niveau (37,9%), niveau intermédiaire (24,5%), bas niveau (37,5%) -Accomplissement personnel: haut niveau (31,3%, niveau intermédiaire (35,8%), bas niveau (35,8%)	-	Le burnout est plus prévalent chez les étudiants en médecine que la population générale
-Waguih IsHak et al. -2013	Revue de littérature de 1974 à 2011	Maslach Burnout Inventory (MBI)	Une prévalence entre 45% et 71% rapportée dans 9 études.	Une association entre le burnout et les idées suicidaires ainsi que les troubles psychiatriques.	-Le burnout est prévalent chez les étudiants en médecine -Le burnout pourrait persister après les études médicales -Le burnout constitue un challenge du bien-être des étudiants nécessitant une conscience et une compréhension de ce phénomène chez les étudiants en médecine et impliquant des interventions génératrices de bien-être
Morteza Charkhabi et al. 2013 Iran	-Etude transversale -Période non déterminée -233 étudiants	-Academic burnout scale -Quality of learning experience scale (ressources d'étude, contenu académique et la guidance, la flexibilité d'apprentissage, la qualité des relations entre étudiants et professeurs) -General self-efficacy scale	-	-Corrélation négative entre le burnout académique et l'auto-efficacité (la croyance qu'un individu en sa capacité à réaliser une tâche) -Corrélation négative entre le burnout académique et la qualité de l'expérience d'apprentissage (perception des étudiants de leur expérience estudiantine antérieure)	-Les professeurs peuvent aider à construire le sentiment d'auto-efficacité chez les étudiants par l'attribution de tâches qui renforceront l'accomplissement personnel —> effet indirect sur le burnout académique -La faculté doit s'équiper en ressources d'étude suffisantes (bibliothèques, ordinateurs) ainsi que la création d'un climat amical entre les étudiants et les professeurs augmenterait la qualité de l'expérience d'apprentissage —> effet indirect sur le burnout

-Liselotte N. Drybye et al. -2011 -Etats-unis	-Etude transversale -2007 -2248 étudiants	Maslach Burnout Inventory (MBI)	49,6%	En analyse multivariée : l'association du burnout avec les idées suicidaires et les idées de renoncement aux études	-La détresse psychologique des étudiants se manifeste par une variété de formes incluant le burnout, la dépression, le stress, une faible qualité de vie et une fatigue. -La plupart des étudiants ont manifesté plus d'une manifestation de détresse psychologique avec beaucoup d'étudiants manifestant plusieurs formes de détresse psychologique en même temps
-Liselotte N. Drybye et al. -2009 -États-Unis	-Étude transversale -2006 -1701 étudiants	Maslach Burnout Inventory (MBI)	-	En analyse multivariée : les caractéristiques personnelles, l'environnement éducatif et les événements de vie sont associés au burnout	La satisfaction des étudiants de leur environnement académique est un facteur critique dans le bien-être des étudiants
-Liselotte N. Drybye et al. -2008 -États-Unis	-Étude transversale en 2007 et étude longitudinale en 2006 et 2007. -2248 étudiants	Maslach Burnout Inventory (MBI)	49,6 %	En analyse multivariée : burnout et idées suicidaires sont associés	-Une haute prévalence d'idées suicidaires chez les étudiants en médecine. -Le burnout est un important prédicteur des idées suicidaires.
-Liselotte N. Drybye et al. -2006 -Etats-Unis	- Étude transversale multicentrique -Avril 2004 -545 étudiants	Maslach Burnout Inventory (MBI)	45%	En analyse multivariée : le genre féminin, les années d'étude supérieures, les événements de vie négatifs ainsi que leur nombre étaient associés au burnout	Le burnout est commun et pourrait augmenter au fil des années. Malgré qu'il soit en premier associé au travail, il apparaît que les événements de vie négatifs ont une importante relation avec le burnout.
-E Guthrie et al. -1998 -Angleterre	-Étude longitudinale sur 5 ans chez la même population estudiantine en évolution dans leur cursus -Période non précisée -172 étudiants en 1 ^{ère} année, 157 en 4 ^{ème} année, 167 en 5 ^{ème} année	Maslach Burnout Inventory (MBI)	-1 ^{ère} année: haut score d'épuisement émotionnel (5,2%); score de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel sans réponses (en vue de l'année estudiantine) -4 ^{ème} année: haut score d'épuisement émotionnel (15%); haut score de dépersonnalisation (6%); haut score d'accomplissement personnel (22%) -5 ^{ème} année: Haut score d'épuisement émotionnel (20%); haut score de dépersonnalisation (11%); haut score d'accomplissement personnel (25%)	-	A leur admission, peu d'étudiants en médecine sont en détresse psychologique et peuvent le rester durant les études médicales. Ceci implique qu'il faut faire un profil psychologique des étudiants pour identifier ceux qui seraient incapables de gérer une carrière médicale.

5. La qualité de vie

Nom du premier auteur , année de publication, pays	Design de l'étude (type d'étude, période, échantillon)	Instruments de mesure	Prévalence ou moyenne	Résultats	Conclusion des auteurs
-Ana C.Solis -2019 -Brésil	-Revue systématique et méta-analyse -Aucune restriction en terme d'année de publication; recherche faite en Août 2018 -3402 étudiants brésiliens	-World Health Organisation Quality Of Life- brief (WHOQOL brief) -World Health Organisation Quality Of Life- (WHOQOL) -SF36 (Short Form 36)	-	Les prédicteurs positifs : -Démographique : le genre masculin -Académiques : une perception positive de l'environnement éducatif, efficacité académique, accomplissement. -Psychologique: résilience, l'accomplissement personnel, l'empathie. -Physiologique: temps de loisir, l'activité physique, l'image du corps, satisfaction. Les prédicteurs négatifs : -Démographiques : le genre féminin, classe économique, le quota étudiant, les dettes estudiantines, être à distance de chez-soi. -Académiques : 3ème et 6ème année. -Psychologiques: symptômes dépressifs, burnout, cynisme, l'épuisement émotionnel, dépersonnalisation, détresse psychologique, symptômes psychiatriques. -Physiologiques : maladie chronique, indice de masse corporelle, problèmes de sommeil, les céphalées.	Les étudiantes ont une qualité de vie moins bonnes que les étudiants en termes de qualité de vie physique et psychologique. Cela implique des interventions spécifiques.
-Ivana Lucia Damasio Moutinho -2019 -Brésil	- Étude longitudinale pendant 2 ans (4 semestres) -2014 à 2016 -575 étudiants	World Health Organisation Quality Of Life Bref (WHOQOL bref)	Moyennes : -Domaine physique : 3.5 -Domaine psychologique : 3.0 -Domaine des relations sociales : 3.8 -Domaine environnemental : 3.5	En analyse multivariée : la dépression, l'anxiété, le stress, avoir un faible revenu, le genre féminin, les premières années de médecine étaient associés à une faible qualité de vie.	Cette étude montre la haute prévalence des désordres psychologiques des étudiants et elle pourra aider à planifier des stratégies préventives
-Saurav Biswas et al. -2018 -Inde	-Étude transversale -Période non précisée -349 étudiants	Short Form 36 (SF 36)	Moyennes : -Domaine d'activité physique : 49.06 -Domaine physique : 46.83 -Douleur physique : 51.09 -Santé générale : 51.88 -Vitalité :54.43 -Activités sociales :45.70 -Domaine émotionnel :42.86 -Domaine de santé mentale : 46.41 -Score agrégé de qualité de vie physique : 51.06 -Score agrégé de qualité de vie psychologique : 45.33	-	-Une qualité de vie retrouvée moyenne chez les étudiants en médecine. -Les filles ont des scores de qualité de vie moindre que les garçons. Il serait important d'instaurer des mesures pour améliorer la qualité de vie des étudiants surtout auprès des étudiantes.

-Erin E.Ayala -2018 -Etats-unis	-Étude transversale -Décembre 2015-Mars 2016 -871 étudiants	World Health Organisation Quality Of Life- brief (WHOQOL-brief)	-Score agrégé de la qualité de vie physique : 55.68 ± 12.11 -Score agrégé de la qualité de vie psychologique : 62.23 ± 12.11 (scores allant de 0 à 100, les scores hauts signifiant une meilleure qualité de vie)	En analyse multivariée : -L'engagement dans le fait de prendre soin de soi est associé à la qualité de vie physique et psychologique. Plus le self-care est important, meilleur est la qualité de vie. -Le stress et la qualité de vie sont statistiquement associés, plus le stress est grand, moins bonne est la qualité de vie.	-L'étude suggère que le self-care diminue le stress, améliore la qualité de vie et améliore probablement aussi la résilience. Il serait donc judicieux d'investir dans des activités de self-care.
-Gin-Gin Gan -2018 -Malaisie	-Étude transversale -2015 -149 étudiants	World Health Organisation Quality Of Life- brief (WHOQOL-brief)	-Domaine physique de qualité de vie : 70.58 ± 12.98 -Qualité de vie psychologique : 68.21 ± 13.06 -Qualité de vie sociale : 66.07 ± 15.19 -Qualité de vie environnementale 67.06 ± 12.81 (Scores allant de 0 à 100, les scores hauts signifiant une meilleure qualité de vie)	En analyse multivariée : -La dépression était associée à une faible qualité de vie dans la dimension de qualité de vie psychique et environnementale -L'anxiété était associée à une faible qualité de vie dans la dimension de qualité de vie psychique, sociale et environnementale	La qualité de vie des étudiants en médecine est affectée par la dépression et l'anxiété
-G. Messina et al. -2016 -Italie	-Étude transversale menée sur 10 ans -2005-2015 -1104 étudiants de première année de 10 promotions	Short-Form 36 (SF36)	Moyennes de qualité de vie chez le genre masculin : -Domaine d'activité physique : 96.95 -Domaine physique : 85.86 -Douleur physique : 80.87 -Santé générale : 74.12 -Vitalité : 61.36 -Activités sociales : 73.32 -Domaine émotionnel : 61.86 -Domaine de santé mentale : 71.13 Moyennes de qualité de vie chez le genre féminin : -Domaine d'activité physique : 96.03 -Domaine physique : 84.05 -Douleur physique : 76.16 -Santé générale : 72.2 -Vitalité : 58.05 -Activités sociales : 67.7 -Domaine émotionnel : 55.5 -Domaine de santé mentale : 66.7		-Les scores de qualité de vie étaient plus bas chez les étudiants en médecine en comparaison avec la population générale du même âge. Cela confirme la problématique de la santé mentale des étudiants en médecine.

-Mohammed Heidari -2013 -Iran	- Étude transversale -Mars-Avril 2010 -242 étudiants	World Health Organisation Quality Of Life- (WHOQOL); pour chaque domaine score allant de 4 à 20 (plus le score est haut, plus la qualité de vie est meilleure)	Moyennes des différents domaines : -Domaine de la qualité de vie physique : Genre féminin : 13.73, genre masculin 13.21 -Domaine de la qualité de vie psychologique : genre féminin : 13.73, genre masculin 13.87 -Domaine des relations sociales : genre féminin : 14.31, genre masculin 13.41 -Domaine environnemental : genre féminin : 13.29, genre masculin : 13.05	En analyse multivariée : -Le domaine de la qualité de vie physique est associé au niveau éducationnel du père -Le domaine de la qualité de vie psychologique est associé à l'année d'étude -Le domaine des relations sociales est associé au niveau éducationnel de la mère -Le domaine environnemental est associé à l'âge	Une qualité de vie moyenne est retrouvée chez les étudiants en médecine. Il serait intéressant de faire des études qualitatives en ce qui concerne la qualité de vie puisqu'il s'agit d'un sentiment subjectif
-Arsia Jamali -2013 -Iran	-Étude transversale -Période non précisée -1086 étudiants	Short Form 36 Health Survey (SF 36)	Moyennes : -Domaine d'activité physique : 85.65 -Domaine physique : 67.49 -Douleur physique : 72.22 -Santé générale : 64.70 -Vitalité : 52.95 -Activités sociales : 68.49 -Domaine émotionnel : 55.77 -Domaine de santé mentale : 63.82 -Score agrégé de santé physique : 72.54 -Score agrégé de santé psychique : 60.26	En analyse multivariée : -Le genre masculin, vivre avec la famille par rapport à une résidence universitaire, la participation dans des activités physiques quotidiennes sont des facteurs statistiquement associés à un plus haut score de qualité de vie physique. -Être en année universitaire clinique par rapport à l'année universitaire théorique était associé à un plus bas score de qualité de vie physique. -Le genre masculin, vivre avec la famille par rapport à une résidence universitaire, la participation dans des activités physiques et être un membre d'une association étaient des facteurs statistiquement associés à un plus haut score de qualité de vie psychique. -Être en année universitaire clinique par rapport à l'année universitaire théorique était associé à un plus bas score de qualité de vie psychique.	-Cette étude montre que les étudiants en phase clinique avaient une moins bonne qualité de vie que les étudiants en phase théorique. -L'engagement social est associé à un score plus haut de qualité de vie. -Des études futures devraient étudier l'efficacité des interventions, celles de la connaissance de soi ainsi qu'encourager les étudiants à être engagés dans des associations et dans des activités physiques.
-Marcus A. Henning et al. -2012 -Nouvelle Zélande	-Etude transversale -Période non précisée -274 étudiants	World Health Organisation Quality Of Life- brief (WHOQOL-brief)	Moyennes : -Domaine physique : 71.74 -Domaine psychologique : 65.20 -Domaine de relations sociales : 68.95 -Domaine environnemental : 68.66	-En comparaison avec des étudiants en dehors de la filière médicale, les étudiants en médecine avaient la même qualité de vie sauf dans le domaine environnemental ou la qualité de vie était meilleure chez les étudiants en médecine. -En comparaison avec la population générale, les étudiants en médecine avaient une moins bonne qualité de vie.	-La qualité de vie est moins bonne chez les étudiants de manière générale en comparaison avec la population générale. -La qualité de vie des étudiants en médecine était équivalente à la qualité de vie des étudiants qui ne sont pas dans la filière médicale.
-Patricia Tempiski et al. -2012 -Brésil	-Etude qualitative -Période non précisée -56 étudiants	Entretien focalisé utilisant des questions structurées et ouvertes sur la qualité de vie, ses facteurs ainsi que les stratégies de coping	-	Facteurs déclinant la qualité de vie : -Académiques : compétition, professeurs non préparés, programme chargé d'étude, dévotion excessive aux études, frustration et l'insécurité face au futur, souffrance et mort des patients -Sociales : manque de temps de loisir Facteurs améliorant la qualité de vie : -Académiques : bons professeurs, bonne approche didactique, méthodologies actives d'apprentissage, management du temps efficient -Sociales : relations sociales significatives avec la famille, les amis et les professeurs.	-La qualité des professeurs, du curriculum, un style de vie sain associé à des habitudes alimentaires, de sommeil et d'activités physiques modifient la qualité de vie des étudiants en médecine. -Le manque de temps dû aux obligations académiques est un facteur majeur. -Les étudiants ont conscience que l'expérience des études médicales façonne leur qualité de vie mais comprennent qu'elle est partie intégrante de processus de devenir médecin.

