



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

Année 2016

Thèse N° 25

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

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 /03 / 2016

PAR

M. Abdallah OUCHTAIN

Né Le 20 Août 1988 à Bouizakarne – Guelmim

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Dépression – Troubles anxieux caractérisés – Étudiants en médecine.

JURY

M.	M. BOUSKRAOUI	PRESIDENT
	Professeur de Pédiatrie	
Mme.	F. MANOUDI	RAPPORTEUR
	Professeur de Psychiatrie	
Mme.	F. ASRI	JUGES
	Professeur de Psychiatrie	
Mme.	H. EL HAOURY	
	Professeur agrégée de Traumatologie Orthopédie	
Mme.	N. LOUHAB	JUGES
	Professeur agrégée de Neurologie	
Mme.	I. ADALI	
	Professeur agrégée de Psychiatrie	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



سورة النمل الآية 19



Serment d'hypocrate

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

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

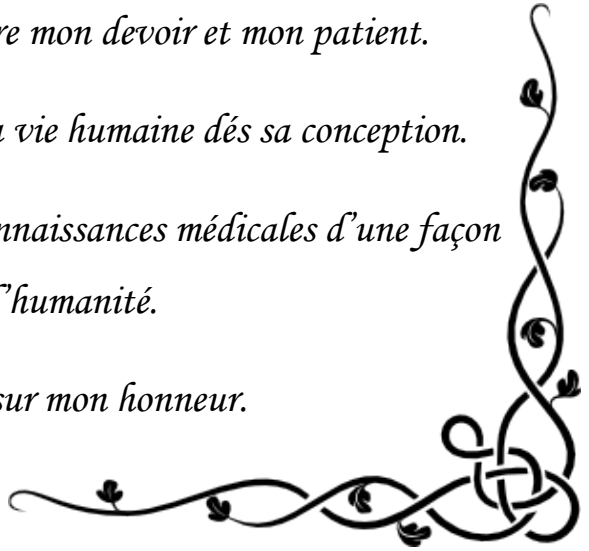
Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.



*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr Badie Azzaman MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique

: Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie

DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato- orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie

BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie-obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie-obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique

EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSI SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie

EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique

REMERCIEMENTS

A
NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR M . BOUSKRAOUI
Professeur de pédiatrie

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech
Chef de service de Pédiatrie A, CHU MED VI de Marrakech
Votre modestie et votre dévouement dans le travail sont remarquables.
Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en
acceptant de présider ce jury. Vos qualités professionnelles et humaines
me serviront d'exemple. Veuillez croire cher Maître, à l'assurance de
mon respect et de ma grande reconnaissance.*

A
MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE:
Pr F. MANOUDI professeur de psychiatrie
au service de psychiatrie universitaire, CHU MED VI Marrakech
*C'est avec un grand plaisir que nous sommes adressé à vous dans le but de
bénéficier de votre encadrement. Je suis très touché par votre
disponibilité, votre sympathie et votre bienveillance. Vos enseignements
et conseils m'ont guidé tout au long de ce travail. Nous sommes très fier
d'avoir appris auprès de vous et nous espérons avoir été à la hauteur de
votre attente. Votre respect pour votre travail me servira d'exemple.
Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.*

A
A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
Pr. F ASSRI professeur de psychiatrie,
chef de service de psychiatrie universitaire, CHU MED VI de Marrakech
*Nous vous sommes très reconnaissant professeur, pour avoir accepté, avec
gentillesse et bienveillance, d'examiner ce travail, et pour l'honneur que
vous m'avez fait de bien vouloir participer à ce jury. Nous avons été
marqué par votre Simplicité, la Clarté et la Rigueur de votre
enseignement Que ce travail soit, chère maître, le témoignage de mon
estime et ma haute considération*

A

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :

*Pr H. EL HAOURY professeur de Traumatologie Orthopédie
au service de Traumatologie orthopédie A, CHU MED VI Marrakech*
Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant
avec spontanéité de juger notre modeste travail.
Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de nos sentiments
respectueux et de notre grande admiration pour vos précieuses qualités
humaines et professionnelles.

A

NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :

*Pr N. LOUHAB professeur Agrégée de Neurologie
au service de neurologie, CHU MED VI de Marrakech*
Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant
de siéger parmi notre jury de thèse. Durant notre passage au service de
neurologie nous avons eu le privilège de bénéficier de votre sens
professionnel, votre encadrement et vos conseils lumineux et de votre
simplicité exemplaire.
Veuillez acceptez cher maître, dans ce travail d'assurer de notre grande
estime et profond respect

A

NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :

*Pr I. ADALI professeur Agrégée de psychiatrie
au service de psychiatrie universitaire, CHU MED VI de Marrakech*
Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant
juger ce travail, Votre compréhension votre simplicité et votre accueil
chaleureux resteront pour nous le meilleur exemple.
Veuillez trouver cher maître, dans ce travail l'expression de notre
reconnaissance et notre très haute considération.

A

Nos chers maîtres chefs des services du CHU MED VI qui nous ont facilité la réalisation de notre enquête.

A

*DOCTEUR I SAKR et DOCTEUR NELBERMAKI
médecins au service de psychiatrie universitaire
au CHU MED VI de Marrakech*

Votre aide pour nous dans ce travail était d'une grande valeur. Votre compréhension et votre simplicité resteront pour nous le meilleur exemple.

Veuillez trouver chères Docteurs, dans ce travail l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude

A

*Docteur Abdessamad AMAL
professeur à l'école supérieure de commerce de Marrakech
Vous nous avez trop aidés dans ce travail. Votre compréhension et votre simplicité resteront pour nous le meilleur exemple.
Nous vous en sommes très reconnaissants*

A

Tous les étudiantes et étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech qui avaient participé à cette étude.

A

*TOUS LE PERSONNEL DE LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DE MARRAKECH
En témoignage de ma gratitude et mes remerciements.*



ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations

APA	: American psychiatric association
ATCD	: Antécédent
DSM IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
ESTP	: Etat de stress post traumatique
FMPM	: faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
HAS	: Haute autorité de la santé
PS	: phobie sociale
TAC	: troubles anxieux caractérisés
TAG	: trouble d'anxiété généralisée
TOC	: trouble obsessionnels compulsifs
TP	: trouble de panique



PLAN

INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. Matériels de l'étude	5
1. type d'étude	5
2. L'échantillon	5
3. Le questionnaire	6
4. Le déroulement de l'enquête	7
II. Méthode statistique	7
RÉSULTATS	8
I. L'Analyse descriptive :	9
1. Les caractéristiques sociodémographiques des étudiants	9
II. L'analyse bi variée :	17
1. L'étude de la dépression	17
2. les troubles anxieux caractérisés :	24
3. La corrélation entre la dépression et les TAC chez les étudiants de la FMPP.	31
DISCUSSION :	32
I. Généralités	33
1. Les Troubles anxieux caractérisés	33
2. La dépression :	47
II. Discussion des résultats	51
1. L'étude de la dépression	51
2. L'étude des TAC	53
3. Comparaison de la dépression selon les différentes variables	55
4. Comparaison des TAC selon les différentes variables	61
CONCLUSION	65
ANNEXES	68
BIBLIOGRAPHIE	81



INTRODUCTION

La santé mentale des étudiants en médecine était au centre d'intérêt de plusieurs chercheurs depuis les années cinquante du vingtième siècle[1], et les troubles anxieux caractérisés et dépressifs sont les plus étudiés .Selon la revue de la littérature de Dyrbye et Al [2] (2006) des études menées aux États-Unis et au Canada suggèrent une prévalence élevée des troubles anxieux caractérisés et dépressifs parmi les étudiants en médecine ,ainsi que des niveaux de détresse psychique plus élevés que dans la population générale du même âge .Ce taux élevé des problèmes psychiques chez les futurs médecins est également observé en Europe [3 ; 4] , en Asie [5] ,[6],[7]et au moyen orient [8], [9].

Un certain nombre de ces études a conclu que la faculté de médecine est considérée comme un temps de détresse psychologique significatif pour les médecins en formation du à certains aspects de l'apprentissage où ces derniers sont face à des événements traumatisants (la dissection des cadavres, la mort, la faiblesse) qui peuvent avoir des effets négatifs sur leur santé mentale et leurs état émotionnel [10].

Le développement des troubles anxieux caractérisés et de la dépression est lié à des facteurs de stress spécifiques à la formation médicale qui sont selon Supe [11] la charge d'informations, l'endettement financier et le manque du temps de loisirs.Aussi à des des facteurs indépendants de l'université notamment être du sexe féminin,la présence d'antécédents familiaux psychiatriques [3].

Ce grand intérêt à ce sujet qui est étendu dans le temps et l'espace est expliqué par les conséquences négatives que ces troubles peuvent avoir sur les performances académiques des futurs médecins, aussi sur leurs développements professionnels et enfin sur la prise en charge de leurs patients. Ces troubles mentaux contribuent aussi à un déclin de la santé physique des étudiants ainsi que le développement de mauvaises habitudes notamment la diminution de l'activité physique et l'abus de toxiques [2].

Tout cela montre la nécessité de mener cette étude, qui est la première au Maroc, à propos des troubles anxieux caractérisés et dépressifs aux prés des étudiants de la FMPM, pour avoir une idée sur l'état des lieux en déterminant la prévalence de chacun de ces troubles et enfin connaître les étudiants en détresse qui seront les candidats à une éventuelle aide et soutien psychique. L'étude des caractéristiques de ces troubles nous permettra d'agir sur les facteurs qui sont associés à une prévalence élevée dans le but d'améliorer l'état psychique de nos étudiants.

La création récente depuis six mois d'une cellule d'écoute au sein de la FMPM, et une initiative très précieuse qui aura un apport majeur en matière de soutiens aux étudiants en détresse surtout qu'elle est joignable même en dehors des horaires administratifs.

*MATÉRIELS
&
MÉTHODES*

I. Matériels de l'étude :

1. Type de l'étude :

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive afin d'estimer la prévalence et les caractéristiques des troubles anxieux caractérisés et dépressifs chez les étudiants de la FMPM.

2. Echantillonnage :

Notre enquête a concerné un échantillon de 350 étudiants de la FMPM de l'université Cadi Ayyad.

Pour calculer la taille de l'échantillon, il fallait tenir compte de la prévalence selon la littérature de la dépression (23%) et des troubles anxieux caractérisés (69%)[9] et de la précision souhaitée (3 %). La taille est obtenue par la formule Suivante :

$$N = P (1 - P) (Zx / D)^2$$

N : Taille de l'échantillon.

P : Prévalence de la dépression et des troubles anxieux caractérisés selon la littérature.

Zx : Degré de confiance.

D : Ecart d'imprécision.

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

Afin de maximiser la puissance statistique de l'étude nous avons mené notre enquête auprès de 350 étudiants.

Nous avons fait un choix raisonné en fonction du niveau d'étude, en prenant 50 étudiants de chaque promotion de la première à la septième année, et du genre faisant que le nombre de filles dans notre échantillon soit proportionnel à leur nombre dans chaque niveau.

3. Le questionnaire: (voir annexes)

Un questionnaire élaboré par le service universitaire psychiatrique du CHU Mohamed VI de Marrakech a permis de réaliser un entretien psychiatrique avec les étudiants à l'aide de deux psychiatres docteur SAKR et docteur EL BERMAKI et moi même. Le questionnaire est subdivisé en trois parties :

1° partie comprend :

- Les caractéristiques sociodémographiques des étudiantes.
- les ATCDs personnels et familiaux psychiatriques.
- la consommation de toxique.

2° partie vise l'identification à l'aide du Mini DSM IV diagnostic [12] des étudiants souffrants des TAC.

3° partie concerne l'évaluation de la dépression à travers l'échelle de Beck [13]:

L'échelle de Beck est un Auto-questionnaire qui comporte 13 items, chaque item est coté de 0 à 3.

Les normes prises en compte sont :

- 0-4 : pas de dépression.
- 5-7 : dépression légère.
- 8-15 : dépression modérée.
- 16 et plus : dépression sévère.

Dans notre étude nous avons considéré qu'un étudiant déprimé est celui qui a un seuil supérieur ou égal à 5.

4. Déroulement de l'enquête :

L'enquête a débuté en septembre 2014 et s'est étalée sur une période de 2 mois à distance des examens du premier partiel qui ont lieu d'habitude au mois de janvier pour éviter une éventuelle influence sur le psychisme des étudiants. La prise de contact avec les étudiants se faisait dans les salles de cours, à la bibliothèque, à la buvette et aux services hospitaliers.

Après leur avoir expliqué l'objectif de l'enquête, l'équipe réalisait un entretien psychiatrique avec chacun d'eux, et les réponses ont été recueillies sur place, ce qui élimine d'emblée les non réponses.

II. Méthode statistique :

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:

Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.

- Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
- Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes.

Une analyse bi variée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests

Statistiques notamment:

- Le test de student pour comparer deux moyennes.
- Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages.
- Lorsque les conditions des tests décrits ci-dessus étaient absentes, nous avons fait appel à des tests non paramétriques.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est Sphinx plus ². Le seuil de signification a été fixé à 5%.



RÉSULTAT

I. L'Analyse descriptive :

1. Les caractéristiques sociodémographiques des étudiants

1.1. AGE

La moyenne d'âge était de 21,55 ans $\pm$ 2,30 ans avec des extrêmes de 17 à 27 ans.

La tranche d'âge 21 -23 ans était la plus représentative au niveau de notre échantillon soit 40%. , 2 % des étudiants avaient moins de 18 ans, 34,6 % avaient entre 18 et 20 ans et 23,4% avaient 24 ans et plus. (Figure n° 1)

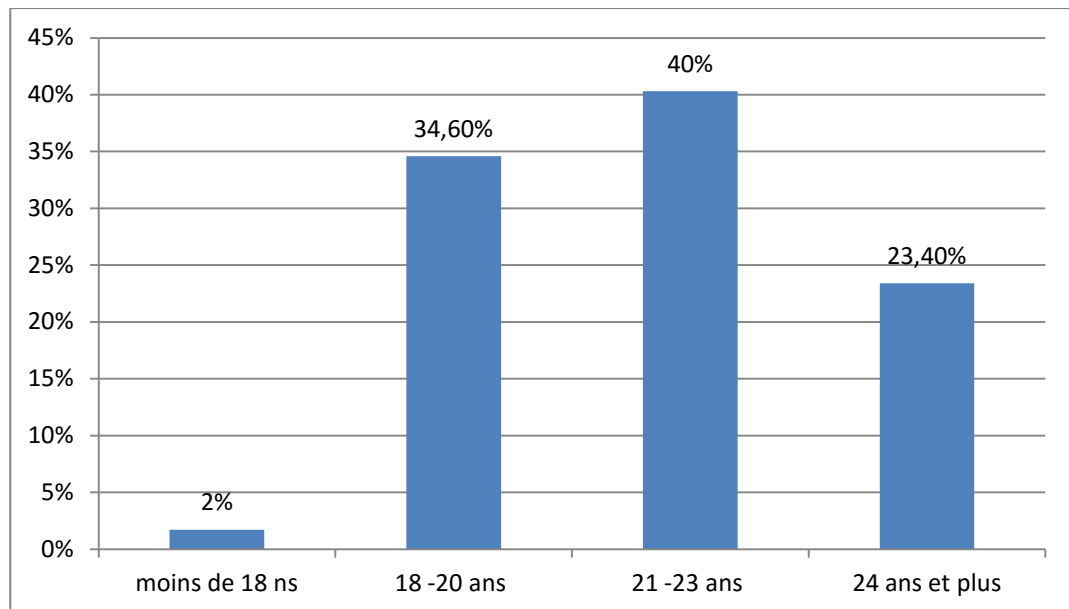


Figure n° 1 : Répartition des étudiants selon l'âge.

1.2. SEXE

Plus que la moitié de l'échantillon étaient de sexe féminin(64,6%) . figure 2

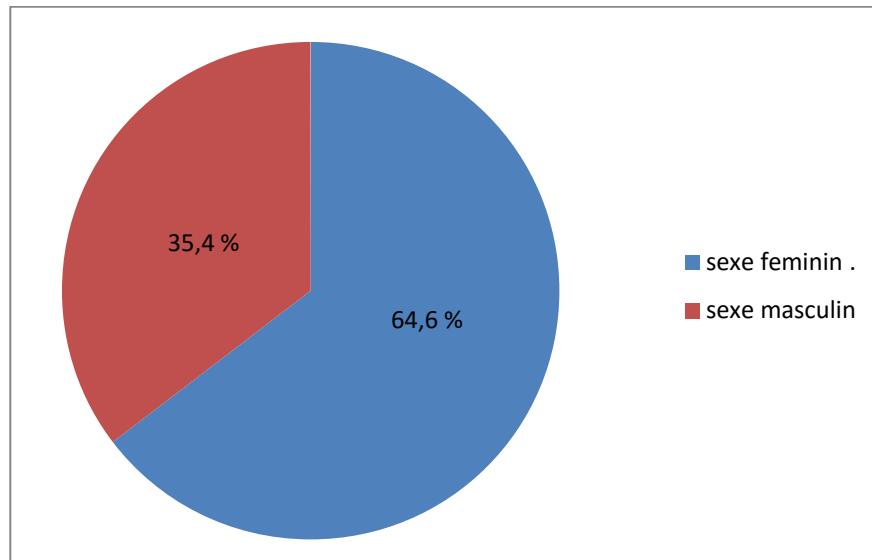


Figure n° 2: Répartition des étudiants selon le sexe.

1.3. Origine géographique :

L'origine urbaine était la plus représentative avec 94,6 %.

1.4. Situation familiale

La majorité des étudiants étaient célibataires(94,4%) alors que 4,4 % étaient mariés et 1,2 % étaient divorcés .

1.5. Mode de vie :

Plus d'un tiers des étudiants vivaient avec leurs parents(39,7%) . (Figure n° 3)

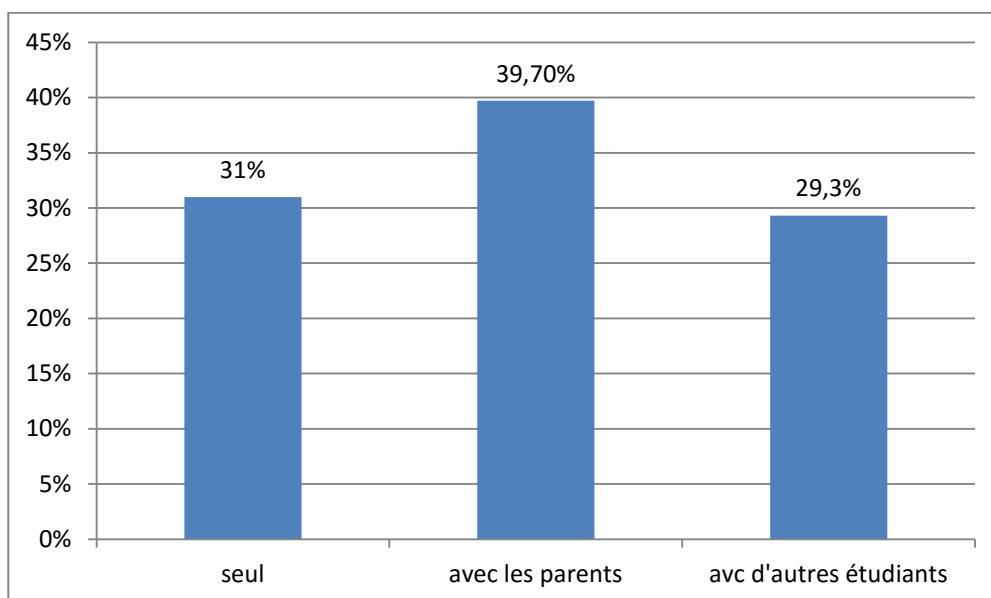


Figure n° 3: Répartition des étudiants selon le mode de vie.

1.6. Niveau socio-économique de la famille

Plus que la moitié des étudiants (52,2%) étaient issus de famille dont le revenu mensuelle était inférieur à 5000 dirhams (figure 4).

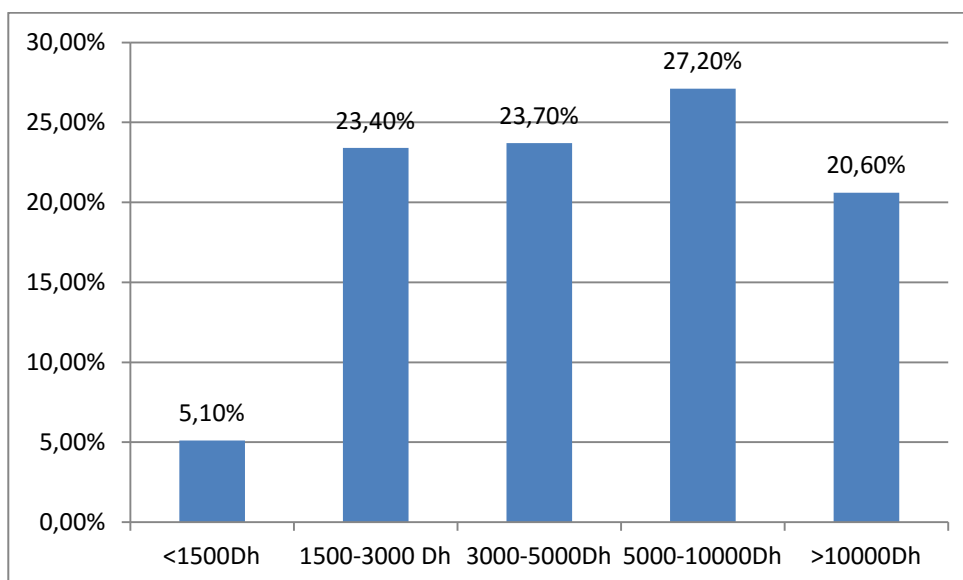


Figure n° 4: Répartition des étudiants selon le revenu mensuel des parents.

1.7. Parent médecin :

La majorité des étudiants n'avaient pas de parent médecin (89,4%) (Tableau I),seulement 38 étudiants soit 10,6% avaient leur parent médecin.

Tableau I : Répartition des étudiants selon le parent médecin.

Parent médecin	Nombre des étudiants	Pourcentage des étudiants
Oui	38	10,6%
Non	312	89,4 %
Total	350	100%

1.8. Antécédent personnel psychiatrique :

Moins d'un cinquième des étudiants (17,6%) avaient un antécédent personnel psychiatrique dont 63,8 % souffraient de dépression. (Figure5)

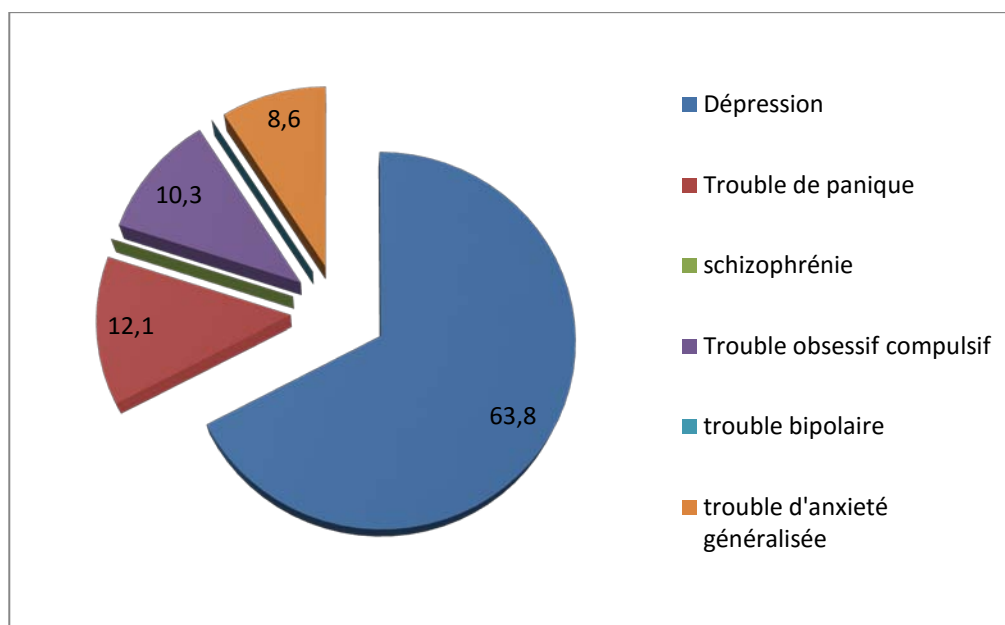


Figure n° 5 : Répartition des antécédents personnels psychiatriques

1.9. Antécédents familiaux psychiatriques :

Presque un quart des étudiants avaient un antécédent psychiatrique familial (22,9%), dont presque la moitié (47,5%) avaient une dépression et l'autre moitié avaient un des troubles anxieux caractérisés.(Figure 6)

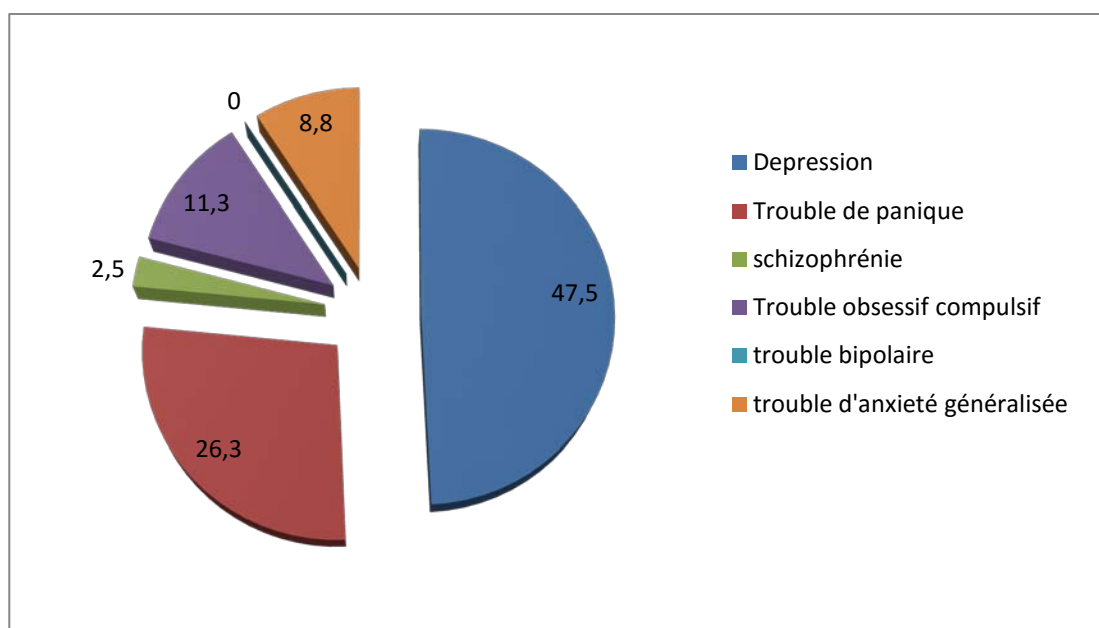


Figure n° 6 : Répartition des antécédents familiaux psychiatriques.

1.10. Consommation des toxiques :

a. Consommation du tabac

La prévalence globale du tabagisme dans notre échantillon était de 15,4% (Tableau II).