-Liselotte N. Drybye et al. -2011 -États-Unis	-Étude transversale -2007 -2248 étudiants	Medical Outcomes Study Short Form (SF-8)	41,3% de faible qualité de vie mentale, 22,3% de faible qualité de vie physique	En analyse multivariée : l'association d'une faible qualité de vie avec les idées suicidaires et les idées de renoncement aux études	-La détresse psychologique des étudiants se manifeste par une variété de formes incluant le burnout, la dépression, le stress, une faible qualité de vie et une fatigue. -La plupart des étudiants ont manifesté plus d'une manifestation de détresse psychologique avec beaucoup d'étudiants manifestant plusieurs formes de détresse psychologique en même temps -Plus le nombre de combinaisons augmentaient, plus le risque d'idées de suicide et de renoncement aux études augmentaient
-Paula Bertozzi De Oliveira Sousa Leao et al. -2011 -Brésil	-Étude transversale -Période non précisée -156 étudiants sur 180 étudiants en dernière année (86%)	World Health Organisation Quality Of Life- brief (WHOQOL-brief)	68% bonne qualité de vie	-	Seulement peu d'étudiants souffrant de dépression, d'anxiété ou de faible qualité de vie demandent de l'aide, cela est dû à plusieurs facteurs qu'il est important d'identifier afin que les étudiants puissent demander de l'aide quand ils en ont besoin
-Marcus A. Henning et al. -2011 -Nouvelle Zélande	- Étude transversale -2009 -97 asiatiques, 99 européens	World Health Organisation Quality Of Life- brief (WHOQOL-brief)	Étudiants asiatiques : -Domaine physique : 69 -Domaine psychologique : 61.44 -Domaine social : 60.13 -Domaine environnemental : 66.05 Étudiants européens : -Domaine physique : 74.10 -Domaine psychologique : 67.30 -Domaine social : 72.31 -Domaine environnemental : 70.99	-Seul le domaine social a montré une différence statistiquement significative entre les étudiants asiatiques et européens -Chez les étudiants internationaux, il a été trouvé une corrélation positive entre tous les domaines de qualité de vie d'une part et l'efficacité, la valeur intrinsèque, l'auto-régulation, les stratégies cognitives d'autre part et une corrélation négative entre tous les domaines de la qualité de vie d'une part et l'anxiété-trait d'autre part. -Chez les étudiants locaux, il a été trouvé une corrélation significative seulement dans certains domaines de la qualité de vie : physique et psychologique et l'efficacité (corrélation positive); entre le domaine physique et la valeur intrinsèque (corrélation positive); entre le domaine psychologique et l'anxiété-trait (corrélation négative); entre le domaine environnemental et l'anxiété-trait (corrélation négative).	-Il y a une différence entre les asiatiques et les européens à développer des relations sociales. -Les internationaux sont plus à risque que les locaux en termes de qualité de vie et de motivation à étudier. -Il y a une forte évidence qui suggère que les étudiants internationaux qui ont un problème avec l'efficacité, l'anxiété-trait et les valeurs intrinsèques luttent dans tous les domaines de la qualité de vie.

-Helena B M S Paro et al. -2010 -Brésil	- Étude transversale -2006-2007 -352	Short Form (SF-36)	Médiane (25-75 percentile) Score agrégé physique : -1ère année : 54.6 (51.3- 57.8) -2ème année : 55.4 (53.1- 59.0) -3ème année : 54.1 (48.9- 58.2) -4ème année : 53.3 (48.7- 57.7) -5ème année : 55.1 (50.7- 58.2) -6ème année : 55.5 (52.2- 58.7) Score agrégé mental : -1ère année : 48.5 (36.5- 54.4) -2ème année : 45.5 (36.2- 52.3) -3ème année : 39.1 (25.2- 46.9) -4ème année : 39.3 (29.7- 50.2) -5ème année : 46.1 (33.7- 54.2) -6ème année : 41.9 (28.1- 51.2)	-Il y avait une différence statistiquement significative entre les étudiants déprimés et non déprimés en termes de qualité de vie, ainsi les étudiants déprimés avaient des scores de qualité de vie plus bas. -Il y avait une différence statistiquement significative entre le genre féminin et masculin en termes de qualité de vie, ainsi les filles avaient des scores de qualité de vie plus bas. -Les étudiants de 3ème avaient des scores de qualité de vie plus bas (différence statistiquement significative par rapport aux autres années)	Les filles, les 3èmes années et les étudiants déprimés avaient des scores de qualité de vie plus bas.
-Liselotte N. Drybye et al. -2006 -Etats-Unis	-Etude transversale multicentrique -Avril 2004 -545 étudiants	Short Form 8 (SF8)	-Score agrégé de la qualité de vie physique : 53.3 ± 7.43 -Score agrégé de la qualité de vie psychologique : 43.7 ± 10.72 (scores allant de 0 à 100, les scores hauts signifiant une meilleure qualité de vie)	En analyse multivariée : le nombre d'événements de vie négatifs les 12 derniers mois était associé à la qualité de vie.	Les éducateurs devraient être conscients de la prévalence de la détresse psychologique personnelle et professionnelle et la fréquence des événements de vie négatifs ainsi que leur relation avec la détresse psychologique des étudiants en médecine.

II- Commentaires libres

Commentaire n°1 : âge : 24 ; sexe : M ;année d'étude : 7

Tu es la meilleure.

Commentaire n°2 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Il est à savoir que les études en médecine m'ont complètement changé. J'ai plusieurs fois eu envie de ne pas exister je me suis souvent dit que je n'étais pas forte et que je faisais honte à mon entourage avant j'étais tout le contraire. Sinon bon courage pour ta thèse.

Commentaire n°3 : âge : 25 ; sexe : F ;année d'étude : 7

J'ai fait une bouffée délirante aigue en 5ème année. Actuellement avec le stress ça a évolué vers un trouble bipolaire malheureusement.

Commentaire n°4: âge : 26 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Bon courage.

Commentaire n°5 : âge : 25 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Je ne regrette pas d'avoir fait médecine, j'aime bien le côté scientifique de la chose, et bien que la formation soit loin d'être idéale, dans notre contexte c'est plutôt les circonstances de travail que je trouve négatives.

Cependant je pense avoir réussi à équilibrer entre études et autres côtés de la vie, raison pour laquelle je ne me suis jamais senti débordé ou déprimé à cause de la médecine.

Commentaire n°6 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

J'aurais refait médecine pas au Maroc mais dans un autre pays.

Commentaire n°7: âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Bon courage ! Je vous souhaite une belle vie professionnelle. Excellent choix de sujet BRAVO !

Commentaire n°8 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 6

Ne pas refaire médecine au Maroc mais refaire médecine ailleurs. La politique actuelle concernant les études de médecine, le manque de communication, de considération, de concertation, le fait d'être constamment dans le flou me stressent quotidiennement, au point de regretter un choix qui devait me permettre de réaliser un rêve. Je tiens tout de même à saluer le comportement de certains professeurs qui m'ont permis de garder foi en cette profession, bien qu'ils ne représentent qu'une infime minorité.

Commentaire n°9 : âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Merci.

Commentaire n°10 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Refaire médecine mais pas dans les mêmes conditions.

Commentaire n°11 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 6

Si c'était à refaire, je referais médecine mais avec la connaissance émotionnelle actuelle, en prenant en considération le fait de ne pas trop s'attarder sur l'échec ou le stress.

Commentaire n°12: âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 6

Ne pas refaire médecine au Maroc pour la simple raison que c'est un très mauvais choix.

Commentaire n°13 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Comme le dit la religion : " il se peut que vous ayez de l'aversion pour une chose alors qu'elle vous est un bien. Et il se peut que vous aimiez une chose alors qu'elle vous est mauvaise ». On dit que la religion en soit est une thérapie.

Commentaire n°14 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Je regrette d'avoir choisi la médecine et surtout au Maroc, pourtant je pense que si j'ai une

deuxième chance je vais refaire la même erreur en choisissant médecine par amour à ce métier malheureusement.

Commentaire n° 15 : âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude : 2

Questionnaire très long, ça m'a fatigué.

Commentaire n°16 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Belle initiative, bon courage !

Commentaire n°17 : âge :24 ; sexe : M ;année d'étude : 5

Peut-être faire médecine mais pas au Maroc.

Commentaire n°18 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Bon courage dans votre thèse.

Commentaire n° 19: âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 3

Refaire médecine mais pas au Maroc et ne pas faire autre chose que la médecine et même si c'était le cas, ça serait pas au Maroc.

Commentaire n°20 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 1

Très bon sujet de thèse, bonne chance !

Commentaire n°21 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Le système d'étude m'a dégouté des études médicales.

Commentaire n° 22: âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Il faut prendre en considération les conditions actuelles et le problème de privatisation qui démotive la majorité.

Commentaire n° 23: âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

La médecine en elle-même est la 8ème merveille du monde, ce sont les bonnes conditions qui manquent.

Commentaire n° 24: âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 1

Ce test m'a fait découvrir des choses sur ma santé mentale. Merci pour ça.

Commentaire n°25 : âge : 25 ; sexe : F ;année d'étude : 4

On est tous des malades ambulants.

Commentaire n°26 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Je pensais que faire la médecine allait m'aider à avancer, mais ça n'a fait que me détruire.

Commentaire n°27 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 2

Je ne sais plus ce que je veux de ce que je déteste, presque tout est noir.

Commentaire n°28 : âge : 21 ; sexe : M ;année d'étude : 4

Refaire médecine mais pas au Maroc.

Commentaire n°29 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Cette nouvelle réforme est notre seul souci pour l'instant, notre avenir n'est pas clair et on a aucune visibilité. La formation que nous recevons est nulle, il n'y a aucun suivi ni de salles de simulation contrairement aux facultés privées. On nous ment en disant que l'état paye pour nos études environs 100000 dhs par an mais ce n'est pas vrai. La majorité des cours sont ennuyants car les professeurs ne font pas d'effort pour nous expliquer comme il faut les cours, ce qui nous démotive et par conséquent on n'assiste plus aux cours magistraux. D'autant plus que la majorité des travaux pratiques ne sont pas intéressants et ne rajoutent pas grand chose à nos connaissances vu la manière dont ils sont faits. Rajoutons à ceci la quantité d'informations que nous devons apprendre. Je pense qu'il est nécessaire de corriger ce système d'études défaillant, car ce n'est que le pauvre étudiant qui en est victime.

Commentaire n°30 : âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude : 1

J'aime la médecine.

Commentaire n°31 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 3

Le stress et la peur d'échouer ont un impact négatif sur ma santé physique, j'ai un manque d'appétit et un manque d'énergie et sur ma santé mentale, ça a influencé ma confiance en soi et mes études. Malheureusement je n'arrive pas à contrôler cet impact négatif.

Commentaire n°32 : âge : 27 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Refaire médecine, mais peut être ailleurs et je ne ferais pas les mêmes erreurs, j'espère.

Commentaire n°33 : âge : 22 ; sexe : M ;année d'étude : 4

C'est dur mais les choses dures en valent la peine.

Commentaire n° 34: âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 5

Questionnaire très long qui est en lui-même origine de stress.

Commentaire n°35 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 2

Je n'ai pas plus d'amour pour la médecine que pour d'autres occupations, mais il faut bien faire et assumer ses choix dans la vie.

Commentaire n°36 : âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 1

Excellent questionnaire et sujet intéressant.

Commentaire n°37 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 4

La médecine est la fatigue éternelle.

Commentaire n°38 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Merci.

Commentaire n°39 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Refaire médecine mais sûrement pas au Maroc.

Commentaire n°40 : âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 1

La plupart de mon stress quant à mes études est causé par le gouvernement qui a limité les opportunités pour la spécialisation. D'ailleurs j'ai abandonné l'ingénierie que pour la chirurgie.

Commentaire n°41 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 2

Si j'avais l'occasion de mener un autre parcours à part la médecine, ce serait impossible que je choisisse une deuxième fois médecine, c'est un suicide. Bonne chance.

Commentaire n°42 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Merci beaucoup.

Commentaire n°43 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Bonne chance.

Commentaire n°44: âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Merci pour ton effort, c'est important et rassurant de voir qu'enfin quelqu'un s'intéresse à ce sujet de santé mentale des étudiants en médecine qui peut bien détruire des vies par la suite. Merci encore une fois et bon courage.

Commentaire n°45 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

J'aurai fait médecine dans un pays autre que le Maroc.

Commentaire n°46 : âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 2

C'est un très bon questionnaire, personnellement je ne regrette rien dans mon parcours en médecine jusqu'à présent, j'y trouve un très grand plaisir ! Certes, les cours sont présentés de façon monotone et c'est rare de trouver un professeur qui présente sa matière de façon intéressante, toutefois, la médecine c'est mon grand amour ! J'ai besoin que de Google pour tout comprendre !! Les problèmes dont je souffre sont généralement familiaux ! Je te souhaite

bonne chance pour ton projet.

Commentaire n° 47: âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Si c'était à refaire, je referai médecine mais pas au Maroc.

Commentaire n°48 : âge : 22 ; sexe : M ;année d'étude : 5

Ce qui m'inquiète le plus c'est la qualité de la formation que ce soit les cours magistraux ou les stages. La non prise en charge des étudiants , le je-m'en-foutisme des profs, l'assurance financière, l'avenir flou...

Commentaire n°49: âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Merci.

Commentaire n°50 : âge : 25 ; sexe : F ;année d'étude : 3

L'étude en médecine a détruit ma santé mentale, je ne peux plus être épanouie dans ma vie.

Commentaire n° 51: âge : 17 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Bon courage !

Commentaire n° 52: âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

On a vraiment besoin d'aide ou c'est juste moi qui en a besoin. J'espère juste que tout ça t'aidera et que tu pourras trouver certaines solutions pour au moins aider d'autres personnes.

Bonne chance et merci.

Commentaire n°53 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Les études en médecine sont très lourdes: un programme d'étude évoluant de tous les côtés et on a pas toujours la force de travailler une fois à la maison alors chaque jour de repos devient donc des heures de travail en plus. Une cause de stress supplémentaire est l'approche des examens.

Commentaire n°54 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

J'aimerais autant qu'étudiante que la formation se focalise sur l'étudiant et sur la formation à une carrière et non pas à réussir des examens et qu'on prenne en compte la délicatesse de notre formation et sa particularité . En dehors de ça je suis intéressée par la recherche médicale et je vois que autant étudiant universitaire on a le droit à des formation sur la méthodologie de recherche et de publication scientifique et qu'on insiste sur la déontologie et le droit médical que nous ignorons ce qui fait qu'on soit perdu dans les stages par rapport à notre statut , les actes qu'on peut faire , et à notre relation avec les patients . En plus de ça on se sent marginalisé et nos avis non pris en considération dans les décisions dont nous sommes les premiers concernés .