Tableau II : Répartition des étudiants selon le tabagisme

Etudiant	nombre	%
Consommateurs du tabac	54	15,4 %
Non consommateurs du tabac	296	84,6%
Total	350	100%

b. Consommation du haschich

La prévalence globale de la consommation du haschich était de 6,2%.(Tableau III)

Tableau III : Répartition des étudiants selon La consommation du Haschich.

Etudiants	Nombre	%
Consommateur du Haschich	22	6,2%
Non consommateur du Haschich	328	93,8%
Total	350	100%

c. Consommation de l'alcool.

La prévalence globale de la consommation d'alcool était de 15,7%. (Tableau IV)

Tableau IV : Répartition des étudiants selon La consommation de l'alcool.

Etudiants	Nombre	%
Consommateur d'alcool	54	15,4%
Non consommateur d'alcool	296	84,6%
Total	350	100%

1.11. la prévalence de la dépression :

Plus d'un tiers des étudiants de notre échantillon étaient déprimés (35,1%). (Figure 9)

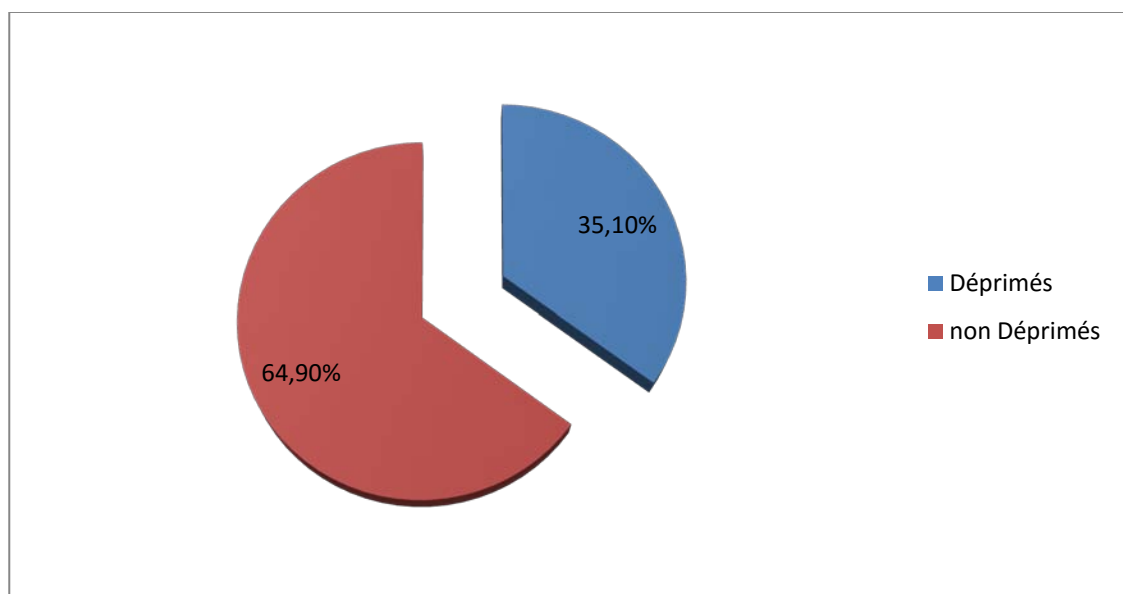


Figure n° 9 : la prévalence de la dépression chez les étudiants.

1.12. Prévalence des troubles anxieux caractérisés :

Plus que la moitié des étudiants présentaient un des trouble anxieux caractérisés (54%), la phobie sociale reste le trouble anxieux le plus présent avec une prévalence de 18% suivi du trouble de panique 13,1% puis du trouble d'anxiété généralisée 12% et l'état de stress post traumatique en dernier lieu avec 2% . (Figure 10)

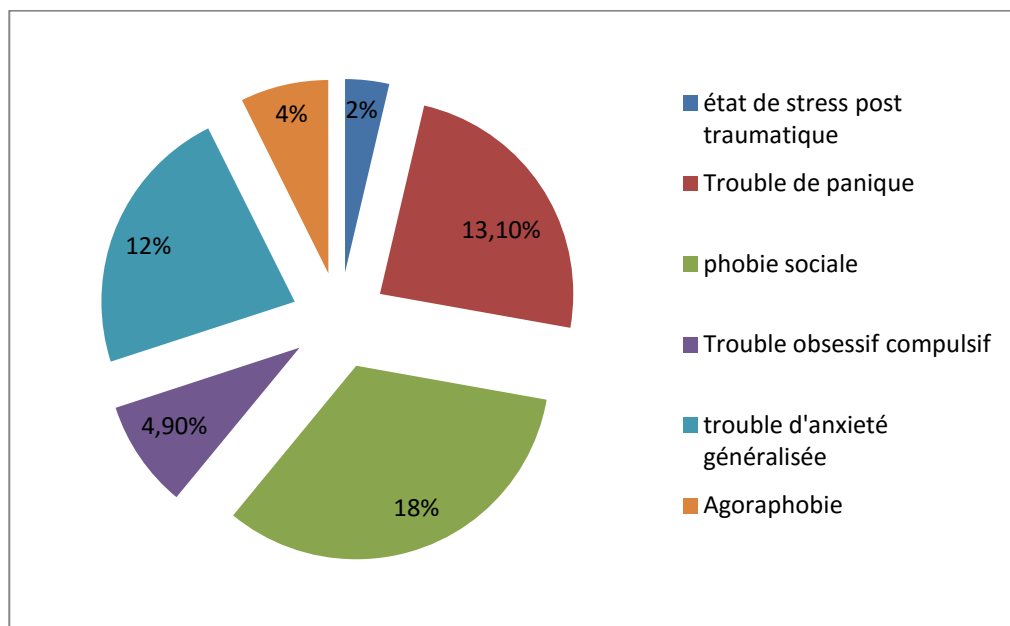


Figure n° 10 : La répartition des troubles anxieux caractérisés chez les étudiants

**Tableau récapitulatif V : les caractéristiques sociodémographiques
des étudiants de notre échantillon**

Caractéristiques	Effectif	pourcentage
Age :		
– moins de 18 ans	7	2%
– entre 18 et 20 ans	121	34,6%
– entre 21 et 23 ans	141	40%
– 24 ans et plus	81	23,4%
Sexe :		
– féminin	226	64,6%
– masculin	124	35,4%
Situation familiale :		
– célibataire	330	94,4%
– marié	15	4,4%
– divorcé	5	1,2%
Mode de vie :		
– seul	108	31%
– avec les parents	139	39,7%
– autres étudiants	103	29,3%
Niveau socio-économique des parents :		
– <1500 Dh	18	5,1%
– 1500-3000 Dh	81	23,4%
– 3000-5000 Dh	83	23,7%
– 5000-10000 Dh	96	27,2%
– >10000 Dh	72	20,6%
Parents médecin :		
– oui	38	10,6%
– non	312	89,4 %
Antécédent psychiatrique personnel		
– Oui	62	17,6%
– Non	288	82,4%
Antécédent psychiatrique familial		
– Oui	80	22,9%
– non	270	77,1%
Consommation du tabac		
– Oui	54	15,4 %
– Non	296	84,6%
Consommation de haschich		
– Oui	22	6,2%
– Non	328	93,8%
Consommation de l'alcool		
– Oui	54	15,4%
– Non	296	84,6%

Tableau récapitulatif VI de la Prévalence des troubles anxieux caractérisés et de la dépression :

Les troubles psychiatriques	effectif	La Prévalence
Trouble dépressif		
– oui	123	35,1%
– non	227	
Trouble anxieux caractérisés	189	54%
– Phobie sociale	62	18%
– TP	45	13,1%
– TAG	43	12%
– TOC	17	4,9%
– Agoraphobie	15	4%
– ESPT	7	2%

II. L'Analyse bi variées :

1. L'étude de la dépression :

1.1. Corrélation entre la dépression et le sexe :

Presque trois quarts des étudiants (71,54%) qui présentaient une dépression étaient de sexe féminin. (Figure 11)

La relation est statistiquement significative.

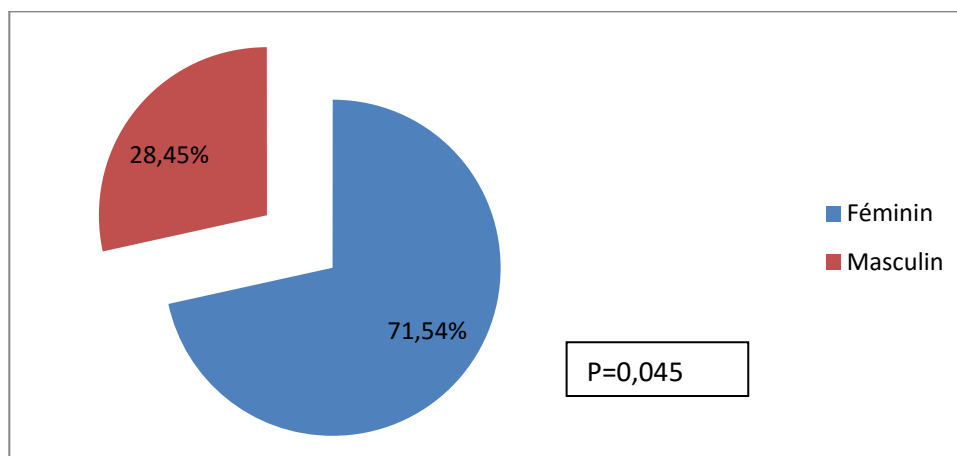


Figure n° 11 : la répartition des étudiants déprimés en fonction du sexe.

1.2. Corrélation entre la situation maritale et la dépression :

La majorité des étudiants déprimés étaient célibataires (97,57%) que 2,43% étaient divorcés.

(P=15% la relation n'est pas statistiquement significative).

1.3. Corrélation entre le mode de vie et la dépression :

Presque la moitié des étudiants déprimés habitaient avec leur parents (47,15%), 29,28% habitent avec d'autres étudiants et 23,57% habitaient seuls.(figure 12)

La relation est statistiquement significative.

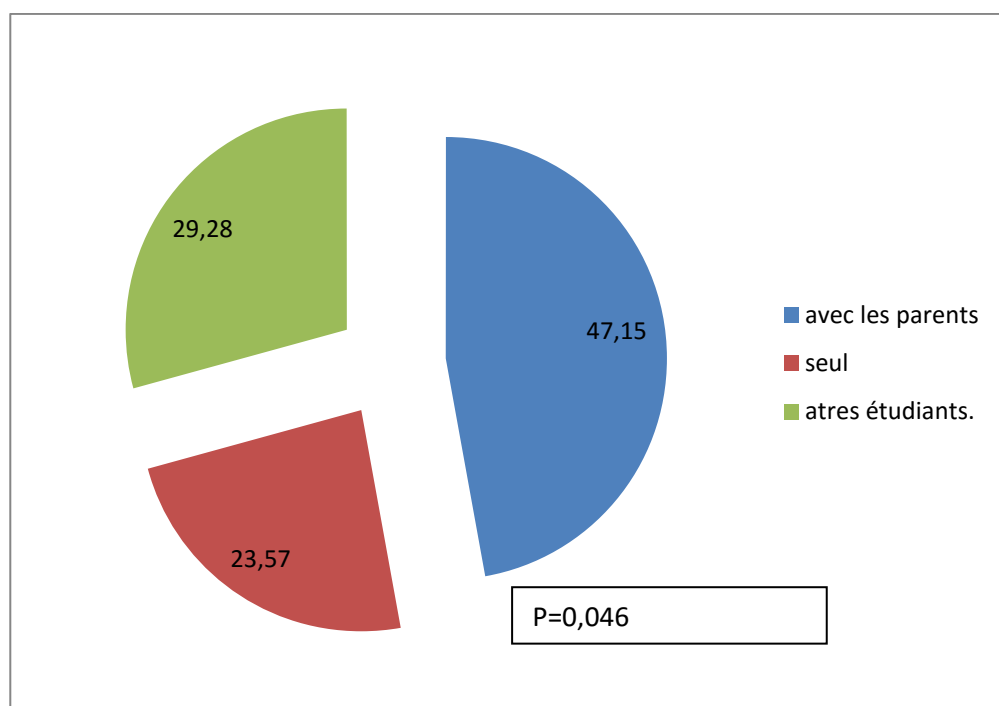


Figure n° 12 : la répartition des étudiants déprimés en fonction du mode de vie.

1.4. La Corrélation entre le niveau d'étude et la dépression :

Plus que la moitié des étudiants (62%) en quatrième année étaient déprimés, ce taux commence à diminuer à partir de la cinquième année. (Figure 13)

La relation est très significative statistiquement.

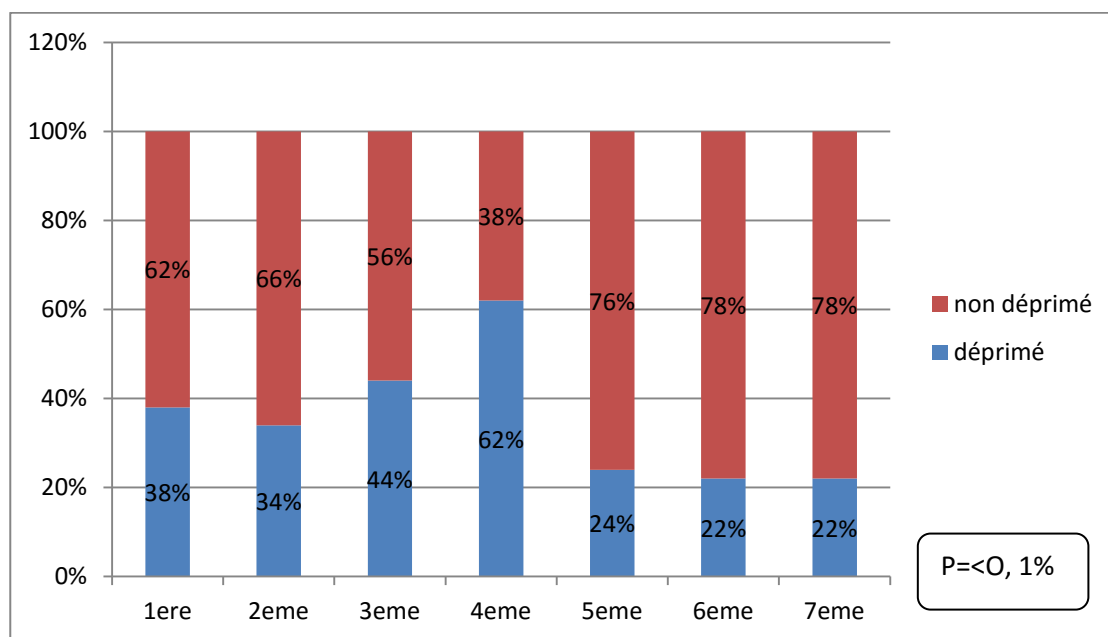


Figure n° 13 : la répartition des étudiants déprimés en fonction du niveau d'étude.

1.5. La corrélation entre le niveau socio économique et la dépression :

Plus que la moitié des étudiants déprimés étaient issus de famille dont le revenu mensuel est inférieur à 5000 dirhams (52,02 %), et 23,57 % sont issus de famille dont le revenu est supérieur à 10000 dirhams. (Figure 14)

La relation est statistiquement significative.

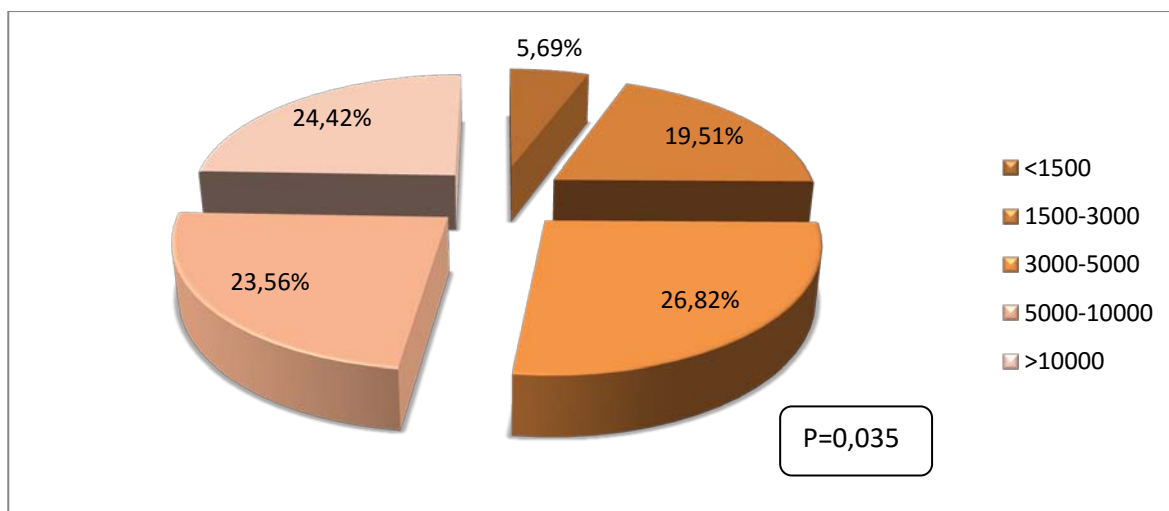


Figure n° 14 : la répartition des étudiants déprimés en fonction du revenu mensuel des parents

1.6. La corrélation entre le parent médecin et la dépression :

La majorité des étudiants (86,75%) déprimés n'ont pas un parent médecin. Seulement 13,25 % des étudiants déprimés avaient au moins un parent médecin (figure 15)

La relation est statistiquement significative.

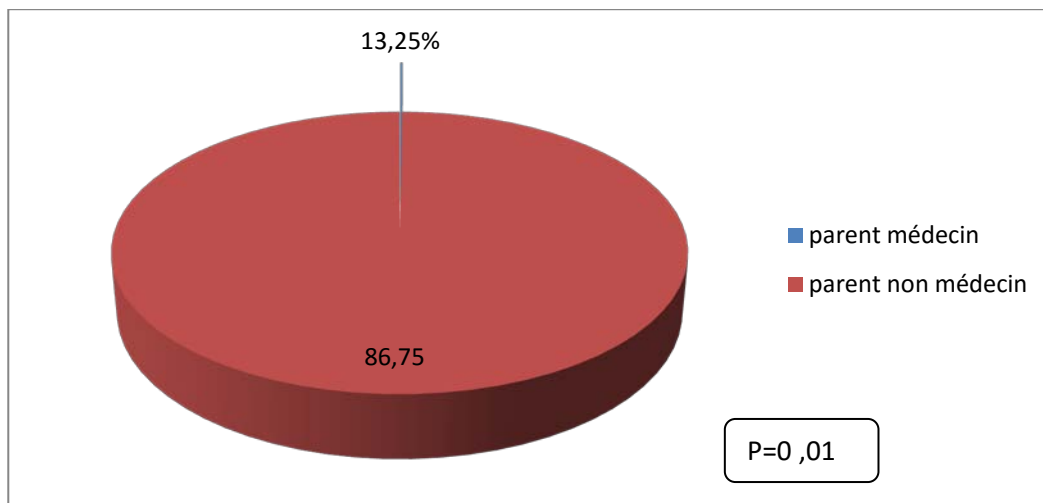


Figure n° 15 : la répartition des étudiants déprimés en fonction du fait d'avoir un parent médecin.

1.7. La corrélation entre l'ATCD personnel psychiatrique et la dépression :

La majorité des étudiants déprimés soit (77,24%) avaient un antécédent personnel psychiatrique.(figure 16)

La relation est statistiquement significative.

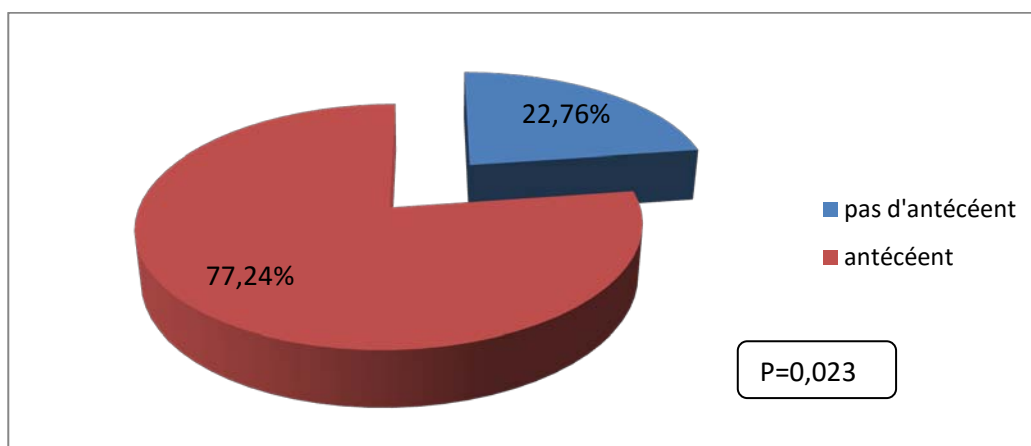
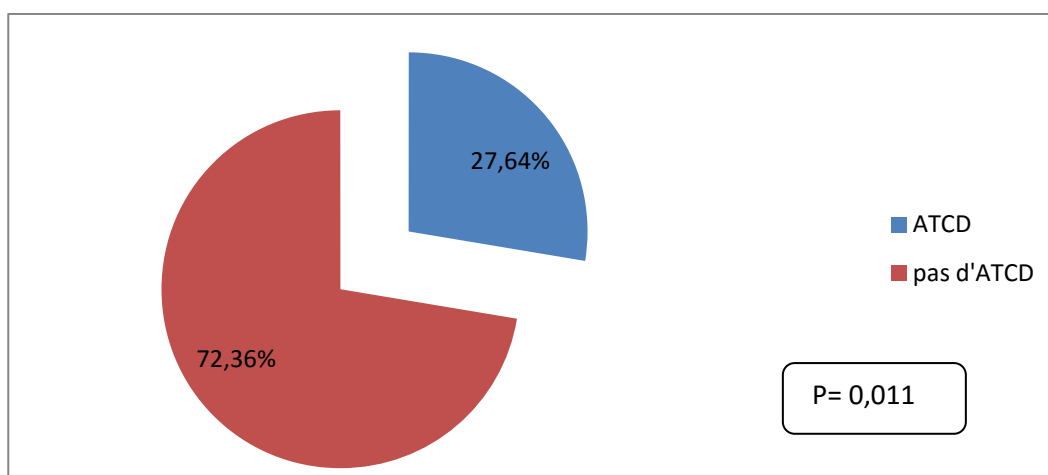


Figure n° 16 : la répartition des étudiants déprimés en fonction de l'antécédent personnel psychiatrique.

1.8. La corrélation entre l'ATCD familial psychiatrique et la dépression :

La majorité des étudiants déprimés soit 72,36% n'avaient pas d'ATCD familial psychiatrique.(figure 17)

La relation est statistiquement peu significative.

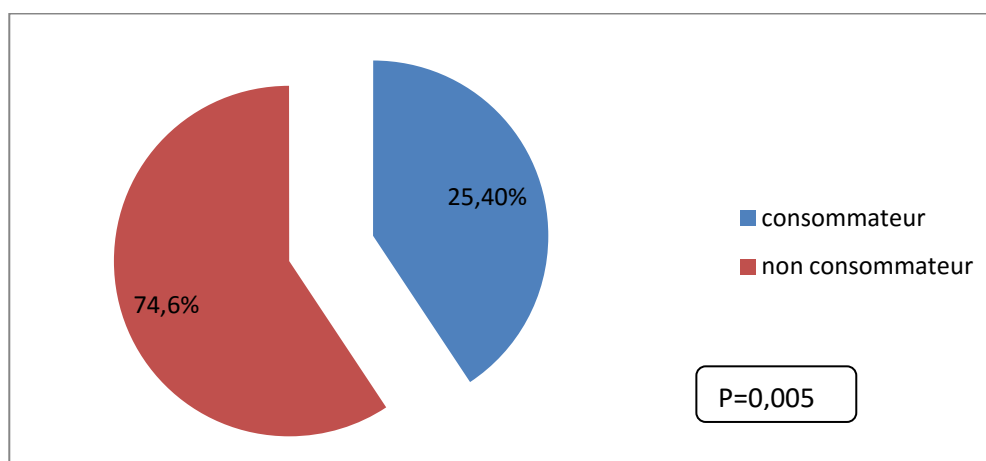


**Figure n° 17 : la répartition des étudiants déprimés
en fonction de l'antécédent familial psychiatrique**

1.9. la corrélation entre la consommation de l'alcool et la dépression :

Presque un quart des étudiants déprimés sont des consommateurs d'alcool.(figure 18)

La relation est statistiquement significative



**Figure n° 18 : la répartition des étudiants déprimés
en fonction de la consommation d'alcool**

1.10. la corrélation entre la consommation du tabac et la dépression :

Presque un tiers des étudiants (32,4%) déprimés sont des consommateurs de tabac.(Figure 19)

La relation est statistiquement significative

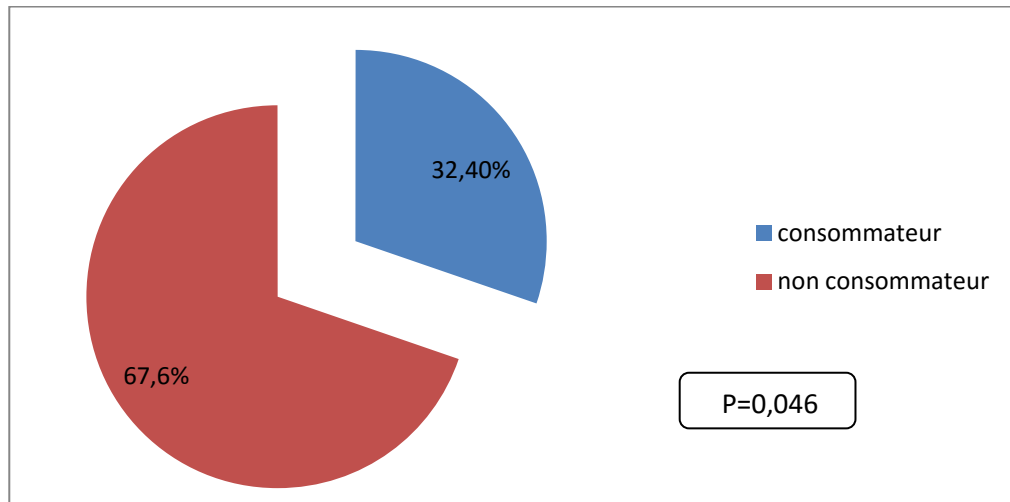


Figure n° 19 : la répartition des étudiants déprimés en fonction de la consommation du tabac

1.11. la corrélation entre la consommation du haschich et la dépression :

Seulement 19,25% des étudiants déprimés sont des consommateurs du haschich.(figure 20)

La relation est statistiquement significative.