Commentaire n°55 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Les études en médecine sont dures et il faut beaucoup d'énergie et d'efforts physiques et surtout psychiques.

Commentaire n°56 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Merci beaucoup pour ce formulaire, j'espère de tout mon cœur qu'il y aura une cellule d'écoute, nous en avons grandement besoin.

Commentaire n°57 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

La médecine m'a appris à être patiente. Néanmoins elle m'a privé d'avoir une vie sociale et de passer de bons moments avec des amis. Ou bien c'est juste parce que j'ai pas encore appris à bien gérer mon temps. Bon courage à toi.

Commentaire n°58 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 6

La médecine, c'est le genre de chose quand on y pense, c'est avec un visage pâle et amimique.

Commentaire n°59 : âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude : 3

Que dieu te vienne en aide. Bon courage.

Commentaire n°60 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

La réponse est la gratitude.

Commentaire n°61 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Formulaire très bref et précis. Bravo pour l'effort !

Commentaire n° 62: âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

La santé psychique des étudiants est primordiale et doit être prise en considération . Malheureusement personne ne se soucie de la santé mentale des étudiants. On ne reçoit pas un soutien psychologique de la part des professeurs. Si on continue comme ça , la majorité des étudiants vont détester leur métier et les conséquences seront plus grave.

Commentaire n° 63: âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 1

Je me sens généralement normale mais un peu anxieuse parce-que j'ai déjà vécu de l'échec au lycée. C'est pour cela les études me stresse beaucoup et j'ai toujours peur d'un autre échec.

Commentaire n°64 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Je pense que j'arrive à surmonter ces études longues et fatigantes, surtout en période d'examens, parce que la médecine me passionne. A mon humble avis c'est ce qui fait la différence pour moi. Je ne pense pas que j'aurai pu continuer avec tout ce qui se passe concernant le cursus médical en ce moment si je n'aimais pas ce que je faisais. Si je n'étais pas passionnée par ce métier. Ça a toujours été ma vocation, peut-être un peu cliché mais c'est vrai. Quant à mon état mental, je pense rester consciente de certains changements causés principalement lors des périodes d'exams et je trouve ça normal, ça reste vivable et j'arrive à me concentrer, ce n'est qu'après que je suis exténuée, surtout parce qu'on ne dort pas beaucoup mais tout est surmontable. Chacun fait face à ses soucis de manières différentes mais en général je pense que le mieux à faire c'est se dire " si je suis arrivée jusque là, c'est que c'est pas le moment abandonner ". Enfin, je dirais que lorsqu'on veut on peut et que lorsqu'on aime ce qu'on fait, on est plus déterminé à surmonter tout obstacle devant nous. Je te souhaite bon courage pour ta thèse et que dieu te vienne en aide.

Commentaire n°65 : âge : 22 ; sexe : M ;année d'étude : 4

La médecine est mon pire regret.

Commentaire n° 66: âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 1

« A côté de la difficulté, est certes, une facilité. »

Commentaire n°67 : âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 1

C'était très intéressant. Merci.

Commentaire n° 68: âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Mon rêve était de devenir médecin et j'ai vraiment galéré pour intégrer la faculté de médecine car je n'avais pas eu le concours après le bac et j'ai fait une année blanche pour l'avoir ! Ceci dit maintenant que je suis en 5ème année je me rends compte tous les jours à quel point je suis nulle et à quel point je suis incompétente à quel point je n'ai été ni bien orientée ni bien encadrée ! On passe par un milliard de stages et on en ressort bêtes et fénéants ! On apprend 1000 pages sur des choses dont on ne retient même pas la définition ! Il est vrai que c'est facile pour nos professeurs de toujours rejeter la responsabilité sur les étudiants mais avec du recul, on se rend compte qu'on n'est pas les seuls responsables ! Je me compare aux autres gens qui ont fait médecine ailleurs ou un domaine complètement différent et je me dis qu'ils ont de la chance parce qu'ils tirent quelque chose de positif de tous leurs efforts ! Là avec tous les problèmes de l'internat, de l'intégration des gens du privé à nos stages et de l'avenir

complètement flou devant nous. Je me sens perdue et déprimée parce que je me dis que tous mes efforts n'auront servi à rien et que peut être ce rêve de devenir médecin aurait du juste rester un rêve sans avoir à vivre la désillusion que je vis actuellement.

Commentaire n° 69: âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Plusieurs réponses étaient neutres au lieu de oui ou non, même la dernière réponse. Je vis toujours avec mes parents, je ne peux pas estimer mes dépenses. Causes de soucis et des problèmes sont en dehors de ce qui a été cité dans le questionnaire. En effet, les étudiants en médecine qui ont une vie en dehors de la médecine existent. La réaction émotionnelle à ces problèmes est presque nulle.

Commentaire n°70 : âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 1

Même si la médecine est pénible, rien ne remplace les émotions d'aider autrui.

Commentaire n°71 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Je regrette.

Commentaire n° 72: âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Je referai médecine mais pas au Maroc!!

Commentaire n° 73: âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Mon rêve de devenir médecin spécialiste est tombé à l'eau. Je suis très déprimé.

Commentaire n°74 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 2

Je souhaite que mes réponses puissent t'aider à réaliser ta thèse et de convaincre le jury et j'aimerais bien sentir et voir des changements le plus tôt possible dans notre faculté. Il est vraiment très difficile de continuer comme ça et si c'est le cas je pense qu'on va avoir des générations des médecins psychopathes. Merci beaucoup.

Commentaire n°75 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Je ne sais pas vraiment, peut être refaire médecine mais pas au Maroc pour essayer si le stress et les mêmes conditions seront pareils ailleurs ou carrément choisir autre chose.

Commentaire n°76 : âge : 27 ; sexe : M ;année d'étude : 5

C'est une bonne initiative car pour ma part j'ai pu constater que beaucoup de mes confrères et moi souffrons en silence. Porter un regard insistant sur l'état mental des étudiants en médecine à la faculté de médecine de Rabat rejoint les œuvres déjà mises en place pour améliorer les conditions d'apprentissage. Nous ne pouvons que souhaiter de mener à bien votre travail.

Commentaire n° 77: âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude : 3

Je te souhaite une bonne chance.

Commentaire n°78 : âge : 18 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Tout faire pour devenir un bon médecin.

Commentaire n° 79: âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Si seulement on m'avait dit que j'aurai pas de vie personnelle et sociale au lieu de me dire que les études médicales sont difficiles etc et qu'il y aura des jours où tu n'as plus envie d'exister.J'aurai juste aimé avoir été préparé mentalement pour la médecine . Bonne chance pour ta thèse.

Commentaire n°80 : âge : 25 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Refaire médecine mais surtout pas au Maroc.

Commentaire n°81 : âge : 28 ; sexe : F ;année d'étude : 4

J'ai choisi la médecine par amour . Je lis les livres spécialisés en développement personnel. J'ai participé dans assez de formation en développement personnel.

Commentaire n°82 : âge : 25 ; sexe : M ;année d'étude : 7

Veillez publier les recommandations.

Commentaire n°83 : âge : 29 ; sexe : M ;année d'étude : 6

Merci pour vos efforts.

Commentaire n° 84: âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Questionnaire trop long.

Commentaire n°85 : âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Merci Maha d'avoir choisi de t'occuper de Ce sujet ! On avait besoin de quelqu'un qui nous rappelle qu'on n'est pas une machine ! Bon courage pour la suite.

Commentaire n°86 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Si c'était à refaire, je referais médecine mais pas au Maroc.

Commentaire n° 87: âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 7

La plupart du temps je me sens fatigué et drainé par ces études médicales à cause de la situation des médecins au Maroc ainsi que les conditions de travail mais je garde espoir en moi-même et j'essaie d'être optimiste et de ne jamais baisser les bras car je suis maître de ma vie et cette vie mérite d'être vécu. Les vacances au cours de l'année n'existent pas à la Faculté de Médecine de Rabat, on termine les examens et le lendemain on est censé être présent dans les services. Les vacances sont destinées à la direction et aux professeurs alors que nous sommes encore des étudiants non pas des médecins, c'est surtout le cas des étudiants de la 3ème, 4ème et 5ème année. Si c'était à refaire je referai médecine à la seule condition d'avoir en tête toutes les mauvaises expériences que j'ai eu cette première fois. Il y'a un manque d'orientation et on ne connaît rien sur la méthodologie de travail. Autre chose je referai médecine mais ailleurs, certainement pas au Maroc.

Commentaire n°88 : âge : 22 ; sexe : M ;année d'étude : 2

J'aime ce que je fais , ça n'était pas le cas avant et ça a eu un impact sur ma santé mentale , certes minime , irritation facile surtout mais sans plus . Maintenant que je suis plus investi dans ce que je fais et que j'ai un objectif , difficile de rechuter. Bonne chance.

Commentaire n°89 : âge : 21 ; sexe : M ;année d'étude : 4

Je n'aurais certainement pas refait médecine au Maroc où je sens que les inquiétudes de l'étudiant en médecine est le dernier des soucis de l'état et pire du corps professoral en ce qui concerne l'avenir de l'étudiant et son désir de spécialisation, compte tenu du nombre de postes d'internat et de résidanat.

Commentaire n°90 : âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 6

La dépression est une maladie mentale sérieuse dont la plupart qui en souffre reste renfermée

Commentaire n°91: âge : 25 ; sexe : F ;année d'étude : 7

J ai bien aimé cette initiative de mener une étude concernant l'état psychique des étudiants en médecine car je pense que tous le monde souffre en silence surtout en fin d'étude et je m'intéresse aux résultats de cette étude

Commentaire n°92 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Faire médecine c'est faire le choix de sacrifier sa vie pour sauver celle des autres.

Commentaire n°93 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Refaire médecine mais pas au Maroc.

Commentaire n° 94: âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Si c'était à refaire, je referai médecine à l'étranger et pas au Maroc.

Commentaire n°95 : âge : 28 ; sexe : M ;année d'étude : 6

Je suis fatigué.

Commentaire n°96 : âge : 24 ; sexe : M ;année d'étude : 6

Refaire médecine mais surtout pas au Maroc.

Commentaire n°97 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Aides moi.

Commentaire n°98 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Bonne chance.

Commentaire n°99 : âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Il faut se concentrer sur l'autoformation vu que la formation pédagogique n'est pas accessible, et prendre les choses plus à la légère càd pas de stress, pas de peur de l'échec etc. L'échec fait parti de la réussite.

Commentaire n°100 : âge : 26 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Refaire médecine, mais pas au Maroc.

Commentaire n°101 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

La médecine pour moi était une déception.

Commentaire n°102 : âge : 21 ; sexe : M ;année d'étude : 4

Avant j'étais passionnée par la médecine et je le serai toujours mais le système éducatif de notre pays ne nous aide guère.

Commentaire n°103 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 6

La faculté cherche à produire des machines pas des médecins, on est des humains et pas des machines. Les activités parascolaires sont rares et quand elles existent, elles sont souvent payante et non accessibles à toutes les catégories sociales. On a besoin de soutien psychologique à la faculté, de solidarité sociale entre les étudiants, y en a parmi ceux qui n'ont pas souvent de quoi bien manger. On a besoin d'activités estudiantines dans la faculté qui favorisent la communication entre les étudiants d'une part et entre étudiants et professeurs d'une autre part. Finalement, il y'a beaucoup de choses à dire mais pour résumer, la faculté se concentre sur les études seulement et constitue un facteur de stress supplémentaire pour l'étudiant. machines, les activités parascolaires sont rares, si oui ils sont payantes souvent et non accessibles à toutes les catégories sociales. on a besoin de soutien psychologique à la faculté, de solidarité sociale entre les étudiants, y en a parmi ceux qui n'ont pas souvent de quoi bien manger...on a besoin d'activités estudiantines dans la faculté qui favorisent la communication entre les étudiants d'une part et entre étudiants et professeurs d'une autre part. Finalement, y a beaucoup de choses à dire, mais pour résumer, la faculté se concentre sur les études seulement, et constitue un facteur de stress supplémentaire pour l'étudiant.

Commentaire n°104 : âge : 26 ; sexe : M ;année d'étude : 7

Les plus grands problèmes avec les études médicales au Maroc est le manque de pédagogie. Je m'explique : si tu peux réciter par coeur un texte, tu es bon pour devenir un médecin; il existe pas d'objectifs claires des études par exemple en demandant à un étudiant d'apprendre bêtement la biochimie sans lui expliquer les applications cliniques est un bon exemple. Il y' a aussi un manque d'orientation par rapport aux chemins post-médecine générale, même l'internat et le résidanat, les étudiants doivent aller demander aux internes ou résidents pour la moindre information.

Commentaire n°105 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

La médecine autant que domaine est très bien, mais c'est le système universitaire qui cause le stress.

Commentaire n°106 : âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Tout le système doit être renouvelé par des gens qui s'intéressent avant tout à l'aspect humain des étudiants avant l'aspect professionnel.

Commentaire n° 107 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Bon sujet, bon travail. Bonne chance.

Commentaire n°108 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Mes problèmes n'ont rien à avoir avec la médecine en soi, c'est juste des problèmes personnels.

Commentaire n°109 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

J'ai toujours rêvé d'être un bon médecin mais je me sens dépassée par les événements récents et par les cours. Je me sens pas très bien et pas du tout moi-même, j'ai toujours été bonne élève, 1ère de ma classe et là je me retrouve avec de mauvaises notes que je considère injustes et malgré ça, j'ai du mal à me relever et retrouver ma motivation pour étudier. Je me sens perdue dans ce que je fais, j'ai besoin de me ressaisir mais je suis sur le bon chemin. Bonne chance à toi étudiante qui a proposé ce formulaire, je me suis confiée à toi.

Commentaire n°110 : âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Refaire la médecine, mais sûrement pas au Maroc.

Commentaire n°111 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 1

La quantité ne donne pas la qualité.

Commentaire n°112 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Refaire médecine tout simplement parce que c'est mon rêve depuis l'enfance. J'espère que les conditions seront plus favorables. Je ne veux pas haïr la médecine que je voulais depuis toujours.

Commentaire n°113 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Le système éducatif du Maroc n'a pas découvert mes compétences durant 12 ans et voilà je suis là.

Commentaire n°114 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 6

Questionnaire très long mais c'était intéressant.

Commentaire n°115 : âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 1

C'est pas aussi que mauvais que cela paraît.

Commentaire n°116 : âge : 27 ; sexe : M ;année d'étude : 7

Refaire médecine, mais à l'étranger et pas au Maroc.

Commentaire n°117 : âge : 22 ; sexe : M ;année d'étude : 5

Bon courage.

Commentaire n°118 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 2

J'insiste ma consommation d'alcool est occasionnelle. Le sport m'aide vraiment beaucoup.