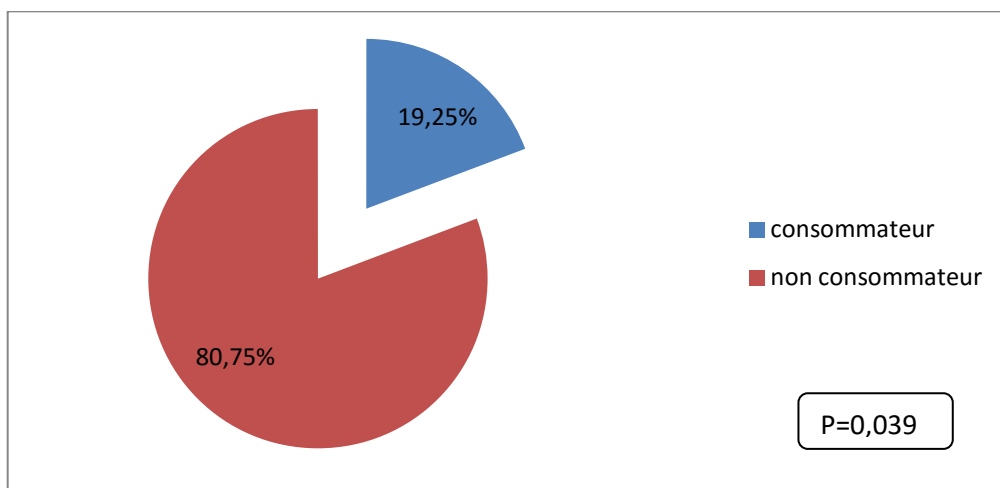


Figure n° 20 : la répartition des étudiants déprimés en fonction de la consommation du haschich

**Tableau VII récapitulatif de la corrélation de la dépression
avec les caractéristiques sociodémographiques**

Les caractéristiques		Pourcentage	L'indice de Pearson
Sexe	Féminin	71,56%	P=0,045
	Masculin	28,45%	
Situation maritale	célibataire	97,57%	P=0,15
	Divorcé	2,43%	
Niveau d'Etude	1 ^{ere}	38%	P= <0,01
	2 ^{ème} année	34%	
	3 ^{ème} année	44%	
	4 ^{ème} année	62%	
	5 ^{ème} année	34%	
	6 ^{ème} année	38%	
	7 ^{ème} année	38%	
Revenu des parents	<1500	5,69%	P=0,035
	1500–3000	19,51%	
	3000–5000	26,82%	
	5000–10000	23,56%	
	>10000	24,42%	
Parent médecin	OUI	13,25%	P=0,01
	NON	86,75%	
ATCDs psychiatriques personnels	OUI	77,24%	P=0,023
	NON	22,76%	
ATCDs psychiatriques familiaux	OUI	72,34%	P=0,011
	NON	27,64%	
Consommation d'alcool	OUI	25,4%	P=0,005
	NON	74,6%	
Consommation du tabac	OUI	32,4%	P=0,046
	NON	77,6%	
Consommation du haschich	OUI	19,25%	P=0,039
	NON	80,75%	

2. L'étude des troubles anxieux caractérisés:

2.1. Corrélation entre le sexe et la prévalence des troubles anxieux caractérisés :

A peu près deux tiers (64,39%) des étudiants qui présentaient un TAC étaient de sexe féminin .(figure 21)

La relation est statistiquement significative

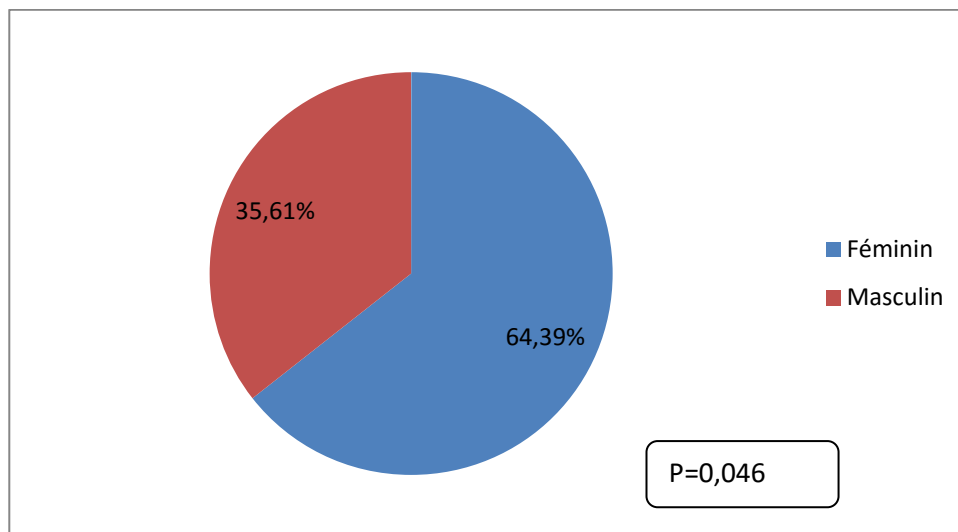


Figure n° 25 : la répartition des étudiants qui avaient un trouble anxieux caractérisé en fonction du sexe.

2.2. La corrélation entre Le niveau d'étude et la prévalence des troubles anxieux caractérisés :

Plus que deux tiers des étudiants de la quatrième année (72%) présentaient un TAC, ce taux commence à diminuer à partir de la cinquième année. (figure 23)

La relation est statistiquement significative.

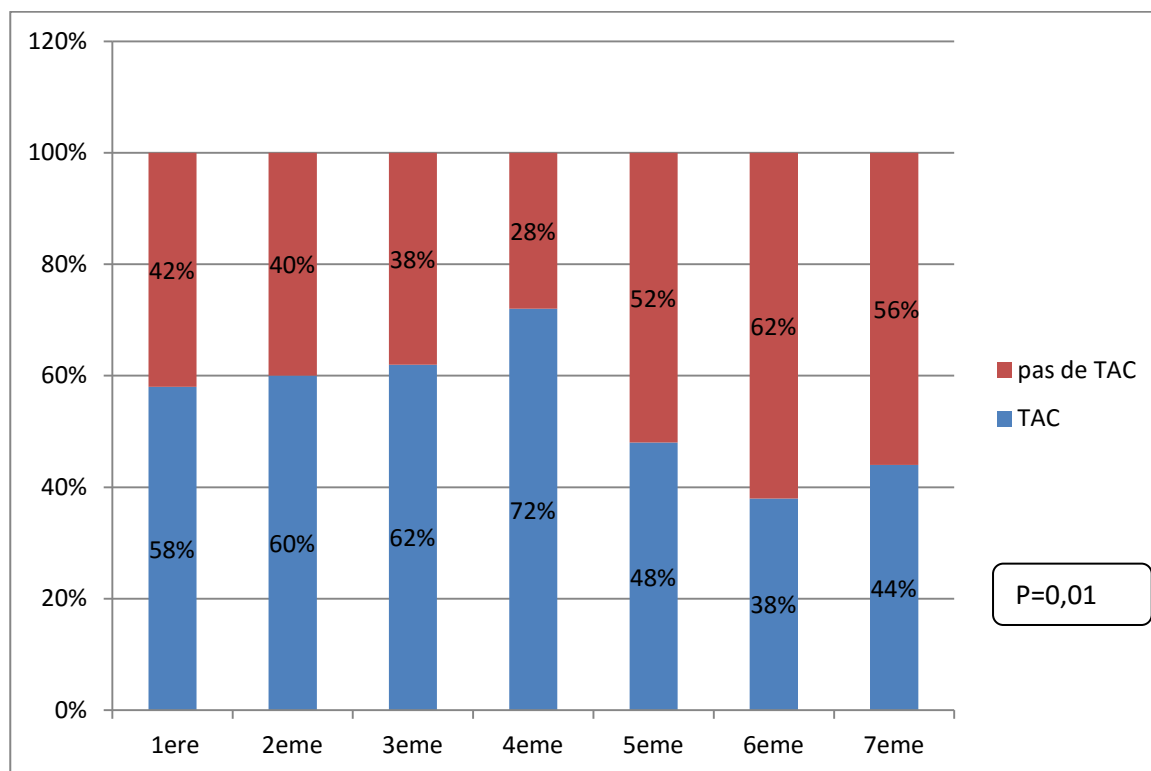


Figure n° 23 : la répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux caractérisé en fonction du niveau d'étude.

2.3. La corrélation entre Le niveau socio économique et la prévalence des troubles anxieux caractérisés:

Plus que la moitié des étudiants(54,96%) qui avaient un TAC sont issus de famille dont le revenu mensuel est inférieur à 5000 dirhams, et 20,44% étaient issus de famille dont le revenu est supérieur à 10000 dirhams .(figure 24)

La relation est statistiquement significative.

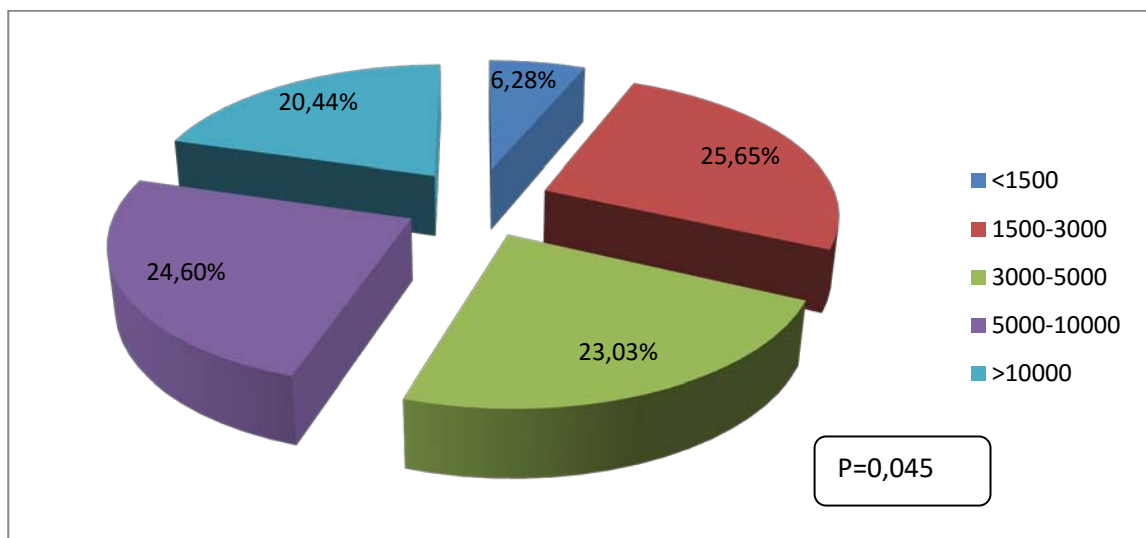


Figure n° 24 : la répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux caractérisé en fonction du revenu mensuel des parents

2.4. La corrélation entre L'antécédent personnel psychiatrique et la prévalence des troubles anxieux caractérisés:

La majorité des étudiants qui présentaient un TAC n'avaient pas d'antécédents personnels psychiatriques.(figure25)

La relation est statistiquement non significative

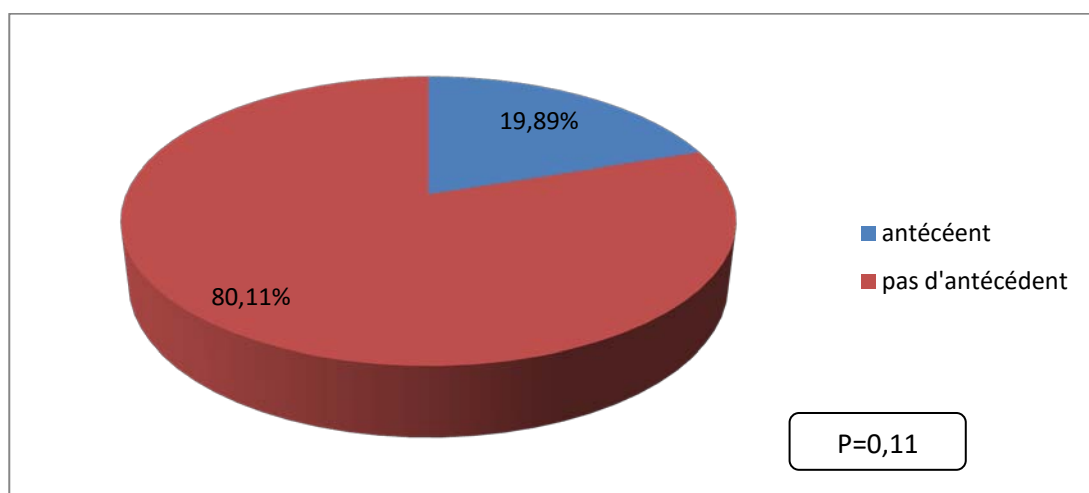


Figure n° 25 : la répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux caractérisé en fonction de l'antécédent personnel psychiatrique.

2.5. La corrélation entre Les antécédents familiaux psychiatrique et la prévalence des troubles anxieux caractérisés:

Plus que trois quarts des étudiants soit 76,46% qui avaient un trouble anxieux caractérisé n'avaient pas d'antécédent familial psychiatrique.(figure 26)

La relation est statistiquement non significative.

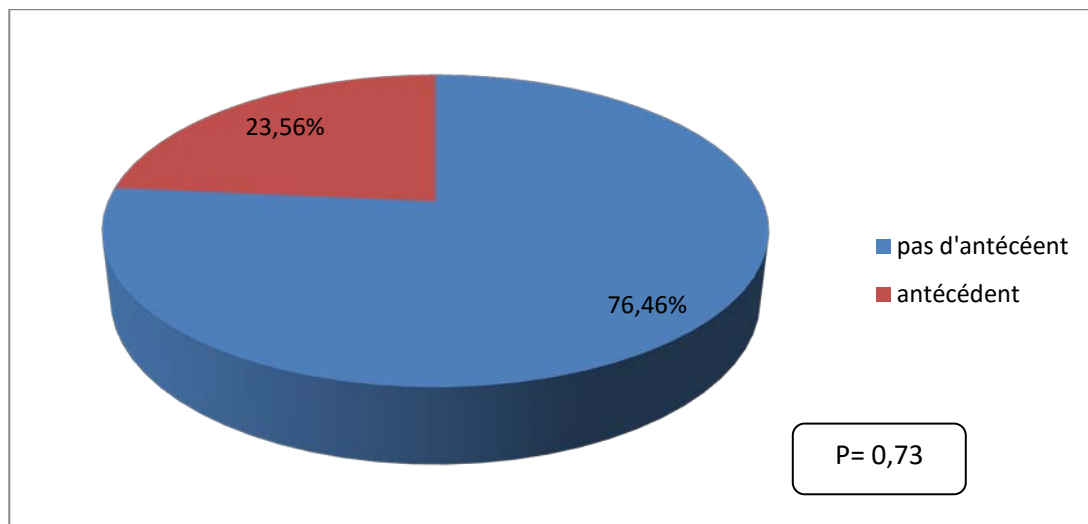


Figure n° 26: La répartition des étudiants qui ont un TAC en fonction de l'antécédent familial psychiatrique.

2.6. La corrélation entre Les la consommation de l'alcool et la prévalence des troubles anxieux caractérisés:

Presque le tiers des étudiants (30,4%) qui présentaient un trouble anxieux caractérisé étaient des consommateurs d'alcool. (Figure 27)

La relation est statistiquement significative

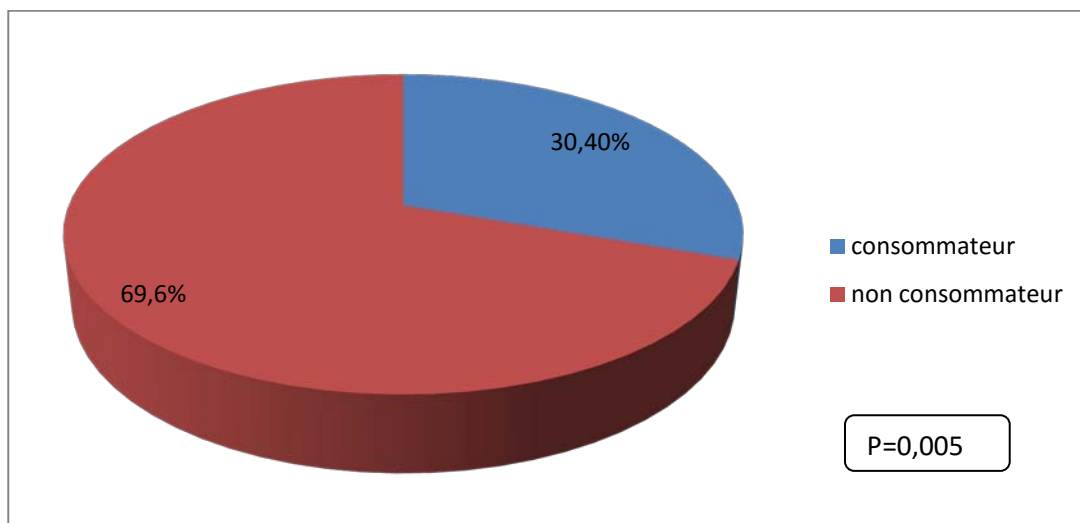


Figure n° 27 : répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux caractérisé en fonction de la consommation d'alcool.

2.7. la corrélation entre la consommation du tabac et la prévalence des troubles anxieux caractérisés :

Plus qu'un quart des étudiants qui avaient un TAC étaient des consommateurs du tabac.
(Figure 28)

La relation est statistiquement significative.

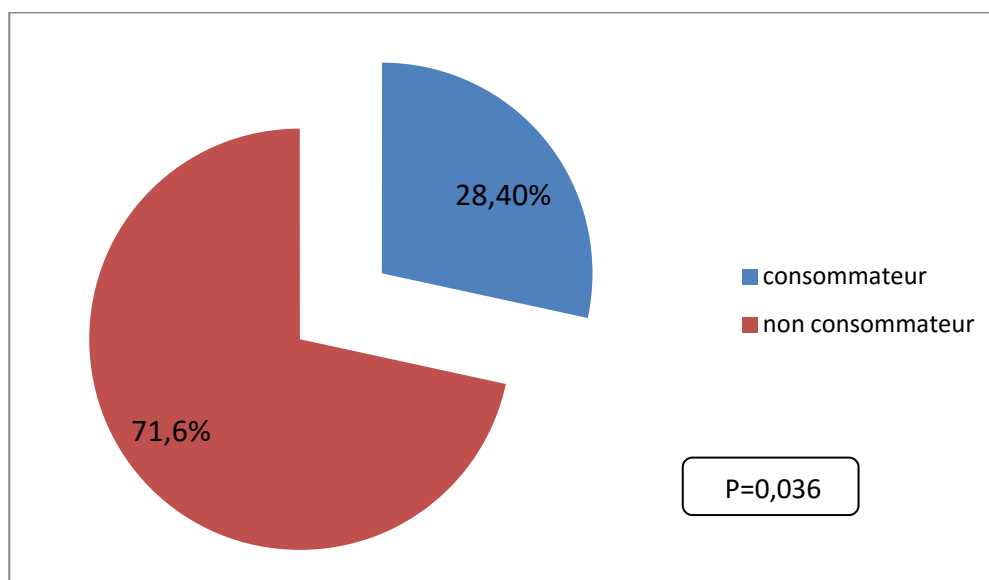


Figure n° 28 : la répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux caractérisé en fonction de la consommation du tabac

2.8. la corrélation entre la consommation du haschich et la prévalence des troubles anxieux caractérisés :

plus qu'un quart des étudiants (26,15%) qui avaient un TAC sont des consommateurs du haschich.(figure 29)

La relation est statistiquement significative.

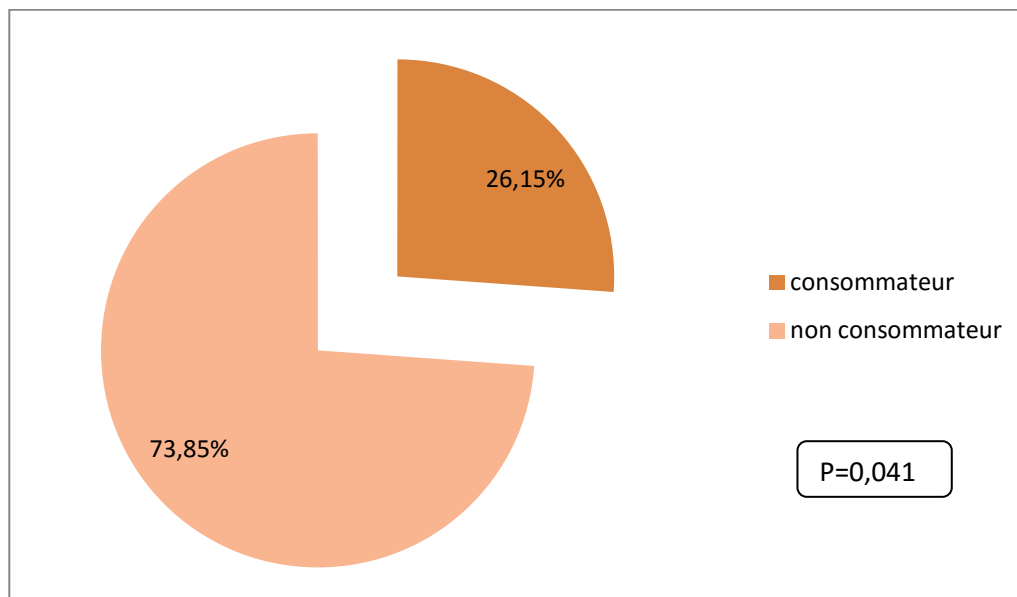


Figure n° 29 : la répartition des étudiants qui ont un trouble anxieux caractérisé en fonction de la consommation du haschich

**Tableau récapitulatif VIII de la corrélation des troubles anxieux caractérisés
avec les caractéristiques sociodémographiques**

Les caractéristiques		Pourcentage	L'indice de Pearson
Sexe	Féminin	64,39%	P=0,046
	Masculin	35,61%	
Niveau d'Etude	1ere	58%	P=0,01
	2ème année	60%	
	3ème année	62%	
	4ème année	72%	
	5ème année	48%	
	6ème année	38%	
	7ème année	44%	
Revenu des parents	<1500	6,28%	P=0,045
	1500-3000	25,65%	
	3000-5000	23,03%	
	5000-10000	24,6%	
	>10000	20,44%	
Antécédents psychiatrique personnel	OUI	19,89%	P=0,11
	NON	80,11%	
Antécédents psychiatrique familiaux	OUI	23,56%	P=0,73
	NON	76,46%	
Consommation d'alcool	OUI	30,4%	P=0,005
	NON	69,6%	
Consommation du tabac	OUI	28,4%	P=0,036
	NON	77,6%	
Consommation du haschich	OUI	26,15%	P=0,041
	NON	73,15%	

3. La corrélation entre la dépression et les TAC chez les étudiants de la FMPM.

Presque la moitié des étudiants déprimés (45,5%) avaient un TAC. (figure 30)

La relation est statistiquement significative.

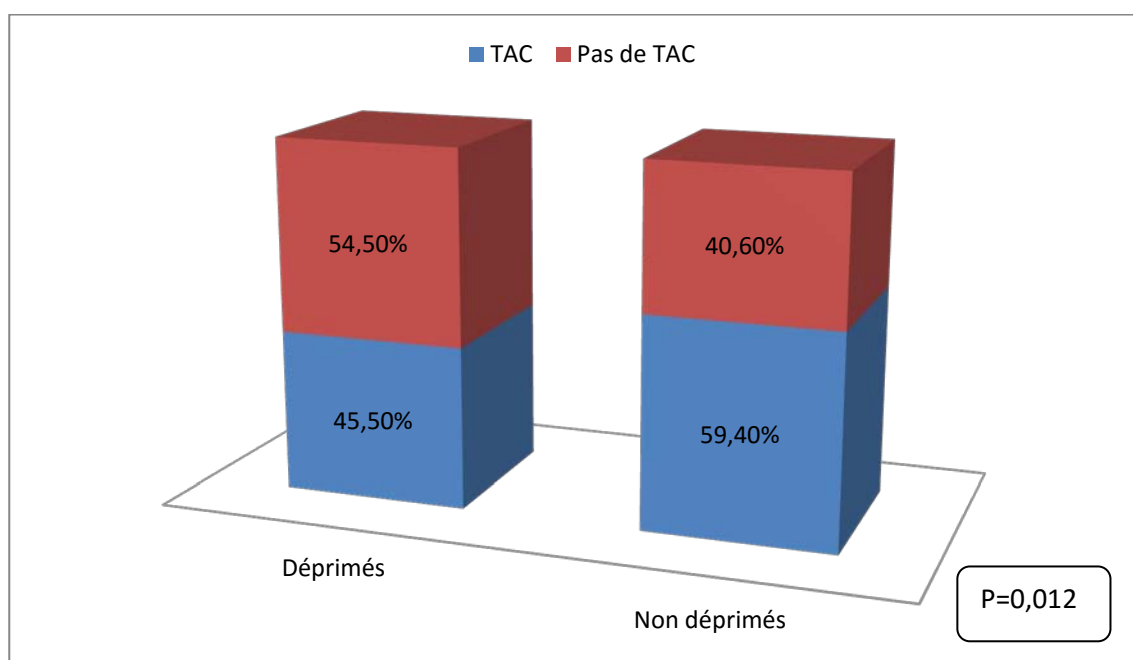


Figure 30 : la corrélation entre la dépression et les TAC chez les étudiants de la FMPM.

DISCUSSION

I. Généralités :

L'APA a publié le DSM-5 [14] en mai 2013, ce qui marque la fin de l'ère DSM IV [15], mais des efforts d'adaptation s'imposent. Bien que l'APA souligne que l'on peut recourir dès maintenant au DSM-5, cela ne peut pas se faire de façon aussi immédiate. Des considérations de l'ordre des compétences à détenir ou à acquérir pour en faire l'utilisation sont fortement présentes, un facteur additionnel entre en ligne de compte puisqu'on entend des échos voulant que le DSM-5 ne soit vraisemblablement pas traduit avant 2015-2016, ce qui en rend l'utilisation d'autant plus délicate.

Il y a aussi une importante reconfiguration des troubles anxieux et ceux qui étaient auparavant regroupés sous le seul grand chapeau des troubles anxieux caractérisés sont maintenant ventilés en trois catégories différentes : les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs et autres troubles associés et les troubles associés au stress et aux traumatismes

Toutes ces considérations nous ont poussés à utiliser le DSM IV R [15]. Pour évaluer les TAC et la dépression.