Commentaire n°119 : âge : 25 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Bisou.

Commentaire n°120 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

La médecine est un mode de vie qu'on aime, mais c'est la formation qui nous pose le problème.

Commentaire n°121 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Que dieu te vienne en aide afin que tu te débarrasses de cette souffrance.

Commentaire n° 122 : âge : 21 ; sexe : M ;année d'étude : 4

Je t'espère le meilleur. Bonne chance.

Commentaire n°123 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 4

Bonne continuation. Merci.

Commentaire n°124 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Ce questionnaire est déprimant.

Commentaire n° 125: âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Refaire médecine, mais surtout pas au Maroc.

Commentaire n°126 : âge : 18 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Pourvu que le niveau de formation s'améliore !

Commentaire n°127 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Si c'était à refaire, je referai médecine, mais pas au Maroc malheureusement.

Commentaire n°128 : âge : 18 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Pour la question des substances, j'ai pris des compléments de vitamines.

Commentaire n°129 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Refaire médecine, mais pas au Maroc.

Commentaire n°130 : âge : 18 ; sexe : M ;année d'étude : 1

C'était intéressant. Heureusement, je n'ai aucune accoutumance, j'ai défilé les questions à propos de la consommation des substances rapidement.

Commentaire n°131 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Ce sondage m'a épuisé, en plus de l'idée que jusqu'à présent, j'ai pas commencé le 4ème semestre et les cours s'accumulent comme jamais.

Commentaire n°132 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Si c'était à refaire, je referai médecine, mais jamais au Maroc.

Commentaire n°133 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Bon questionnaire.

Commentaire n°134 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

La raison pour laquelle je suis souvent anxieuse n'est ni la charge de travail ni le stress lié aux études, c'est plutôt ce sentiment d'insatisfaction vis à vis de la qualité de ma formation qui me hante, ce sentiment de ne pas faire assez d'efforts personnels et il en résulte une appréhension de l'avenir. La question que je me pose : serai-je à la hauteur ?

Commentaire n°135 : âge : 22 ; sexe : M ;année d'étude : 4

C'est très bien ce que vous faites. La dernière question, j'ai pris du temps pour répondre. Merci.

Commentaire n°136 : âge : 25 ; sexe : F ;année d'étude : 7

Refaire médecine, mais pas au Maroc.

Commentaire n°137 : âge : 19 ; sexe : M ;année d'étude : 2

Je pars toujours du principe qu'il suffit de volonté pour y'arriver. Je l'ai utilisé toute ma vie, ça marche à tous les coups. J'arrive en médecine et le principe ne marche pas. Je me pose alors des questions.

Commentaire n°138 : âge : 19 ; sexe : F ;année d'étude : 2

Si c'était à refaire, je referai médecine mais non pas pour la formation que nous offre la faculté, qui d'ailleurs ne satisfait pas la majorité des étudiants mais parce que la médecine est un domaine qui me passionne et être médecin est un métier qui répond aux valeurs morales que j'ai toujours appréciées depuis mon plus jeune âge et du coup je ne dispose de nul autre choix que d'adhérer à la faculté de médecine espérant qu'un jour j'arriverais à faire évoluer les choses. Je cite d'ailleurs les paroles d'un responsable après notre demande de travaux dirigés de sémiologie : "nous ne sommes pas ici pour vous fournir une formation d'excellence, si

vous voulez l'excellence cherchez là autre part".

Commentaire n°139 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 3

J'aimerais juste me sentir à ma place et avoir un sentiment d'appartenance . Aucun de mes proches n'a fait des études de médecine donc je ne savais pas à quoi m'attendre.J'avais une vision meilleure par rapport à la réalité et je suis très déçue. J'espère juste que je vais finir par trouver ma place car je n'appartiens à aucun des groupes dominants: les fils/filles de médecins, les fils/filles issus de familles riches, les militaires, ceux qui dominent les associations et te font comprendre que tu n'as aucune place parceque c'est leur territoire,les gens venant du nord, les faux suicidaires etc.

Commentaire n° 140: âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 3

Je ne sais plus si oui ou non je referai médecine.

Commentaire n°141 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 3

Je ne consomme que du champagne et uniquement à l'occasion des fêtes.

Commentaire n°142 : âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude : 3

Bonne chance.

Commentaire n°143 : âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude : 3

Si l'apprentissage en pratique et les cours étaient meilleurs , la charge de travail personnel diminuerait et donc le stress chronique serait moindre. Il en est de même pour les poseurs d'examens qui cherchent à piéger et donc poussent au travail maniaque en apprenant tous les détails, ce qui est nocif à long terme et inutile car tout est oublié après les examens pour la plupart.

Commentaire n°144 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 5

Merci.

Commentaire n°145 : âge : 30 ; sexe : F ;année d'étude : 7

La médecine au Maroc est une mauvaise affaire.

Commentaire n°146 : âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude : 3

Le futur incertain est pour moi la chose la plus importante à souligner dans tout ce questionnaire. Merci pour votre temps.

Commentaire n°147 : âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude : 3

Questionnaire très intéressant. Bonne chance.

Commentaire n°148 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 3

Je ne pense pas que mes études en médecine sont la cause de ma santé mentale médiocre voire mauvaise mais je pense que les périodes de stress, la surcharge de travail et l'échec en rapport avec l'obtention de bons résultats accentuent les crises d'anxiété et les troubles de l'humeur.

Commentaire n°149 : âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude : 3

Bon boulot.

Commentaire n°150 : âge : 18 ; sexe : M ;année d'étude : 1

Quand on considère les difficultés et les mauvaises nouvelles comme des changements qui nous challengent, c'est à ce moment-là qu'on peut dire qu'on aime ce qu'on fait et que tu peux faire de ton rêve, une réalité et cela peu importe ce qui arrive.

Commentaire n°151 : âge : 22 ; sexe : M ;année d'étude : 3

La question numéro 5 dans les habitudes toxiques, normalement je dois la laisser vide, mais j'ai fait une erreur tactile. Enfin merci beaucoup car vous vous êtes intéressés à nous.

Commentaire n°152 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 3

Formulaire très long.

Commentaire n° 153: âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 3

Bonne chance. Tu vas assurer.

Commentaire n°154 : âge : 30 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Je ne conseille à personne de faire la médecine car la formation est médiocre et il y'a une mauvaise politique de l'état concernant les études médicales. Il existe actuellement plusieurs choix plus intéressants que la médecine.

Commentaire n°155 : âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 7

J'aime la médecine , mais je n'aime pas la façon avec laquelle on nous l'a enseigné ,il n y avait pas de côté pratique au cours de la 6 année. Aussi, l'important était de réussir son examen et non pas de préparer un futur médecin à assurer sa tâche.

Commentaire n°156 : âge : 25 ; sexe : M ;année d'étude : 7

Je referais médecine mais pas au Maroc.

Commentaire n°157 : âge : 20 ; sexe : M ;année d'étude :3

Bonne Chance !!

Commentaire n°158 : âge : 20 ; sexe : F ;année d'étude : 3

La vie universitaire est dure en absence d'amis.

Commentaire n°159 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Votre questionnaire est très long.

Commentaire n°160 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Personnellement, je trouve que de plus en plus je me sens épuisée et fatiguée psychiquement et ça retenti gravement sur ma santé physique et donc mes capacités de travail et de concentration. La pédagogie est complètement incorrecte. On va finir tous par devenir médecins, bons ou mauvais, mais je suis persuadée que ça sera surement de futurs médecins épuisés, fatigués aussi bien physiquement que psychiquement, jouissant d'une énergie négative. Les futurs médecins seront au bord de l'explosion si je puisse dire. Merci pour ce petit endroit où j'ai pu vider mes émotions. Bon courage pour votre thèse.

Commentaire n°161 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Refaire médecine ou pas, la meilleure question pour la fin. J'ai très souvent eu envie de renoncer à mes études mais si j'avais à choisir en connaissance de cause, je rechoisirai médecine à tous les coups! Bon courage pour votre thèse chère collègue.

Commentaire n°162 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 6

La meilleure question pour la fin. J'ai très souvent envie de renoncer à mes études, mais si j'avais à choisir en connaissance de cause, je choisirais médecine à tous les coups! Bon courage pour votre thèse chère collègue.

Commentaire n°163 : âge : 24 ; sexe : M ;année d'étude : 6

Merci pour votre implication et votre dévouement, votre sujet est très intéressant. Je veux bien être tenue au courant du résultat final de l'étude comme ça j'aurais une idée plus claire par rapport au fait si je suis seul dans le pétrin ou pas.

Commentaire n°164 : âge : 18 ; sexe : F ;année d'étude : 1

J'ai fait médecine pour mieux me comprendre mais je tombe de plus en plus dans la mélancolie j'espère que cela est juste une période qui va m'enseigner tant de chose dans ma vie . Merci pour ce questionnaire je me sens plus léger après avoir partagé ma souffrance avec d'autres personnes qui veillent pour notre santé , je vous ai reconnaissante.

Commentaire n°165 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Un parcours avec un avenir incertain, beaucoup de questions sans réponses, aucun suivi pédagogique qui pourrait nous encourager à continuer ou au moins nous rassurer. Et surtout aucun soutien psychologique dans un domaine qui nécessite un moral d'acier. Comment peut-on redonner espoir au patient quand on l'a perdu nous même?

Commentaire n°166 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Refaire médecine, mais pas au Maroc

Commentaire n°167 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Je peux dire que la médecine n'est pas le seul facteur qui nous pourri la vie. La médecine est faite pour les riches sinon tu vas finir avec des soucis mentaux à cause des problèmes financiers qui aggravent toute situation, surtout que la médecine est un long parcours.

Commentaire n°168 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 5

Le questionnaire est assez long ! Bonne chance

Commentaire n°169 : âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Refaire médecine si il y'a de meilleures conditions.

Commentaire n°170 : âge : 24 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Le comportement de plusieurs professeurs avec les étudiants est juste insupportable, ils nous traitent comme des moins que rien et au lieu de nous encadrer et de nous former ils passent leur temps à nous crier dessus.

Commentaire n°171 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Je compte avoir mon diplôme, mais travailler autre chose dans un domaine complètement différent.

Commentaire n°172: âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Je referai médecine mais pas au Maroc. Merci pour ce formulaire il était très intéressant. Les questions étaient pertinentes, j'imagine que cela vous a pris beaucoup de temps. C'est une enquête très captivante si on la compare avec les autres sujets de thèse qui discutent des pathologies. Bon courage et bonne chance pour votre thèse.

Commentaire n°173: âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 3

J'aime bien la médecine.

Commentaire n°174 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

Notre point positif autant que médecin c'est qu'on est conscient du risque de dépression, d'anxiété et de troubles majeurs, donc à tout événement dur de la vie, on se prend en charge pour ne pas tomber dans la dépression pour ne pas arriver à la prise des antidépresseurs ou anxiolytiques. Ainsi, notre petit modeste savoir permet de nous alerter à chaque début de dépression. Les études en médecine représentent un système destructeur qui nous fait un malheur incroyable, on en souffre énormément, on ne rêve plus de la plus belle des spécialités mais de finir cette série d'examens agonisants en bonne santé mentale. On espère plus ne pas tous finir psychotiques que de devenir brillant et c'est triste.

Commentaire n°175 : âge : 22 ; sexe : F ;année d'étude : 5

C'était trop long. Bon courage

Commentaire n°176 : âge : 21 ; sexe : F ;année d'étude : 4

Je referai médecine pour la simple et unique raison qu'il n'y a pas tellement de choix au Maroc pour être capricieux.

Commentaire n°177 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Bon courage, très beau sujet de thèses ! je te félicite, cordialement.

Commentaire n°178 : âge : 23 ; sexe : M ;année d'étude : 6

Refaire médecine mais pas au Maroc. Merci pour votre travail.

Commentaire n°179 : âge : 23 ; sexe : F ;année d'étude : 6

Veillez prendre en compte l'état psychologique des étudiants avant les études en médecine.

Annexe

Fiche d'exploitation de la santé mentale

Chers étudiants,

le questionnaire que vous avez entre les mains est l'outil de mesure d'une étude scientifique organisée par le Laboratoire de Statistique et de Recherche Clinique et Épidémiologique de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, dans le cadre d'une thèse pour l'obtention du titre de docteur en médecine.

Cette étude est parmi les 1ères à Rabat à évaluer la santé mentale de l'étudiant en médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat. Le travail a pour but d'évaluer le vécu psychologique des études médicales (stress, anxiété, dépression et burnout), d'en identifier les causes (personnelles et académiques) et les conséquences (qualité de vie, habitudes toxiques, suicide) et de proposer des solutions réalistes et appropriées.

Les études scientifiques constituent un moyen crédible et objectif pour élucider la réalité et faire entendre sa voix. Nous vous prions de bien vouloir donner une dizaine de minutes de votre temps précieux pour répondre à ce questionnaire et permettre à cette étude de voir le jour.

Nous vous demandons de répondre avec précision et objectivité, honnêteté et indépendance. Nous vous informons qu'il s'agit d'un questionnaire anonyme et que vos réponses sont confidentielles et ne seront utilisées que pour l'étude scientifique.

Nous comptons vivement sur votre collaboration.

NB: Pour des raisons liées à la nature de l'étude, les internes du CHU de Rabat ne font pas partie de la population cible.

Êtes vous étudiant en médecine à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat? (l'interne du CHU de Rabat ne fait pas parti de cette étude)

- Oui
- Non

CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

I-Facteurs sociodémographiques :

1- Quel âge avez-vous ?

.....

2- Quel est votre sexe ?

☐ Masculin ☐ Féminin

3- Quel est votre statut matrimonial ?

☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé

4- Quel est votre type de résidence ?

☐ Habite seul ☐ Habite avec d'autre(s) personne(s)

5- En moyenne, à combien estimez-vous votre argent de poche par mois ? (tout support financier inclus):

.....

6- Quel est (sont) votre (vos) support(s) financier(s) ?

☐ Familial

☐ Bourse

☐ Travail à mi-temps

☐ Autre :

7- Quel est le plus haut niveau d'éducation atteint par vos parents :

☐ Moins que le baccalauréat

☐ Baccalauréat

☐ Études supérieures sans obtention de diplôme

☐ Diplôme de premier cycle d'études supérieures (licence)

☐ Diplôme d'études supérieures (master, doctorat)

II-État de santé mentale antérieure aux études en médecine :

8- Avant les études médicales, avez-vous consulté un médecin généraliste, un psychologue ou un psychiatre ou autre concernant votre santé mentale (y compris les sentiments de tristesse, de stress, d'anxiété, de manie, de trouble alimentaire ou de comportement obsessionnel) :

☐ Oui

☐ Non

9-Avant les études médicales, avez-vous reçu un diagnostic de maladie mentale ?

☐ Oui

☐ Non

10-Avant les études médicales, vous a-t-on prescrit un ou des médicaments pour la santé mentale (y compris la dépression, l'anxiété, la psychose, le TDAH) ?