1. Troubles anxieux caractérisés [16]

1.1. Définition et critère diagnostique :

a. Une Attaque de panique

a.1. Définition :

C'est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensations

d'étranglement ou des impressions d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de mourir ou de perdre le contrôle de soi .

a.2. Critère diagnostic :

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ils atteignent leur acmé en moins de dix minutes :

- (1) palpitations, battements du cœur ou accélération du rythme cardiaque
- (2) transpiration
- (3) tremblements ou secousses musculaires
- (4) sensations de « souffle coupé » ou impression (l'étouffement
- (5) sensation d'étranglement
- (6) douleur ou gêne thoracique
- (7) nausée ou gêne abdominale
- (8) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
- (9) déréalisation (sentiments (l'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
- (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
- (11) peur de mourir
- (12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou picotements)
- (13) frissons ou bouffées de chaleur.

b. L'agoraphobie

b.1. Définition :

C'est une anxiété ou un évitement d'endroits ou de situations où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'Attaque de panique ou de symptômes à type de panique.

b.2. Critères diagnostic :

- A)** Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'Attaque de panique soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobies regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente ; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.
- B)** Les situations sont soit évitées (p. ex., restriction des voyages) soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une Attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant.
- C)** L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (par ex. évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé), une Phobie spécifique (p. ex., évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., évitement des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou un Trouble anxiété de séparation (évitement lié au départ du domicile ou à la séparation d'avec les membres de la famille).

c. Trouble panique :

c.1. Définition :

Le Trouble de panique se caractérise par la survenue de deux à quatre Attaques de panique en un mois dont une au moins s'est accompagnée de la crainte persistante d'avoir une nouvelle attaque de panique ou de préoccupations sur ses conséquences possible ou une modification du comportement du sujet »

c.2. Critères diagnostic :

A) A la fois (1) et (2) :

(1). Attaques de panique récurrentes et inattendues.

(2). Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois « ou plus » de l'un
« ou plus » des symptômes suivants :

a) Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.

b) Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses
conséquences.

c) Changement de comportement important en relation avec les attaques.

B). Présence d'Agoraphobie.

C). Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une
substance ou d'une affection médicale générale.

D) Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental,
tel une phobie sociale, une phobie spécifique, un TOC, un ESTP ou un trouble anxieux
de séparation.

d. La Phobie sociale :

d-1. Définition :

Elle est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition
à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à
un comportement d'évitement.

d-2. Critère diagnostic :

A). Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de
situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non
familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. le
sujet craint d'agir « ou de montrer de symptômes anxieux » de façon embarrassante
ou humiliante.

- B). L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi-systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.
- C). Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
- D). Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intense.
- E). L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la « es » situation « s » redoutée « s » sociale « s » ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles « scolaires », ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F). Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 06 mois.
- G). La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance, ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental « TP avec ou sans agoraphobie, trouble anxieux de séparation, peur de dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde ».
- H). si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles.

e. Le Trouble obsessionnel compulsif :

e.1. Définition :

Les Troubles obsessionnels compulsifs se caractérisent par la présence de pensées répétitives et stéréotypées dénommées **obsessions** et ou par des comportements que le sujet ne peut s'empêcher de réaliser appelées **compulsions** gênant considérablement le sujet dans ces activités sociales et ou professionnelles

e.2. Critères diagnostic :

A). Existence soit d'obsessions soit des compulsions :

– **Obsession** définie par 1, 2, 3, et 4 :

1. Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à un certain moment de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.
2. Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.
3. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.
4. Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale « elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas de pensées imposées ».

– **Compulsions** définies par 1 et 2 :

1. Comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutée, cependant ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B). A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions étaient excessives ou irraisonnées.

NB. Ceci ne s'applique pas aux enfants.

- C). Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps c considérable « prennent plus d'une heure par jour » ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel « ou scolaire » ou ses activités ou relations sociales habituelles.
- D). Si un autre trouble de l'axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier.
- E). La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance, ni d'une affection médicale générale.

– Spécifier :

Avec peu de prise de conscience, si la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées

f. L'Etat de stress post-traumatique(ESPT) :

f.1.Définition :

C'est ensemble d'éléments cliniques organisés et durables apparaissant à la suite d'événements objectivement traumatisants mais n'ayant pas entraîné des blessures physiques graves chez le patient concerné.

f.2.Critère diagnostic :

- A).** Le sujet a été exposé à un événement traumatique clans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
 - (1) le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou été très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée

- (2) la réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B) L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

- (1) souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.-B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme
- (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.-B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable
- (3) l'impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, (les hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). N.-B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir
- (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C). Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
- (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
- (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres .
- (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
- (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie

D). Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) irritabilité ou accès de colère
- (3) difficultés de concentration
- (4) hyper vigilance
- (5) réaction de sursaut exagérée

E). La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

- F).** La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

g. Trouble Anxiété généralisée :

g.1. Définition

C'est un état anxieux prolongé où l'anxiété est présente la plupart du temps et depuis au moins six mois, elle est indépendante d'une situation phobogène, d'une crainte obsédante ou d'autres troubles mentaux ou somatiques.

g.2. Critères diagnostic :

- A).** Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).
- B).** La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C).** L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois). N.-B. : Un seul item est requis chez l'enfant.
- (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - (2) fatigabilité
 - (3) difficultés de concentration ou trous de mémoire
 - (4) irritabilité
 - (5) tension musculaire
 - (6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)

- D).** L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, p. ex., l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de Panique (comme dans le Trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le Trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'Anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le Trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'Hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un État de stress post traumatique.
- E).** L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F).** La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

1.2. Prise en charge thérapeutique des troubles anxieux [13]:

a. Objectifs généraux

- Mettre en route les traitements psychothérapeutique ou médicamenteux qui permettront de diminuer les symptômes, de diminuer la morbidité et d'améliorer le fonctionnement psychologique et social du patient.
- Evaluer l'anxiété et adapter les traitements.

b. Information du patient et adaptation du mode de vie

Le patient doit être informé une fois le diagnostic est posé.

Contenu de l'information :

La nature du trouble anxieux, ses manifestations, sa fréquence, ses causes, les difficultés du diagnostic. Les différents traitements, incluant les psychothérapies, avec leurs avantages et leurs inconvénients.

Pour les médicaments, il faut informer le patient :

- Du délai d'action,
- De la nécessité d'adapter la dose efficace sous contrôle médical,
- De respecter la régularité des prises,
- D'éviter l'escalade de doses,
- Des effets indésirables,
- Des signes de sevrage et les signes de rebond de l'anxiété

Mode de vie

Les mesures hygiéno-diététiques suivantes sont conseillées : quantité de sommeil suffisante à respecter ; bon équilibre alimentaire ; tempérance ou abstinence vis-à-vis de l'alcool, du café, du tabac et de drogues ; pratique régulière de l'exercice physique.

c. Moyens thérapeutiques

c.1. Psychothérapies

Dans le cadre du traitement psychothérapique, il convient de distinguer ce qui est de l'ordre de l'information et du soutien psychologique et ce qui est de l'ordre des psychothérapies structurées.

- ✓ Une psychothérapie non structurée d'accompagnement, tel un soutien psychologique, une écoute attentive et des conseils à court terme sont systématiques.

✓ Psychothérapies structurées

Elles ont des objectifs différents, qui doivent être communiqués au patient, et selon les circonstances à l'entourage avec l'accord du patient :

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont orientées vers la gestion des problèmes actuels et du futur, elle constituent une option thérapeutique dans les troubles anxieux.

D'autres sont centrées sur l'individu et ses conflits psychiques (psychothérapie d'inspiration analytique, psychanalyse, etc.) .

La Thérapie « self help », ou gestion de l'anxiété par soi-même, met l'accent sur l'information du patient, des moyens de changer par lui-même.

Les objectifs sont dirigés vers les symptômes : anxieux, somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Ils proposent des exercices concrets à faire soi-même (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle, d'exposition et d'affirmation de soi, etc.). Le contact avec le thérapeute reste indispensable. La formation initiale du patient et l'évaluation en cours de thérapie sont essentielles.

Les psychothérapies structurées doivent être menées par des professionnels spécialement formés et entraînés. Elles sont parfois difficilement réalisables en raison du manque de thérapeutes formés (commune éloignée d'un grand centre, disparité géographique) ou de la réticence des patients.

c.2. Traitements médicamenteux

✓ Les antidépresseurs:

Certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) sont recommandés en première intention dans l'un ou l'autre des cinq types des troubles anxieux caractérisés ; ils peuvent, en début de traitement, entraîner une aggravation de l'anxiété, une agitation ou, rarement, des idées suicidaires. Dans tous les cas, une Surveillance initiale étroite est nécessaire. Les effets indésirables sont notamment des insomnies, des nausées, une dysfonction sexuelle, une prise

de poids. Ils ne provoquent pas de dépendance physique, même après un traitement long. Quand ils sont arrêtés brutalement, ce qui n'est pas recommandé, il peut exister un syndrome de sevrage avec vertiges, insomnies, syndrome pseudo-grippal.

Les antidépresseurs tricycliques sont efficaces dans certains troubles anxieux, mais sont associés à plus d'effets indésirables que les ISRS ou les IRSNA. Ils devraient n'être utilisés qu'après une non-réponse ou une mauvaise tolérance aux traitements de première intention ; la prescription d'antidépresseurs sera particulièrement surveillée chez les patients présentant un trouble bipolaire associé.

Il est recommandé de donner une double dose et une durée de traitement plus longue par rapport au traitement des troubles dépressifs.

✓ Les anxiolytiques :

Les benzodiazépines sont indiquées lorsque le contrôle rapide des troubles anxieux caractérisés est crucial, car ils ont un effet anxiolytique significatif et rapide. Mais, ils ont un risque de rebond de l'anxiété à l'arrêt, risque qui est diminué par le sevrage progressif.

Outre la dépendance physique et psychique, les autres effets indésirables sont notamment une amnésie antérograde, une baisse de la vigilance, une confusion, des chutes chez le sujet âgé. La durée de traitement maximale préconisée est de 12 semaines, sevrage progressif inclus ; d'autres molécules à effet anxiolytique sont utilisables : hydroxyzine (sédatif), Buspirone.

c.3. Associations psychothérapie et traitement médicamenteux

L'association peut être nécessaire, en particulier pour les patients qui ne répondent pas à un seul traitement.

d. Prise en charge médico-sociale

Elle peut se justifier pour des troubles anxieux graves difficiles à équilibrer, pour permettre un traitement efficace tout en assurant une continuité de scolarité ou un maintien dans une activité professionnelle

2. Dépression [16]

2.1. Définition et Critères diagnostic :

a. Définition :

La caractéristique essentielle de l'Épisode dépressif majeur est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines.

b. Critères diagnostic :

A). Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. N. –B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). N. –B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain rie poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.–B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B). Les symptômes ne répondent pas aux critères l'Épisode mixte
- C). Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D). Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
- E). Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

2.2. La Prise en charge thérapeutique [16] :

a. Principe généraux :

La démarche à suivre et les objectifs à atteindre sont les suivants :

- ✓ Affirmer le diagnostic de dépression, et apprécier le risque suicidaire

- ✓ Rechercher des troubles psychiatriques (y compris la prise d'alcool ou des drogues) ou somatiques (en particulier des troubles vasculaires, endocriniens, ou des maladies neurologiques dégénératives) antérieurs ou associés, qui, s'ils sont présents, sont pris en compte dans le choix du traitement (accord professionnel).
- ✓ Evaluer les incapacités fonctionnelles : une décision d'arrêt de travail, ou d'aménagement des horaires de travail, la mise en place d'aides sociales, dépendent de cette évaluation.
- ✓ Informer le patient, et s'il en est d'accord son entourage, sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques et indésirables du traitement (grade A), et définir avec lui un projet thérapeutique qui doit obtenir son adhésion afin d'éviter les abandons de traitement et être réévalué régulièrement.
- ✓ Informer le patient, après amélioration symptomatique, et s'il en est d'accord son entourage, des signes précoces de rechute.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique est recommandée dans les cas suivants:

- En cas de risque suicidaire
- Dans certaines formes sévères,
- En cas de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés.
- A chaque fois qu'une situation particulière l'exige : un entourage social ou familial insuffisant, l'impossibilité de maintenir les nombreux contacts nécessaires à la réassurance du patient, l'insuffisance de réponse au traitement en sont des exemples.

b. Les moyens thérapeutiques :

b.1. Les antidépresseurs :

Toutes les classes thérapeutiques ont montré leur efficacité dans l'épisode dépressif.

Il n'a pas été démontré de différence d'activité statistiquement significative entre les imipraminiques et les ISRS et ISRSNA chez les patients traités en ambulatoire.

Le risque d'abandon de traitement toutes causes confondues ou à cause d'un effet indésirable est plus faible sous ISRS et ISRSNA que sous imipraminiques, de manière statistiquement significative (la réduction du taux d'abandons sous ISRS et ISRSNA est d'environ 4 %).

Les ISRS et ISRSNA sont donc considérés comme mieux tolérés, notamment à long terme.

Le choix d'un antidépresseur repose préférentiellement sur quelques critères spécifiques :

- ✓ l'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (recherche de sédation ou de stimulation).
- ✓ l'indication préférentielle d'une classe thérapeutique dans certaines comorbidités psychiatriques, par exemple les ISRS pour les troubles obsessionnels.
- ✓ le respect des contre-indications (comorbidités organiques) et des risques d'interactions médicamenteuses selon les résumés des caractéristiques des produits.

En l'absence d'indications particulières, il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins dangereux en cas d'absorption massive, et le plus simple à prescrire à dose efficace .Les ISRS, ISRSNA, et autres antidépresseurs non imipraminiques non IMAO obéissent le mieux à ces exigences.

b.2. Les psychothérapies

Les psychothérapies cognitives et cognitivo-comportementales, les psychothérapies de soutien et les psychothérapies inter- personnelles ont fait l'objet d'études contrôlées dans les dépressions d'intensité légère à modérée.

Les psychothérapies d'inspiration analytique, instituées au mieux à distance de la phase aiguë, constituent, pour certains patients, un recours utile. D'autres formes de psychothérapies (relaxation, psychodrame, thérapies conjugales ou familiales) répondent à des demandes particulières.

La qualité de la relation médecin-malade fondée sur l'empathie et sur la force de conviction du médecin quant à l'aide qu'il apporte à son patient est dans tous les cas d'une importance particulière.

b.3. L'électro convulsivothérapie.

Elle est indiquée surtout dans les formes graves mélancoliques

II. Discussion des résultats :

1. L'étude de la dépression :

Dans notre étude la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine est de 35,1%, ce qui est comparable avec les résultats trouvés dans la littérature.