☐ Oui

☐ Non

III-État de santé mentale actuel :

11-Avez-vous reçu un diagnostic de maladie mentale pendant les études en médecine ?

☐ Oui

☐ Non.

12-Est-ce que vous consultez actuellement un médecin généraliste, un psychologue ou un psychiatre ou autre concernant votre santé mentale :

☐ Oui

☐ Non

13-Prenez-vous actuellement un ou des médicaments pour votre santé mentale :

☐ Oui

☐ Non

14-Lequel des éléments suivants décririez-vous comme des sources importantes de stress dans votre vie (question à choix multiples) :

☐ Argent

☐ Logement

☐ Etude

☐ Relation avec amis ou avec la famille (ex : ils vous manquent)

☐ Aucun

15-Souffriez-vous d'une maladie organique/physique chronique:

☐ Oui

☐ Non

16- Avez-vous vécu durant ces 12 derniers mois un(des) événement(s) négatif(s) hors académique ?

☐Oui

☐Non

IV-Activités de bien-être de l'étudiant

17-Faites-vous une ou des activité(s) extra-universitaire(s) de façon régulière ?

☐Oui

☐Non

Si **oui**, laquelle ou lesquelles ?

SANTE MENTALE DE L'ETUDIANT

I-Stress (PSS) :

Les possibilités de réponses pour chaque question sont les suivantes :
0-Jamais ;**1**-Presque jamais ; **2**-Parfois ; **3**-Assez souvent ; **4**-Souvent

	0	1	2	3	4
1 -Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été dérangé (e) par un évènement inattendu ?					
2 -Au cours du dernier mois combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3 -Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux (se) ou stressé(e) ?					
4 -Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ?					
5 -Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
6 -Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
7 -Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
8 -Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation?					
9 -Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que évènements échappaient à votre contrôle ?					

10 -Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?					
--	--	--	--	--	--

II-Burn-out(Oldenburg)

A quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivant :

Les possibilités de réponses pour chaque question sont les suivantes :

1-Tout à fait d'accord ; **2**-D'accord ; **3**-Pas d'accord ; **4**-Pas du tout d'accord

	1	2	3	4
1 - Encore aujourd'hui, je découvre de nouveaux aspects intéressants dans mes études				
2 -Certains jours, je me sens fatigué(e) avant même d'arriver à l'hôpital ou en cours				
3 - Il arrive de plus en plus souvent que je parle de mes études de façon négative				
4 - Après une journée d'étude, cela me prend plus de temps que par le passé pour me détendre et me sentir bien				
5 - Je supporte très bien les pressions de mes études				
6 - Dernièrement, j'ai tendance à réfléchir de moins en moins à mes études et à effectuer mes tâches presque machinalement				
7 - Pour moi mes études sont un défi positif				
8 - Quand j'étudie, je me sens souvent épuisé(e) émotionnellement				
9 - Avec le temps, on peut se désintéresser de ce genre d'étude				
10 - Après avoir étudié, j'ai suffisamment d'énergie pour mes activités de loisir				
11 - Parfois, je me sens mal juste à penser aux tâches que j'ai à accomplir pour mes études				
12 -Après avoir étudié, je me sens généralement fatigué(e) et las(se)				
13 - Ceci est le seul genre d'étude que je m'imagine faire				
14 - En général, je suis capable de gérer efficacement la charge de travail				
15 - Je me sens de plus en plus impliqué(e) dans mes études				
16 - Lorsque j'étudie, je me sens généralement plein(e) d'énergie				

III-Anxiété et dépression (PHQ-4) :

Ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par ces problèmes ?

Les possibilités de réponses pour chaque question sont les suivantes :

0- Jamais ; **1-** Plusieurs jours ; **2-** Plus que la moitié des jours ; **3-** Tous les jours

	0	1	2	3
1- Le sentiment d'être nerveux, anxieux ou à bout				
2- Ne pas avoir été capable d'arrêter ou contrôler l'inquiétude				
3- Se sentir mal, déprimé, désespéré				
4- Peu d'intérêt ou de plaisir dans mes activités quotidiennes				

IV-Qualité de vie (SF-12) :

1- Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

☐ Excellente

☐ Très bonne

☐ Bonne

☐ Médiocre

☐ Mauvaise

2- En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité par des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules)?

☐ Oui, beaucoup limité ☐ Oui, un peu limité ☐ Non, pas du tout limité

3- En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité par monter plusieurs étages par l'escalier ?

☐ Oui, beaucoup limité ☐ Oui, un peu limité ☐ Non, pas du tout limité

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines.

4- En raison de votre état physique , avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

☐ Toujours

☐ La plupart du temps

☐ Souvent

☐ Parfois

☐ Jamais

5- En raison de votre état physique, avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

☐ Toujours.

☐ La plupart du temps.

☐ Souvent.

☐ Parfois.

☐ Jamais.

6- En raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) , avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

☐Toujours ☐La plupart du temps ☐Souvent

☐Parfois ☐Jamais

7- En raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé), avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

☐Toujours ☐La plupart du temps ☐Souvent

☐Parfois ☐Jamais

8- Dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

☐Pas du tout ☐Un petit peu ☐Moyennement

☐Beaucoup ☐Énormément

9- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

☐Toujours ☐la plupart du temps ☐souvent

☐Parfois ☐jamais

10- Y a-t-il eu des moments où vous vous senti débordant d'énergie ?

☐Toujours ☐la plupart du temps ☐souvent

☐Parfois ☐jamais

11- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

☐Toujours ☐la plupart du temps ☐souvent

☐Parfois ☐jamais

12- Y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

☐Toujours ☐la plupart du temps ☐souvent

☐Parfois ☐jamais

CARACTERISTIQUES ACADEMIQUES

1- Quelle est votre année d'étude ?

(Encercler votre réponse) 1 -2 -3 -4 -5 -6 -7

2- Avez-vous déjà connu l'échec universitaire durant votre parcours ?

☐ Oui, souvent

☐ Oui, rarement

☐ Oui, occasionnellement

☐ Non

3- Si oui, quel type d'échec ? (plusieurs réponses sont possibles)

☐ Rattrapage(s)

☐ Mauvaise(s) note(s) aux examens

☐ Echec d'examens de fin de stage ☐ Echec du concours d'internat

☐ Echec aux examens cliniques

4- La majorité de vos relations avec vos professeurs ont été :

☐ Positives (coopération, soutien, respect)

☐ Négatives (rejet, humiliation)

☐ Relations Inexistantes (absence de relations)

-Pour les questions suivantes, rapportez-vous à l'échelle visuelle pour inscrire vos réponses de 0 à 10 : (0=pas d'accord ;10=totalement d'accord)

4-A quel niveau jugez-vous votre peur de l'échec ?		10
5-La faculté/l'enseignement m'aide à comprendre la raison de mon échec		9
6 -Ma formation académique me prépare bien pour ma carrière autant que médecin		8
8-L'enseignement est centré sur l'étudiant, il considère ses besoins, au lieu de simplement se focaliser du côté du professeur		7
9-La faculté m'intègre dans les prises de décision concernant l'étudiant		6
10-La charge de travail est importante		5
11-Les vacances au cours de l'année sont suffisantes pour me reposer		4
12-Les cours sont accessibles (programme d'étude, programme d'internat-résidanat)		3
13-Mes études ont un futur certain quant à la spécialisation		2
		1
		0

14- Si les choses suivantes existaient à la fac, auriez-vous recours ? (plusieurs réponses sont possibles)

	Oui	Non
Formations/séminaires sur la méthodologie de travail		
Formations/séminaires sur la gestion des émotions (gestions de stress, gestion de l'échec)		
Encadrement pédagogique personnalisé		
Cellule d'orientation		
Cellule de soutien psychologique		
Communication dans les soins (avec le personnel, avec les malades)		

CONSEQUENCES COMPORTEMENTALES

I-Habitudes toxiques :

1- Quelle est la fréquence de consommation des substances suivantes ?

Les possibilités de réponses pour chaque question sont les suivantes :
0- Nulle ; **1-** Occasionnelle ; **2-** Régulière

	0	1	2
Votre consommation de tabac			
Votre consommation d'alcool			
Votre consommation de cannabis			
Votre consommation de drogues (autre que cannabis)			

2- Avez-vous déjà consommé le(s) médicament(s) suivants durant les 4 dernières semaines ?

Les possibilités de réponses pour chaque question sont les suivantes :
0- Oui, durant les 4 dernières semaines ; **1-** Oui, avant les 4 dernières semaines ;

	0	1	2
Anxiolytique			
Antidépresseur			
Hypnotique (somnifère)			

-Durant ces 12 derniers mois :

3- 1- Avez-vous déjà pris une substance en vente libre ou un médicament sur ordonnance en dehors de l'usage auquel il est destiné pour vous sentir mieux ou améliorer votre humeur ?

☐ Oui

☐ Non

3-2- Avez-vous utilisé de(s) médicament(s) ou substance(s) destiné(s) à améliorer votre concentration, vos études ou votre performance académique (sans inclure des boissons contenant de la caféine ou d'autres boissons énergétiques) :

☐Oui

☐Non

4- Si oui, Laquelle/lesquelles de ces substances avez-vous pris ?

☐Cannabis

☐Extase

☐Amphétamines

☐Kétamine

☐Cocaïne

☐Opiacés

☐Autres (KHAT, LSD, etc...)

5- 1- Si oui, avez-vous été préoccupé par votre consommation de substances ?

☐Oui

☐Non

5-2- Si oui, est-ce que quelqu'un inquiété de votre consommation de substances ?

☐Oui

☐Non

II-Suicide et renoncement aux études : (Nous rappelons que le questionnaire est anonyme et que les résultats sont à des fins scientifiques)

	Oui	Non
-Avez-vous déjà eu une ou des idées suicidaires durant vos études de médecine ?		
-Avez-vous déjà planifié une tentative de suicide durant vos études de médecine ?		
-Avez-vous déjà tenté de vous suicider durant vos études de médecine ?		
-Avez-vous déjà eu envie de renoncer à vos études de médecine ?		

-Si c'était à refaire, referiez-vous médecine ?

☐Oui

☐Non

Commentaires libres :

Bibliographie

I-Bibliographie de la thèse

- [1]. La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- [2]. 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 J Assoc Am Med Coll.* avr 2006;81(4):354-73.
- [3]. Henning MA, Krägeloh CU, Hawken SJ, Zhao Y, Doherty I. The Quality of Life of Medical Students Studying in New Zealand: A Comparison With Nonmedical Students and a General Population Reference Group. *Teach Learn Med.* oct 2012;24(4):334-40.
- [4]. Dyrbye LN, Harper W, Durning SJ, Moutier C, Thomas MR, Massie FS, et al. Patterns of distress in US medical students. *Med Teach.* oct 2011;33(10):834-9.
- [5]. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc.* déc 2005;80(12):1613-22.
- [6]. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA.* 6 déc 2016;316(21):2214-36.
- [7]. Pierre Lôo, Henri Lôo, André Galinowski PL. Le stress permanent. Réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels.
- [8]. McKerrow I, Carney PA, Caretta-Weyer H, Furnari M, Miller Juve A. Trends in medical students' stress, physical, and emotional health throughout training. *Med Educ Online* [Internet]. 4 janv 2020 [cité 15 oct 2020];25(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6968533/>
- [9]. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg O. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ.* févr 2001;35(2):110-20.

- [10]. Chtibi H, Ahami A, Azzaoui FZ, Khadmaoui A, Mammad K, Mottier C, et al. Study of Resistance to Stress and Burnout among Public Health Professionals: The Case of Nurses and Physicians at Ibn Sina Hospital in Rabat Morocco. *Open J Med Psychol.* 2018;07(03):34-46.
- [11]. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* sept 2002;77(9):918-21.
- [12]. Auslender V. Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Paris: Michalon; 2017. 320 p.
- [13]. Edey Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature [Internet]. 2017 [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01528826>
- [14]. BAAZIZ. Concours de médecine, -مباراة الطب- Maroc [Internet]. takween.com. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: http://www.takween.com/concours_medecine/concours-medecine.html
- [15]. Etudes médicales au Maroc.pdf [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/formation/init/etud_th/etud_med.pdf
- [16]. Réforme des études médicales au Maroc.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/pedag_eva/reforme/reforme_pr_bouskraoui.pdf
- [17]. Règlement des études et des évaluations de la Faculté de Médecine et de Pharmacie [Internet]. [cité 22 mai 2020]. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/data/reg/regst.pdf>
- [18]. Fourtassi M, Abda N, Bentata Y, Hajjioui A. Medical education in Morocco: Current situation and future challenges. *Med Teach.* 1 sept 2020;42(9):973-9.
- [19]. La démographie médicale et paramédicale à l'horizon 2025. www.sante.gov.ma.pdf.
- [20]. Barrimi M, Maazouzi M, Malakt S, Lazaar S, Khaoulani H. Les idées et les tentatives de suicide chez les étudiants en médecine au Maroc : résultats d'une étude multicentrique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mai 2020;178(5):481-6.
- [21]. Abdeslam B, Hajar C, Jalal E, Amine L. Mental Health Status Among Moroccan Medical Students at the Cadi Ayyad University. *Int J Psychiatry Res* [Internet]. 2019 [cité 21 oct

- 2020];2(1). Disponible sur: <http://scivisionpub.com/pdfs/mental-health-status-among-moroccan-medical-students-at-the-cadi-ayyad-university-649.pdf>
- [22]. Belayachi J, Razine R, Boufars A, Saadi A, Madani N, Chaouir S, et al. Moroccan medical students' perceptions of their educational environment. *J Educ Eval Health Prof.* 28 oct 2015;12:47.
 - [23]. Lahlou L, Bennan N, Saad A, Boufars A, Mrabet M, Razin R. « Burn out » et stress chez les étudiants en médecine de Rabat, Maroc. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* mai 2015;63:S83.
 - [24]. Azzaoui L, Ejjaoui L, Amina A, Sabir M, El Omari F, Taoufiq J. Le burnout chez l'étudiant en Médecine Marocain: quels constats? quelles solutions ? Hôpital Arrazi-CHU IBN SINA.
 - [25]. Ben Loubir D, Serhier Z, Diouny S, Battas O, Agoub M, Bennani Othmani M. Prevalence of stress in Casablanca medical students: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2014;19:149.
 - [26]. El Mibrak L. Anxiété en milieu estudiantin: étude transversale sur une population d'étudiants en médecine, en droit et en agronomie. [Rabat]: Université Mohammed V de Rabat; 2018.
 - [27]. Ouchtain A. La prévalence et les caractéristiques des troubles anxieux et dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. Université Cadi Ayad; 2016.
 - [28]. Idrissi Kaitouni Z. La santé de l'étudiant en médecine à la FMPM de la première à la sixième année d'étude. [Fès]: Université Cadi Ayad; 2018.
 - [29]. Bounsir A. Burnout chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. [Marrakech]: Université Cadi Ayad; 2008.
 - [30]. Hayate L. Tabagisme chez les étudiants en médecine de Casablanca. Université Hassan II; 2001.
 - [31]. Kouara S. Tabagisme chez les étudiants en médecine de Fes. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah; 2013.
 - [32]. El Yaakoubi A. Toxiphilie, enquête auprès des étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat. [Rabat]: Université Mohammed V de Rabat; 2016.

- [33]. Chichou H. L'environnement éducatif et la santé mentale des étudiants en médecine de Marrakech. [Marrakech]: Université Cadi Ayad; 2018.
- [34]. Chaouche M. La santé mentale et l'environnement éducatif des étudiants en médecine de Fès. [Fès]: Université Hassan II; 2014.
- [35]. Rahmouni J. Evaluation de l'évolution des capacités d'apprentissage chez les étudiants en médecine (étude la FMPF). [Casablanca]: Université Hassan II; 2018.
- [36]. Moufawaq S. Appréciation du programme des études médicales: point de vue des étudiants. Université Hassan II; 2005.
- [37]. Haboub M. Enseignement par simulation médicale: point de vue des étudiants en médecine. [Casablanca]: Université Hassan II; 2015.
- [38]. Sall M. Facteurs psychosociaux et réussite universitaire des étudiants. [Casablanca]: Université Hassan II; 2017.
- [39]. Cherkaoui O. Stages internationaux: autoévaluation et perception de l'expérience des étudiants en médecine du Maroc. [Rabat]: Université Mohammed V de Rabat;
- [40]. Kamara K. Le sommeil et ses troubles chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech. [Marrakech]: Université Cadi Ayad; 2012.
- [41]. Ettalbi H. Le perfectionisme chez les étudiants universitaires. [Marrakech]: Université Cadi Ayad; 2008.
- [42]. Les risques pour la santé mentale: aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque. Document de base établi par le secrétariat de l'OMS en vue de l'élaboration d'un plan d'action global sur la santé mentale (2012).
- [43]. DSM-5 Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux 2015.pdf.
- [44]. Mavor KI, McNeill KG, Anderson K, Kerr A, O'Reilly E, Platow MJ. Beyond prevalence to process: the role of self and identity in medical student well-being. *Med Educ.* avr 2014;48(4):351-60.
- [45]. Park CL, Adler NE. Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* nov 2003;22(6):627-31.

- [46]. Spring L, Robillard D, Gehlbach L, Simas TAM. Impact of pass/fail grading on medical students' well-being and academic outcomes. *Med Educ.* sept 2011;45(9):867-77.
- [47]. Palazzolo J, LAVOIEPIERRE T. Dépression et anxiété: Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Elsevier Masson; 2011. 127 p.
- [48]. Ohman, A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives. In: *Handbook of emotions.* in M. Lewis & J. M. Haviland-Jones; 2000. p. 573-93.
- [49]. Servant D, Parquet P. Evénements de vie et anxiété. *L'encéphale.* 1994;20:333-7.
- [50]. Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Paris: Elsevier Masson; 2012. 248 p.
- [51]. Larousse É. Définitions : dépression - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18 oct 2020]. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pression/23913>
- [52]. Définition de la dépression [Internet]. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur:
<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
- [53]. Freudenberger HJ. Burnout: The High Cost of High Achievement. Garden City, N.Y: Anchor; 1980.
- [54]. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981;2(2):99-113.
- [55]. Maslach C, Jackson S. The Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting psychologists Press; 1986.
- [56]. Servant D, HONORE S. Le stress au travail: Prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives. Elsevier Masson; 2013. 152 p.
- [57]. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
- [58]. Truchot D. Le burnout des étudiants en médecine, rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne. [Dijon]: Université de Franche-Comté; 2006.
- [59]. Group WQ of LA. Quelle qualité de vie? *Forum Mond Santé* 1996 174 384-386 [Internet]. 1996 [cité 19 oct 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757>

- [60]. Abuse WHOD of MH and P of S. WHOQOL : measuring quality of life. 1997 [cité 19 oct 2020]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
- [61]. Guy PY-T. La drogue. Presses Universitaires De France; 1972.
- [62]. L. Manuila, A. Manuila, M. Nicoulin. Dictionnaire médical - NLM Catalog - NCBI [Internet]. 1991 [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/9207178>
- [63]. Richard D, Senon J-L, Valleur M, Collectif, Kahn A. Dictionnaire des drogues et des dépendances. Paris: Larousse; 2009. 768 p.
- [64]. Julie Bataille Camus. Substances psychoactives: politiques et responsabilité de l'état: le point de vue des français [Internet]. [Toulouse]: Université Toulouse le Mirail; 2014 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00957619/document>
- [65]. Cottencin PO. CONDUITES ADDICTIVES HISTORIQUE, DEFINITION, CONCEPTS. :8.
- [66]. PETERS G. Psychotropes, « drogues » et société : les substances. Psychotropes. Hiver 1991;(Vol.6, n°3):9-15.
- [67]. DSM III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- [68]. Lovibond S, Lovibond P. Manuel for the depression and anxiety stress scales. Psychology Fondation of Australia; 1995.
- [69]. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychol Assess. 1998;10(2):176-81.
- [70]. Haute autorité de santé (HAS). Episode dépressif caractérisé de l'adulte: prise en charge en soins de premier recours. Diagnostic.Méthode Recommandation pour la pratique clinique. France; 2017 oct.
- [71]. Hamilton A. Diagnosis and rating anxiety. Br J Psychiatry Spec Publ. 1969;(3):76-9.
- [72]. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J Affect Disord. 1 janv 1988;14(1):61-8.

- [73]. Beck Anxiety Inventory - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/beck-anxiety-inventory>
- [74]. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 22 mai 2006;166(10):1092-7.
- [75]. Rutter LA, Brown TA. Psychometric Properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) in Outpatients with Anxiety and Mood Disorders. *J Psychopathol Behav Assess*. mars 2017;39(1):140-6.
- [76]. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. févr 1960;23:56-62.
- [77]. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. déc 1967;6(4):278-96.
- [78]. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113.
- [79]. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. juin 1992;30(6):473-83.
- [80]. WHO | The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
- [81]. Fiche du terme : Événement de vie - Thésaurus de l'activité gouvernementale [Internet]. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=16144>
- [82]. Memoire Online - Evénements de vie significatifs, détresse psychologique et dépendance aux drogues - Dzodzo Eli Ekploam KPELLY [Internet]. Memoire Online. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: https://www.memoireonline.com/10/12/6233/m_Evenements-de-vie-significatifs-detresse-psychologique-et-dependance-aux-drogues2.html

- [83]. Larousse É. Définitions : échec - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9chec/27446>
- [84]. Échec : Définition simple et facile du dictionnaire [Internet]. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/echec/>
- [85]. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96.
- [86]. Perceived Stress Scale - Mind Garden [Internet]. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.mindgarden.com/132-perceived-stress-scale#horizontalTab3>
- [87]. Quintard B. Du stress objectif au stress perçu. Paris: In M. Bruchon-Svhwieiter et R. Dantzer; 1994. 43-66 p.
- [88]. Boujut É. Facteurs prédisant le développement de symptômes dépressifs, de symptômes organiques, de troubles des conduites alimentaires et de l'échec académique chez des étudiants de première année : une étude prospective en psychologie de la santé [Internet] [These de doctorat]. Bordeaux 2; 2007 [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2007BOR21424>
- [89]. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics.* déc 2009;50(6):613-21.
- [90]. ESTICOM - EMIS 2017 [Internet]. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: https://www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/emis-2017/emis-2017-node.html;jsessionid=6453120939FFBBC9A01DA278B0CAD63E.1_cid363
- [91]. Commission européenne. Enquête européenne en ligne sur la sexualité entre hommes 2017. 2017.
- [92]. Brogan N, Paquette D, Lachowsky N, Blais M, Brennan D, Hart T, et al. Résultats canadiens de l'Enquête européenne en ligne sur la sexualité entre hommes (EMIS-2017). *Relevé Mal Transm Au Can.* 7 nov 2019;45:298-310.
- [93]. EMIS_2017_French [Internet]. [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/emis-2017/survey->

questionnaire/EMIS_2017_French.pdf;jsessionid=656A562A09013A7CB0D479F67F75C832.1_cid372?__blob=publicationFile&v=2

- [94]. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol.* 2001;86(3):499-512.
- [95]. Angenot A, Hansez I. Structural confirmation of the French version of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). 23 mai 2013 [cité 28 oct 2020]; Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/149404>
- [96]. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* mars 1996;34(3):220-33.
- [97]. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol.* nov 1998;51(11):1171-8.
- [98]. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol.* nov 1998;51(11):1013-23.
- [99]. Mavor KI, McNeill KG, Anderson K, Kerr A, O'Reilly E, Platow MJ. Beyond prevalence to process: the role of self and identity in medical student well-being. *Med Educ.* avr 2014;48(4):351-60.
- [100]. Heinen I, Bullinger M, Kocalevent R-D. Perceived stress in first year medical students - associations with personal resources and emotional distress. *BMC Med Educ.* 6 janv 2017;17(1):4.
- [101]. Saravanan C, Wilks R. Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety. *ScientificWorldJournal.* 2014;2014:737382.
- [102]. Farber BA, Heifetz LJ. The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Prof Psychol.* 1982;13(2):293-301.

- [103]. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* 1981;2(2):99-113.
- [104]. Cherniss C. 7 - Human Service Programs as Work Organizations: Using Organizational Design to Improve Staff Motivation and Effectiveness. In: Price RH, Politser PE, éditeurs. *Evaluation and Action in the Social Environment* [Internet]. Academic Press; 1980 [cité 28 oct 2020]. p. 125-53. Disponible sur:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780125646505500123>
- [105]. Cherniss C. Professional burnout: recent developments in theory and research. In: Role of professional self-efficacy in etiology and amelioration of burnout. Washington DC: In W.B., Schaufeli, C., Maslach, & T., Marek; 1993. p. 135-49.
- [106]. Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* févr 2008;32(1):44-53.
- [107]. Solis AC, Lotufo-Neto F. Predictors of quality of life in Brazilian medical students: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. déc 2019;41(6):556-67.
- [108]. Moutinho ILD, Lucchetti ALG, Ezequiel O da S, Lucchetti G. Mental health and quality of life of Brazilian medical students: Incidence, prevalence, and associated factors within two years of follow-up. *Psychiatry Res.* 2019;274:306-12.
- [109]. Singh R, Shriyan R, Sharma R, Das S. Pilot Study to Assess the Quality of Life, Sleepiness and Mood Disorders among First Year Undergraduate Students of Medical, Engineering and Arts. *J Clin Diagn Res JCDR.* mai 2016;10(5):JC01-5.
- [110]. Ayala EE, Winseman JS, Johnsen RD, Mason HRC. U.S. medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life. *BMC Med Educ.* 6 août 2018;18(1):189.

- [111]. Gan GG, Yuen Ling H. Anxiety, depression and quality of life of medical students in Malaysia. *Med J Malaysia*. 2019;74(1):57-61.
- [112]. Bagozzi RP, Phillips LW. Representing and Testing Organizational Theories: A Holistic Construal. *Adm Sci Q*. 1982;27(3):459-89.
- [113]. Fornell C, Bookstein FL. Two Structural Equation Models: LISREL and PLS Applied to Consumer Exit-Voice Theory. *J Mark Res*. 1982;19(4):440-52.
- [114]. Byrne BM. Structural Equation Modeling With AMOS : Basic Concepts, Applications, and Programming, Second Edition [Internet]. Routledge; 2013 [cité 28 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203805534>
- [115]. Gefen D, Straub D, Boudreau M-C. Structural Equation Modeling and Regression: Guidelines for Research Practice. *Commun Assoc Inf Syst* [Internet]. 24 oct 2000;4(1). Disponible sur: <https://aisel.aisnet.org/cais/vol4/iss1/7>
- [116]. Hair JF, Tatham RL, Anderson RE, Black W. Multivariate Data Analysis. 5th Edition. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall; 1998. 768 p.
- [117]. Bhattacharjee A, Premkumar G. Understanding Changes in Belief and Attitude toward Information Technology Usage: A Theoretical Model and Longitudinal Test. *MIS Q*. 2004;28(2):229-54.
- [118]. Aragon SJ, Gesell SB. A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation. *Am J Med Qual Off J Am Coll Med Qual*. déc 2003;18(6):229-41.
- [119]. Holmes CS, Chen R, Streisand R, Marschall DE, Souter S, Swift EE, et al. Predictors of youth diabetes care behaviors and metabolic control: a structural equation modeling approach. *J Pediatr Psychol*. sept 2006;31(8):770-84.
- [120]. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling: Third Edition. New York: Guilford Press; 2010. 422 p.

- [121]. Al-Khani AM, Sarhandi MI, Zaghloul MS, Ewid M, Saquib N. A cross-sectional survey on sleep quality, mental health, and academic performance among medical students in Saudi Arabia. *BMC Res Notes*. 21 oct 2019;12(1):665.
- [122]. Azim SR, Baig M. Frequency and perceived causes of depression, anxiety and stress among medical students of a private medical institute in Karachi: a mixed method study. *JPMA J Pak Med Assoc*. juin 2019;69(6):840-5.
- [123]. Rafique N, Al-Asoom LI, Latif R, Al Sunni A, Wasi S. Comparing levels of psychological stress and its inducing factors among medical students. *J Taibah Univ Med Sci*. déc 2019;14(6):488-94.
- [124]. Pacheco JP, Giacomini HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*. déc 2017;39(4):369-78.
- [125]. Fawzy M, Hamed SA. Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Res*. 2017;255:186-94.
- [126]. Baykan Z, Naçar M, Cetinkaya F. Depression, anxiety, and stress among last-year students at Erciyes University Medical School. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 1 janv 2012;36(1):64-5.
- [127]. Yusoff MSB, Abdul Rahim AF, Baba AA, Ismail SB, Mat Pa MN, Esa AR. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J Psychiatry*. avr 2013;6(2):128-33.
- [128]. Tian-Ci Quek T, Wai-San Tam W, X. Tran B, Zhang M, Zhang Z, Su-Hui Ho C, et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. août 2019 [cité 29 oct 2020];16(15). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6696211/>
- [129]. Zeng W, Chen R, Wang X, Zhang Q, Deng W. Prevalence of mental health problems among medical students in China. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 3 mai 2019 [cité 29 oct 2020];98(18). Disponible sur:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6504335/>

- [130]. Cuttilan AN, Sayampanathan AA, Ho RC-M. Mental health issues amongst medical students in Asia: a systematic review [2000–2015]. *Ann Transl Med* [Internet]. févr 2016 [cité 29 oct 2020];4(4). Disponible sur:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779785/>
- [131]. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ*. oct 2014;48(10):963–79.
- [132]. Tam W, Lo K, Pacheco J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Med Educ*. 2019;53(4):345–54.
- [133]. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ*. avr 2016;50(4):456–68.
- [134]. Lei X-Y, Xiao L-M, Liu Y-N, Li Y-M. Prevalence of Depression among Chinese University Students: A Meta-Analysis. *PloS One*. 2016;11(4):e0153454.
- [135]. Frajerman A, Morvan Y, Krebs M-O, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2019;55:36–42.
- [136]. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. août 2013;10(4):242–5.
- [137]. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. avr 2006;81(4):374–84.
- [138]. Ben Ayed H, Yaich S, Ben Jemaa M, Ben Hmida M, Trigui M, Jedidi J, et al. Lifestyle behaviors and mental health in medical students. *J Public Ment Health*. 1 janv 2018;17(4):210–7.
- [139]. Talih F, Daher M, Daou D, Ajaltouni J. Examining Burnout, Depression, and Attitudes Regarding Drug Use Among Lebanese Medical Students During the 4 Years of Medical

- School. Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. avr 2018;42(2):288-96.
- [140]. Abdulghani HM, AlKanhhal AA, Mahmoud ES, Ponnampereuma GG, Alfaris EA. Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia. J Health Popul Nutr. oct 2011;29(5):516-22.
 - [141]. Van der Walt S, Mabaso WS, Davids EL, De Vries PJ. The burden of depression and anxiety among medical students in South Africa: A cross-sectional survey at the University of Cape Town. South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneesk. 12 déc 2019;110(1):69-76.
 - [142]. Tsegay L, Shumet S, Damene W, Gebreegziabhier G, Ayano G. Prevalence and determinants of test anxiety among medical students in Addis Ababa Ethiopia. BMC Med Educ. 1 déc 2019;19.
 - [143]. Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PSP, Itaquí Lopes MH, de Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. BMC Med Educ [Internet]. 26 oct 2016 [cité 29 oct 2020];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5080800/>
 - [144]. Ngasa SN, Sama C-B, Dzekem BS, Nforchu KN, Tindong M, Aroke D, et al. Prevalence and factors associated with depression among medical students in Cameroon: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 09 2017;17(1):216.
 - [145]. Messina G, Quercioli C, Troiano G, Russo C, Barbini E, Nisticò F, et al. Italian medical students quality of life: years 2005-2015. Ann Ig Med Prev E Comunità. août 2016;28(4):245-51.
 - [146]. Jamali A, Tofangchiha S, Jamali R, Nedjat S, Jan D, Narimani A, et al. Medical students' health-related quality of life: roles of social and behavioural factors. Med Educ. oct 2013;47(10):1001-12.
 - [147]. Paro HBMS, Morales NMO, Silva CHM, Rezende CHA, Pinto RMC, Morales RR, et al. Health-related quality of life of medical students. Med Educ. mars 2010;44(3):227-35.

- [148]. Chunming WM, Harrison R, MacIntyre R, Travaglia J, Balasooriya C. Burnout in medical students: a systematic review of experiences in Chinese medical schools. *BMC Med Educ.* 16 nov 2017;17(1):217.
- [149]. James BO, Thomas IF, Omoaregba JO, Okogbenin EO, Okonoda KM, Ibrahim AW, et al. Psychosocial correlates of perceived stress among undergraduate medical students in Nigeria. *Int J Med Educ.* 26 oct 2017;8:382-8.
- [150]. Shah M, Hasan S, Malik S, Sreeramareddy CT. Perceived Stress, Sources and Severity of Stress among medical undergraduates in a Pakistani Medical School. *BMC Med Educ.* 15 janv 2010;10(1):2.
- [151]. Coburn D, Jovaisas AV. Perceived sources of stress among first-year medical students. *J Med Educ.* juin 1975;50(6):589-95.
- [152]. Wege N, Muth T, Li J, Angerer P. Mental health among currently enrolled medical students in Germany. *Public Health.* mars 2016;132:92-100.
- [153]. Mao Y, Zhang N, Liu J, Zhu B, He R, Wang X. A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. *BMC Med Educ.* 2 sept 2019;19(1):327.
- [154]. Mehanna Z, Richa S. Prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les étudiants en médecine: Étude transversale chez les étudiants en médecine de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth. *L'Encéphale.* 1 déc 2006;32(6, Part 1):976-82.
- [155]. Dyrbye LN, Thomas MR, Harper W, Massie FS, Power DV, Eacker A, et al. The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. *Med Educ.* mars 2009;43(3):274-82.
- [156]. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ.* janv 2001;35(1):12-7.
- [157]. Tempiski P, Bellodi PL, Paro HBMS, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Med Educ.* 5 nov 2012;12:106.

- [158]. Bergmann C, Muth T, Loerbroks A. Medical students' perceptions of stress due to academic studies and its interrelationships with other domains of life: a qualitative study. *Med Educ Online* [Internet]. 22 avr 2019 [cité 24 oct 2020];24(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6493308/>
- [159]. Leão PB de OES, Martins LAN, Menezes PR, Bellodi PL. Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. août 2011;57(4):379-86.
- [160]. Gurel K, Aghayev A, Ipek H, Tubga Simsek O, Ulosoy M, Eser E. Trends and determinants of quality of life and self-rated health in the course of medical education among medical students. *Med Sci Int Med J*. 2020;9(1):118-27.
- [161]. Weber J, Skodda S, Muth T, Angerer P, Loerbroks A. Stressors and resources related to academic studies and improvements suggested by medical students: a qualitative study. *BMC Med Educ*. 20 août 2019;19(1):312.
- [162]. Khamlichi ADE. C.H.U en Detresse - Formation Medicale en Danger. Eddif Maroc; 2015.
- [163]. Haile YG, Senkute AL, Alemu BT, Bedane DM, Kebede KB. Prevalence and associated factors of burnout among Debre Berhan University medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 8 nov 2019;19(1):413.
- [164]. Aiadi B. Regard évaluatif sur les programmes pédagogiques de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat. [Rabat]: Université Mohammed V de Rabat; 2013.
- [165]. Pouliot S. Pour un enseignement stratégique. L'apport de la psychologie cognitive, Tardif, Jacques. *Logiques-Écoles*, Montréal, 1992. *Lett AIRDF*. 1993;13(1):38-38.
- [166]. Houssaye J. Viau (Rolland). — La motivation en contexte scolaire. *Rev Fr Pédagogie*. 1995;113(1):154-5.
- [167]. Slavin SJ, Schindler DL, Chibnall JT. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. avr 2014;89(4):573-7.

- [168]. Zuardi AW, Protta FDG, Del-Ben CM. Reduction of the anxiety of medical students after curricular reform. *Braz J Psychiatry*. juin 2008;30(2):136-8.
- [169]. Haldorsen H, Bak NH, Dissing A, Petersson B. Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. *Scand J Public Health*. févr 2014;42(1):89-95.
- [170]. Mosley TH, Perrin SG, Neral SM, Dubbert PM, Grothues CA, Pinto BM. Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. sept 1994;69(9):765-7.
- [171]. Guelfi J, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 3e édition. Elsevier Masson; 2017. 976 p.
- [172]. Shelton RC, Tomarken AJ. Can recovery from depression be achieved? *Psychiatr Serv*. 2001;52(11):1469-78.
- [173]. Dominique Servant. Le stress au travail. Prévention et prise en charge en thérapies comportementales et cognitives. Elsevier Masson.
- [174]. Selye H. A syndrom produced by diverse nocuous agents. *Nature*. 1936;
- [175]. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet Lond Engl*. 15 juin 2002;359(9323):2089-90.
- [176]. Booth-Kewley S, Friedman HS. Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychol Bull*. 1987;101(3):343-62.
- [177]. Levy SM, Herberman RB, Maluish AM, Schlien B, Lippman M. Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc*. 1985;4(2):99-113.
- [178]. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *The Lancet*. 8 sept 2007;370(9590):859-77.
- [179]. WHO | No physical health without mental health: lessons unlearned? [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/1/12-115063/en/>

- [180]. Paykel ES. Life events, Social support and depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89(s377):50-8.
- [181]. Wang PS, Patrick A, Avorn J, Azocar F, Ludman E, McCulloch J, et al. The costs and benefits of enhanced depression care to employers. *Arch Gen Psychiatry.* déc 2006;63(12):1345-53.
- [182]. Grebot E, Barumandzadeh T. L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 sept 2005;163(7):561-7.
- [183]. Maier LJ, Liechti ME, Herzig F, Schaub MP. To dope or not to dope: neuroenhancement with prescription drugs and drugs of abuse among Swiss university students. *PloS One.* 2013;8(11):e77967.
- [184]. Sattler S, Mehlkop G, Graeff P, Sauer C. Evaluating the drivers of and obstacles to the willingness to use cognitive enhancement drugs: the influence of drug characteristics, social environment, and personal characteristics. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 1 févr 2014;9:8.
- [185]. Roncero C, Egido A, Rodríguez-Cintas L, Pérez-Pazos J, Collazos F, Casas M. Substance Use among Medical Students: A Literature Review 1988- 2013. *Actas Esp Psiquiatr.* juin 2015;43(3):109-21.
- [186]. Candido FJ, Souza R, Stumpf MA, Fernandes LG, Veiga R, Santin M, et al. The use of drugs and medical students: a literature review. *Rev Assoc Médica Bras.* mai 2018;64(5):462-8.
- [187]. Bourbon A, Boyer L, Auquier P, Boucekine M, Barrow V, Lançon C, et al. Anxiolytic consumption is associated with tobacco smoking and severe nicotine dependence. Results from the national French medical students (BOURBON) study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 30 2019;94:109645.
- [188]. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med.* 2 sept 2008;149(5):334-41.

- [189]. Roberts LW, Warner TD, Lyketsos C, Frank E, Ganzini L, Carter D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. Collaborative Research Group on Medical Student Health. *Compr Psychiatry*. févr 2001;42(1):1-15.
- [190]. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. « I wouldn't want it on my CV or their records »: medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ*. oct 2003;37(10):873-80.
- [191]. Prévention [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 31 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
- [192]. Frajerman A. Quelles interventions pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine ? Une revue de la littérature. *L'Encéphale*. 1 févr 2020;46(1):55-64.
- [193]. Slavin SJ, Chibnall JT. Finding the Why, Changing the How: Improving the Mental Health of Medical Students, Residents, and Physicians. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2016;91(9):1194-6.
- [194]. Roberts M. Les groupes Balint. *Can Fam Physician*. mars 2012;58(3):246-7.
- [195]. Phang CK, Mukhtar F, Ibrahim N, Keng S-L, Mohd Sidik S. Effects of a brief mindfulness-based intervention program for stress management among medical students: the Mindful-Gym randomized controlled study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. déc 2015;20(5):1115-34.
- [196]. CELLULE D'ÉCOUTE – Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: http://www.fmpm.uca.ma/?page_id=303
- [197]. Programme tutorat FMPM [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/f2018/5.1.pdf>
- [198]. VIE ÉTUDIANTE – Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: http://www.fmpm.uca.ma/?page_id=299
- [199]. Danset A. Santé psychique des externes en médecine des Universités Paris 7-Paris Diderot et François Rabelais-Tours: une étude épidémiologique, transversale, descriptive,

- multicentrique [Internet]. [Faculté de Médecine Paris 7]: Université Paris Diderot-Paris 7; 2017. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2017_Medecine_DansetAlban.pdf
- [200]. Bureau des services aux étudiants [Internet]. UGME. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <https://med.uottawa.ca/premier-cycle/etudiants/bureau-services-etudiant>
- [201]. Wilhelm KA. The student and junior doctor in distress. *Med J Aust*. 1 juill 2002;177(1):5.
- [202]. Dyrbye LN, Schwartz A, Downing SM, Szydlo DW, Sloan JA, Shanafelt TD. Efficacy of a brief screening tool to identify medical students in distress. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. juill 2011;86(7):907-14.
- [203]. PhD RSL, PhD SF. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company; 1984. 460 p.
- [204]. Paulhan I, Bourgeois M-L. *Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Presses universitaires de France; 1995. 127 p.
- [205]. Rahat E, Ilhan T. Coping Styles, Social Support, Relational SelfConstrual, and Resilience in Predicting Students' Adjustment to University Life. *Educ Sci Theory Pract*. 29 févr 2016;16:187-208.
- [206]. Rahimi B, Baetz M, Bowen R, Balbuena L. Resilience, stress, and coping among Canadian medical students. *Can Med Educ J*. 17 déc 2014;5(1):e5-12.
- [207]. Hammond A, Nidermann K. Beliefs or cognitions: sense of coherence, health locus of control, self-efficacy. In: *Rheumatology* [Internet]. Churchill Livingstone; 2010. p. 77-97. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/sense-of-coherence>
- [208]. Résilience: Définition simple et facile du dictionnaire [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/resilience/>
- [209]. hompson G, McBride RB, Hosford CC, Halaas G. Resilience Among Medical Students: The Role of Coping Style and Social Support. *Teach Learn Med*. 2016;28(2):174-82.

- [210]. Lin YK, Lin C-D, Lin BY-J, Chen D-Y. Medical students' resilience: a protective role on stress and quality of life in clerkship. *BMC Med Educ.* 27 déc 2019;19(1):473.
- [211]. Tempiski P, Santos IS, Mayer FB, Enns SC, Perotta B, Paro HBMS, et al. Relationship among Medical Student Resilience, Educational Environment and Quality of Life. *PloS One.* 2015;10(6):e0131535.
- [212]. Tousignant M. Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature. *Sci Soc Santé.* 1988;6(1):77-106.

- [213]. ABBET. ABBET [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: URL GOES HERE
- [214]. Larousse É. Définitions : optimisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur:
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/optimisme/56255>
- [215]. Définition: Locus de contrôle [Internet]. Psychomédia. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur:
<http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/locus-de-controle>
- [216]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur:
https://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.buisson_n&part=160073
- [217]. Définition: Sentiment d'efficacité personnelle (auto-efficacité) [Internet]. Psychomédia. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/lexique/definition/auto-efficacite>
- [218]. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84(2):191-215.
- [219]. Klassen RM, Klassen JRL. Self-efficacy beliefs of medical students: a critical review. *Perspect Med Educ.* avr 2018;7(2):76-82.
- [220]. Antonovsky A. Personality and health: Testing the sense of coherence model. In: *Personality and disease*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1990. p. 155-77. (Wiley series on health psychology/behavioral medicine).
- [221]. Duboc A. Protection ou salutogénèse [Internet]. Les concepts en sciences infirmières. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 30 oct 2020]. Disponible sur:
<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-254.htm>
- [222]. Bíró E, Balajti I, Adány R, Kósa K. Determinants of mental well-being in medical students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* févr 2010;45(2):253-8.
- [223]. Ayala EE, Omorodion AM, Nmecha D, Winseman JS, Mason HRC. What Do Medical Students Do for Self-Care? A Student-Centered Approach to Well-Being. *Teach Learn Med.* 3 juill 2017;29(3):237-46.

- [224]. Hwang IC, Park KH, Kim JJ, Yim J, Ko KP, Bae SM, et al. Perceived Social Support as a Determinant of Quality of Life Among Medical Students: 6-Month Follow-up Study. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. avr 2017;41(2):180-4.
- [225]. Saleh D, Camart N, Romo L. Intervention de gestion du stress par Internet chez les étudiants : revue de la littérature. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2017;175(4):327-31.
- [226]. Diot P, Arnault É. La qualité de vie des étudiants en santé : un enjeu majeur pour les universités. *Presse Médicale*. 1 févr 2019;48(2):97-9.

II- Revue de littérature des étudiants en médecine dans le monde

- [1]. Al-Khani AM, Sarhandi MI, Zaghloul MS, Ewid M, Saquib N. A cross-sectional survey on sleep quality, mental health, and academic performance among medical students in Saudi Arabia. *BMC Res Notes*. 21 oct 2019;12(1):665.
- [2]. Azim SR, Baig M. Frequency and perceived causes of depression, anxiety and stress among medical students of a private medical institute in Karachi: a mixed method study. *JPMA J Pak Med Assoc*. juin 2019;69(6):840-5.
- [3]. Rafique N, Al-Asoom LI, Latif R, Al Sunni A, Wasi S. Comparing levels of psychological stress and its inducing factors among medical students. *J Taibah Univ Med Sci*. déc 2019;14(6):488-94.
- [4]. Moutinho ILD, Lucchetti ALG, Ezequiel O da S, Lucchetti G. Mental health and quality of life of Brazilian medical students: Incidence, prevalence, and associated factors within two years of follow-up. *Psychiatry Res*. 2019;274:306-12.
- [5]. Pacheco JP, Giacomini HT, Tam WW, Ribeiro TB, Arab C, Bezerra IM, et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*. déc 2017;39(4):369-78.

- [6]. Fawzy M, Hamed SA. Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Res.* 2017;255:186-94.
- [7]. James BO, Thomas IF, Omoaregba JO, Okogbenin EO, Okonoda KM, Ibrahim AW, et al. Psychosocial correlates of perceived stress among undergraduate medical students in Nigeria. *Int J Med Educ.* 26 oct 2017;8:382-8.
- [8]. Haldorsen H, Bak NH, Dissing A, Petersson B. Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. *Scand J Public Health.* févr 2014;42(1):89-95.
- [9]. Naidoo SS, Wyk JV, Higgins-Opitz SB, Moodley K. An evaluation of stress in medical students at a South African university. *South Afr Fam Pract.* 3 sept 2014;56(5):258-62.
- [10]. Baykan Z, Naçar M, Cetinkaya F. Depression, anxiety, and stress among last-year students at Erciyes University Medical School. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* 1 janv 2012;36(1):64-5.
- [11]. Yusoff MSB, Abdul Rahim AF, Baba AA, Ismail SB, Mat Pa MN, Esa AR. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J Psychiatry.* avr 2013;6(2):128-33.
- [12]. Abdulghani HM, AlKanhhal AA, Mahmoud ES, Ponnampereuma GG, Alfaris EA. Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia. *J Health Popul Nutr.* oct 2011;29(5):516-22.
- [13]. Dyrbye LN, Harper W, Durning SJ, Moutier C, Thomas MR, Massie FS, et al. Patterns of distress in US medical students. *Med Teach.* oct 2011;33(10):834-9.
- [14]. Shah M, Hasan S, Malik S, Sreeramareddy CT. Perceived Stress, Sources and Severity of Stress among medical undergraduates in a Pakistani Medical School. *BMC Med Educ.* 15 janv 2010;10(1):2.

- [15]. Mosley TH, Perrin SG, Neral SM, Dubbert PM, Grothues CA, Pinto BM. Stress, coping, and well-being among third-year medical students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* sept 1994;69(9):765-7.
- [16]. Coburn D, Jovaisas AV. Perceived sources of stress among first-year medical students. *J Med Educ.* juin 1975;50(6):589-95.
- [17]. Van der Walt S, Mabaso WS, Davids EL, De Vries PJ. The burden of depression and anxiety among medical students in South Africa: A cross-sectional survey at the University of Cape Town. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneeskd.* 12 déc 2019;110(1):69-76.
- [18]. Mao Y, Zhang N, Liu J, Zhu B, He R, Wang X. A systematic review of depression and anxiety in medical students in China. *BMC Med Educ.* 2 sept 2019;19(1):327.
- [19]. Tian-Ci Quek T, Wai-San Tam W, X. Tran B, Zhang M, Zhang Z, Su-Hui Ho C, et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. août 2019 [cité 29 oct 2020];16(15). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6696211/>
- [20]. Tsegay L, Shumet S, Damene W, Gebreegziabhier G, Ayano G. Prevalence and determinants of test anxiety among medical students in Addis Ababa Ethiopia. *BMC Med Educ.* 1 déc 2019;19.
- [21]. Zeng W, Chen R, Wang X, Zhang Q, Deng W. Prevalence of mental health problems among medical students in China. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 3 mai 2019 [cité 29 oct 2020];98(18). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6504335/>
- [22]. Akhtar M, Herwig BK, Faize FA. Depression and Anxiety among International Medical Students in Germany: The Predictive Role of Coping Styles. *JPMA J Pak Med Assoc.* févr 2019;69(2):230-4.
- [23]. Talih F, Daher M, Daou D, Ajaltouni J. Examining Burnout, Depression, and Attitudes Regarding Drug Use Among Lebanese Medical Students During the 4 Years of Medical School. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry.* avr 2018;42(2):288-96.

- [24]. Gan GG, Yuen Ling H. Anxiety, depression and quality of life of medical students in Malaysia. *Med J Malaysia*. 2019;74(1):57-61.
- [25]. Moreira de Sousa J, Moreira CA, Telles-Correia D. Anxiety, Depression and Academic Performance: A Study Amongst Portuguese Medical Students Versus Non-Medical Students. *Acta Med Port*. 28 sept 2018;31(9):454-62.

- [26]. Mahroon ZA, Borgan SM, Kamel C, Maddison W, Royston M, Donnellan C. Factors Associated with Depression and Anxiety Symptoms Among Medical Students in Bahrain. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. févr 2018;42(1):31-40.
- [27]. Azad N, Shahid A, Abbas N, Shaheen A, Munir N. Anxiety And Depression In Medical Students Of A Private Medical College. *J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC*. mars 2017;29(1):123-7.
- [28]. Villacura L, Irarrázabal N, López I. Evaluation of depressive and anxiety symptomatology in medical students at the University of Chile. *Ment Health Prev*. 1 sept 2017;7:45-9.
- [29]. Cuttilan AN, Sayampanathan AA, Ho RC-M. Mental health issues amongst medical students in Asia: a systematic review [2000–2015]. *Ann Transl Med [Internet]*. févr 2016 [cité 29 oct 2020];4(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779785/>
- [30]. Brenneisen Mayer F, Souza Santos I, Silveira PSP, Itaquí Lopes MH, de Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ [Internet]*. 26 oct 2016 [cité 29 oct 2020];16. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5080800/>
- [31]. Wege N, Muth T, Li J, Angerer P. Mental health among currently enrolled medical students in Germany. *Public Health*. mars 2016;132:92-100.
- [32]. Ibrahim MB, Abdelreheem MH. Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University. *Alex J Med*. 1 juin 2015;51(2):167-73.
- [33]. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ*. oct 2014;48(10):963-79.
- [34]. Vaysse B, Gignon M, Zerkly S, Ganry O. Alcool, tabac, cannabis, anxiété et dépression des étudiants en 2e année de médecine. *Repérer pour agir. Sante Publique (Bucur)*. 5 déc 2014;Vol. 26(5):613-20.

- [35]. Saravanan C, Wilks R. Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety. *ScientificWorldJournal*. 2014;2014:737382.
- [36]. Ogunsemi O, Afe T, Odusan O, Oguntona A, Adefuye B, Oyelekan AAA. Psychological well-being of medical students in a state university, Nigeria. *Psychol Well- Med Stud State Univ Niger*. 1 oct 2013;Res. J. of Health Sci.
- [37]. Leão PB de OES, Martins LAN, Menezes PR, Bellodi PL. Well-being and help-seeking: an exploratory study among final-year medical students. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. août 2011;57(4):379-86.
- [38]. Mehanna Z, Richa S. Prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les étudiants en médecine: Étude transversale chez les étudiants en médecine de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth. *L'Encéphale*. 1 déc 2006;32(6, Part 1):976-82.
- [39]. Rab F, Mamdou R, Nasir S. Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*. févr 2008;14(1):126-33.
- [40]. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ*. janv 2001;35(1):12-7.
- [41]. Tam W, Lo K, Pacheco J. Prevalence of depressive symptoms among medical students: overview of systematic reviews. *Med Educ*. 2019;53(4):345-54.
- [42]. Ngasa SN, Sama C-B, Dzekem BS, Nforchu KN, Tindong M, Aroke D, et al. Prevalence and factors associated with depression among medical students in Cameroon: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 09 2017;17(1):216.
- [43]. Silva V, Costa P, Pereira I, Faria R, Salgueira AP, Costa MJ, et al. Depression in medical students: insights from a longitudinal study. *BMC Med Educ*. 10 oct 2017;17(1):184.
- [44]. Adhikari A, Dutta A, Sapkota S, Chapagain A, Aryal A, Pradhan A. Prevalence of poor mental health among medical students in Nepal: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 28 nov 2017;17(1):232.

- [45]. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 6 déc 2016;316(21):2214-36.
- [46]. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ*. avr 2016;50(4):456-68.
- [47]. Lei X-Y, Xiao L-M, Liu Y-N, Li Y-M. Prevalence of Depression among Chinese University Students: A Meta-Analysis. *PloS One*. 2016;11(4):e0153454.
- [48]. Coentre R, Faravelli C, Figueira ML. Assessment of depression and suicidal behaviour among medical students in Portugal. *Int J Med Educ*. 29 oct 2016;7:354-63.
- [49]. Pillay N, Ramlall S, Burns JK. Spirituality, depression and quality of life in medical students in KwaZulu-Natal. *South Afr J Psychiatry SAJP J Soc Psychiatr South Afr*. 2016;22(1):731.
- [50]. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. mars 2014;89(3):443-51.
- [51]. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. avr 2006;81(4):374-84.
- [52]. Frajerman A, Morvan Y, Krebs M-O, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2019;55:36-42.
- [53]. Molodynski A, Lewis T, Kadhum M, Farrell SM, Lemtiri Chelieh M, Falcão De Almeida T, et al. Cultural variations in wellbeing, burnout and substance use amongst medical students in twelve countries. *Int Rev Psychiatry Abingdon Engl*. 18 mars 2020;1-6.
- [54]. Haile YG, Senkute AL, Alemu BT, Bedane DM, Kebede KB. Prevalence and associated factors of burnout among Debre Berhan University medical students: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 8 nov 2019;19(1):413.

- [55]. Boni RADS, Paiva CE, de Oliveira MA, Lucchetti G, Fregnani JHTG, Paiva BSR. Burnout among medical students during the first years of undergraduate school: Prevalence and associated factors. *PloS One*. 2018;13(3):e0191746.
- [56]. Liu H, Yansane AI, Zhang Y, Fu H, Hong N, Kalenderian E. Burnout and study engagement among medical students at Sun Yat-sen University, China: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. avr 2018;97(15):e0326.
- [57]. Chunming WM, Harrison R, MacIntyre R, Travaglia J, Balasooriya C. Burnout in medical students: a systematic review of experiences in Chinese medical schools. *BMC Med Educ*. 16 nov 2017;17(1):217.
- [58]. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. août 2013;10(4):242-5.
- [59]. Charkhabi M, Azizi Abarghuei M, Hayati D. The association of academic burnout with self-efficacy and quality of learning experience among Iranian students. *SpringerPlus* [Internet]. 18 déc 2013 [cité 31 oct 2020];2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3872283/>
- [60]. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*. 2 sept 2008;149(5):334-41.
- [61]. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med*. mai 1998;91(5):237-43.
- [62]. Solis AC, Lotufo-Neto F. Predictors of quality of life in Brazilian medical students: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. déc 2019;41(6):556-67.
- [63]. Biswas S, Bipeta R, Molangur U, Reshaboyina L. A study to assess the quality of life of undergraduate medical students. *Open J Psychiatry Allied Sci*. 1 janv 2019;10:19.
- [64]. Ayala EE, Winseman JS, Johnsen RD, Mason HRC. U.S. medical students who engage in self-care report less stress and higher quality of life. *BMC Med Educ*. 6 août 2018;18(1):189.

- [65].** Messina G, Quercioli C, Troiano G, Russo C, Barbini³ E, Nisticò F, et al. Italian medical students quality of life: years 2005-2015. *Ann Ig Med Prev E Comunita.* août 2016;28(4):245-51.
- [66].** Heidari M, Majdzadeh R, Pasalar P, Nedjat S. Quality of life of medical students in Tehran University of Medical Sciences. *Acta Med Iran.* 2014;52(5):390-9.
- [67].** Jamali A, Tofangchiha S, Jamali R, Nedjat S, Jan D, Narimani A, et al. Medical students' health-related quality of life: roles of social and behavioural factors. *Med Educ.* oct 2013;47(10):1001-12.
- [68].** Henning MA, Krägeloh CU, Hawken SJ, Zhao Y, Doherty I. The Quality of Life of Medical Students Studying in New Zealand: A Comparison With Nonmedical Students and a General Population Reference Group. *Teach Learn Med.* oct 2012;24(4):334-40.
- [69].** Tempiski P, Bellodi PL, Paro HBMS, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Med Educ.* 5 nov 2012;12:106.
- [70].** Henning M, Hawken S, Krägeloh C, Zhao Y, Doherty I. Asian medical students: Quality of life and motivation to learn. *Asia Pac Educ Rev.* 1 sept 2011;12:437-45.
- [71].** Paro HBMS, Morales NMO, Silva CHM, Rezende CHA, Pinto RMC, Morales RR, et al. Health-related quality of life of medical students. *Med Educ.* mars 2010;44(3):227-35.

Serment

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.*

قسم أبقر اط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

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



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



سنة : 2020
أطروحة رقم: 361

الصحة النفسية لطلبة الطب بالرباط من السنة الأولى إلى السنة السابعة: مراجعة الأدبيات ودراسة مقطعية بأهداف وصفية وتحليلية

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2020

من طرف

السيدة مهي لمطيري شليح
المزداة في 19 يناير 1993 بالرباط

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: الصحة العقلية؛ طلبة الطب؛ الضائقة النفسية

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس	السيد رضوان أبوقال
مشرف	أستاذ في الإنعاش الطبي السيدة جيهان بلعياشي
عضو	أستاذة في الإنعاش الطبي السيد إبراهيم لكحل
عضو	أستاذ في جراحة الشرايين السيدة إيمان جروني
عضو	أستاذة في الطب الاجتماعي السيدة ماريا صابر
	أستاذة في الطب النفسي