Certains chercheurs ont trouvé des résultats proches de notre étude notamment Sergio Baldassin et al [18] qui ont trouvé une prévalence de 38,2%, chez un échantillon de 603 étudiants de São Paulo du Brésil.

D'autres études ont trouvé des résultats supérieurs aux résultats de notre étude notamment celle d'Essabiri L, Tazi I [19] en 2007 et qui ont objectivé une prévalence de 61,5% chez une population de 480 étudiantes de l'université caddy Ayyad, chose qui peut être expliquée par la population de son étude qui est composée des étudiantes boulimiques et de sexe féminin.

Et d'autres chercheurs ont rapporté des résultats inférieurs à ceux de notre série notamment :

- ✓ Z Mehanna et Al [9] qui ont trouvé en 2006 une prévalence de dépression de 27,6% dans un échantillon de 448 étudiants de l'université de Saint Joseph de Bierut.
- ✓ Bayram N & Bilgel N [19] ont étudié en 2008 un échantillon de 1617 étudiants de l'université d'Uludag en Turquie, ils ont trouvé une prévalence de 27,1%.

- ✓ Givens JL, Tjia[20] J rapportent une prévalence de 24 % dans un échantillon de 196 étudiants américains de l'université de Californie en 1994.
- ✓ Camp L[22] et Al ont trouvé en 1994 une prévalence de 20,6% dans un échantillon de 232 étudiants des Etats-Unis
- ✓ Quince TA et Al[23] qui ont réalisé une étude sur un échantillon de 725 étudiants de l'université médicale au Royaume-Unis ,et ils ont trouvé une prévalence de 14,8% de dépression .
- ✓ Schwenk et al [21] trouvaient en 2010 une prévalence de 14% de dépression moyenne à grave dans un échantillon de 796 étudiants de l'université de Michigan au Canada.

Notre résultat dépasse également celui trouvé par D Moussaoui et al [25] en 2007 sur un échantillon de 6000 sujets de la population générale qui est de 26,5%, ceci renforce l'hypothèse que les études médicales sont source de troubles dépressifs.

Cette disparité entre les résultats des différentes études peut être expliquée par la différence de leurs lieux de réalisation, des outils de mesure, des méthodes et des normes d'évaluation. Malgré cette disparité des résultats [9 ;19.20 ;21 ;22 ;23,26 ;27 ;28 ;29 ;30] ,les auteurs se mettent d'accord sur la prévalence élevée de la dépression chez les étudiants en médecine .

Cela peut être expliqué par le passage à l'université qui représente une phase transitoire importante de la vie, avec des pressions particulières académiques, financières et interpersonnelles. Subir ces transitions peut conduire à un risque accru de dépression [31].

**Tableau IX comparatif entre la prévalence de la dépression
chez les étudiants en médecine des différents pays.**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Résultats
Notre étude	Ouchtain et Al	2014	350	35,1%
Brésil	Baldassin et Al	2008	603	38,2%
Maroc	Essabiri et Al	2007	480 (boulimiques)	61%
Liban	Mehanna et Al	2006	448	27,6%
Turquie	Bayram et Al	2008	1617	27,1%
Etats-Unis	Givens et Al	1994	196	24%
Etats-Unis	Camp et Al	1994	232	20,6%
Royaume-Unis	Quince et Al	2012	725	14,8%
Canada	Schwenk et al	2010	796	14%
Maroc	Moussaoui et Al	2004	6000 (population générale)	26,5%

2. L'étude des TAC:

L'anxiété et la dépression sont des problèmes répandus au monde, elles reflètent
Le bien être mental de la population [32].

Dans notre étude nous avons objectivé une prévalence de 54% des TAC, la même
prévalence a été rapportée par Webb et Al [33] dans un échantillon de 3075 étudiants de dix
universités anglaises. Un résultat proche de celui de notre étude a été rapporté par Farhad
Ghorban et Al[34] qui ont mené une étude sur un échantillon de 150 étudiants de l'université
médicale d'Iran et ils ont objectivé une prévalence de 55,5% de TAC.

D'autres auteurs ont rapporté des prévalences supérieures à la notre notamment :

- ✓ Z, Mehanna et al [9] qui avancent un chiffre de 69% de prévalence des TAC chez
les étudiants de l'université saint joseph de Bierut.
- ✓ Shawaz I et Al [35] qui ont trouvé en 2015 une prévalence des TAC de 66,9% dans
un échantillon de 353 étudiants indiens

- ✓ Cassaday et Al[36] qui ont trouvé en 2001 une prévalence de 61,9% de TAC dans un échantillon de 168 étudiants de l'université de Bal en Inde
- ✓ Inam S et Al [37] ont trouvé en 2003 une prévalence de 60% des TAC dans un échantillon de 252 étudiants de l'Université médicale de Ziauddin au Pakistan.
- ✓ Mancevska [4] et al qui ont mené une étude sur 354 étudiants en médecine en Macédoine, ils ont objectivé une prévalence de 56% des troubles anxieux caractérisés.

Et d'autres études ont trouvé des prévalences inférieures à la notre notamment :

- ✓ Sevim et Al[38]qui rapportent en 2015 une prévalence de 45,2% des TAC dans un échantillon de 125 étudiants de l'Albanie.
- ✓ Motaz B et al [39] qui ont objectivé en 2014 une prévalence de 43,9% des TAC dans un échantillon de 164 étudiants de l'université d'Alexandrie en Egypte.

Notre résultat dépasse aussi celui trouvé par Kadri N et Al [40] sur un échantillon de 800 personnes de la population générale de la ville de Casablanca, qui ont objectivé une prévalence de 25,5% des TAC. L'Agoraphobie était le trouble le plus prévalent (7,6%) suivi des TOC en deuxième lieu (6,1%), puis le TAG en troisième place (4,3%).Alors que la PS et l'ESPT occupent la quatrième place (3,4%), le trouble de panique vient en dernier lieu (2%).

Toute ces études [33 ; 34 ; 35 ; 36 ;9 ;37 ;38 ;39] sont différentes par leurs lieux de réalisation ; leurs outils de mesure et leur résultats, mais elles se mettent d'accord sur le fait que la prévalence des troubles anxieux caractérisés est très élevées chez les futurs médecins par rapport à la population générale. Des théories différentes ont été présentées par plusieurs chercheurs qui essayaient d'expliquer ce fait, quelques un l'attribuent à la nature des études médicales ou l'étudiant subit des évaluations tout au long de l'année universitaire soit au niveau du stage soit à la faculté, ainsi qu'au caractère compétitif de l'apprentissage de la médecine [41].

**Tableau X comparatif de la prévalence des troubles anxieux caractérisés
chez les étudiants en médecine des différents pays.**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	Résultats
Notre étude	Ouchtain et Al	2014	350	54%
Royaume unis	Webb et Al	1996	3075	54%
Iran	Farhad Ghorban	2011	150	55,5%
Liban	Mehanna et Al	2006	448	69%
L'Inde	Shawaz I et Al	2015	353	66,9%
L'Inde	Cassady et Al	2001	168	61,9%
Pakistan	Inam et Al	2003	252	60%
Macédoine	Mancevska et Al	2008	354	56%
Albanie	Sevim et Al	2015	125	45,2%
Egypte	Motaz B et Al	2014	164	43,9%
Maroc	Kadri et Al	2007	800 (population générale)	25,5%

3. la comparaison de la dépression selon les différents variables :

3.1. Sexe :

Dans notre étude nous avons trouvé une nette prédominance féminine de la dépression (71,54%) ,également Camp et al [22] en 1994 à hollingsworth aux Etats-Unis ont trouvé un résultat proche (86,5%).

D'autres études ont trouvé qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et le sexe, notamment Sergio Baldassin [18] et al et Quince TA et Al [23].

Dans la population générale, le risque de développer un trouble dépressif chez les femmes est plus élevé que chez les hommes [42].Selon des chercheurs [42;43;44] les étudiantes étaient plus sensibles pour le développement de symptômes de dépression que les étudiants .En comparant les étudiants en médecine garçons et filles, il s'avère qu'ils ont des modèles différents de réponse au stress [44].

Alors une enquête plus approfondie paraît nécessaire pour bien comprendre la relation entre ces deux variables.

3.2. Statut marital :

Plusieurs études ont prouvé l'effet positif du mariage sur le psychisme des étudiants [45 ; 46] notamment celle de Katz et Al [46] qui a objectivé que le niveau du soutien et de la coopération d'un couple est inversement proportionnel avec le score de Beck. D'autres études ont prouvé que le mariage est toujours lié à une diminution du stress par contre l'étude de Rosal et al [47] a objectivé que les étudiants en médecine mariés ont un score de dépressions plus élevé que celui de leurs collègues célibataires.

Dans notre étude 97,56% des étudiants déprimés sont célibataires. L'analyse bi-variée a trouvé qu'il n'y a pas de corrélation statistiquement significative ($P=0,15$) entre le statut marital et les troubles dépressifs, mais la possibilité de généralisation est très limitée vu les déférences méthodologiques qui peuvent avoir lieu.

3.3. Le niveau d'étude :

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

Dans notre étude on a trouvé une différence statistiquement significative de la prévalence des troubles dépressifs entre les différents niveaux d'études, notamment en

quatrième année 31 étudiants (62%) sont déprimés alors que 11 (22%) le sont en 6ème et 7ème année. Et en 1ère année 38 % sont déprimés ($p < 1$).

Durant la période intermédiaire on note un maximum de prévalence de la dépression, ceci peut être expliqué par la nature des modules enseignés, ainsi que la participation au stage et leur nature et l'engagement à un système de garde, à cela s'ajoute que l'étudiant se sent incompetent avec un savoir insuffisant [48], il y a aussi le manque de confiance en soi lors de l'examen clinique de ces patients [49 ; 43].

Pendant le premier cycle, l'étudiant a le contact avec un système tout à fait différent du lycée par les matières enseignées, les méthodes d'enseignement (les cours magistraux) et les manières d'évaluation, tout cela peut expliquer la prévalence élevée de la dépression lors de cette période.

Lors de l'internat au niveau des hôpitaux périphériques, on enregistre la prévalence la plus faible de la dépression, ce qui est dû probablement au fait que ces internes ne sont plus dans la hiérarchie qui marque les études médicales et qui est très manifeste au centre hospitalier universitaire, aussi ils ont plus d'occasion et d'indépendance de pratiquer ce qu'ils ont appris pendant les six premières années.

Sergio Baldassin et al [18] ont trouvé aussi une différence significative de la prévalence de la dépression en fonction du niveau d'études, ils ont enregistré le score le plus élevé de dépression pendant la période de l'internat suivi de la formation de base. Ces résultats sont dus à plusieurs facteurs notamment [50 ; 51 ; 52]

- ✓ le grand nombre des gardes de nuits avec le manque du sommeil qui en résulte.
- ✓ Le fait d'être dépourvue d'amis et du soutien de la famille.
- ✓ Le fait de se trouver face à la mort des patients.
- ✓ La réduction du temps des activités de plaisance.
- ✓ Le souci de l'avenir et du concours de résidanat.

Au Liban Z Mehanna[9] avance aussi la variation de La prévalence des trouble dépressif chez les étudiants en médecine en fonction de l' année d'étude, et il a objectivé un profil de variation très proche du notre avec une prévalence de la dépression la plus élevée en quatrième année de médecine et une prévalence basse en 5eme année, et relativement basse en septième année, vu la similarité de nos système d'études médicales qui est calqué sur le système français.

Tjia et al [20] à l'université de Pennsylvanie Philadelphia aux Etats unis d'Amérique ne trouve aucune corrélation entre le niveau d'étude et la prévalence de la dépression, mais la comparaison reste peu faisable vu que ces auteurs n'ont étudié que les quarts premières années du cursus.

Tableau XI comparatif entre les différentes prévalences en fonction du niveau d'étude.

Etudes			Période		
Pays	Auteurs	Année	Préclinique	Intermédiaire	Internat
Notre étude	Ouchtain et Al	2014	38%	62%	22%
Liban	Mehanna Z et Al	2006	33%	44%	18%
Etats-Unis	Tjia et Al	2010	22%	20,4%	-----
Brésil	Baldassin et Al	2008	39,1%	32,4%	43,5%

3.4. le Niveau socioéconomique de la famille

Lorant et al. [53] ont réalisé une méta-analyse pour évaluer la relation entre le statut socioéconomique et la dépression. Les résultats ont montré que les étudiants ayant un revenu plus faible ont plus de risque de développer une dépression par rapport à ceux ayant un revenu plus élevé.

Dans notre étude on trouve une différence statistiquement significative de la prévalence du trouble dépressif en fonction du revenu mensuel de la famille de l'étudiant, et plus que la moitié des étudiants déprimés sont issus de famille dont le revenu est inferieur à 5000dhs.

Des résultats similaires ont été rapportés par plusieurs auteurs notamment en Coré du sud ou Myoung-Sun et Al [54] ont conclu que les difficultés financières sont considérées comme facteur de risque de la dépression chez les étudiants en médecine. Mancevska S et Al [4] ont fait le même constat chez les étudiants macédoniens.

D'autres études ont concerné les étudiants universitaires autres que ceux de la faculté de médecine, tel l'étude de Steptoe et Al [55], sur des étudiants universitaires qui viennent de plusieurs pays des cinq continents, qui a objectivé que les étudiants des milieux plus pauvres étaient susceptibles de développer une dépression. Ceci a été également confirmé par Chen L et Al et d'autres chercheurs [7 ; 19 ; 31].

3.5. Parent médecin :

Dans notre étude la majorité des étudiants déprimés n'ont pas un parent médecin ce qui renforce l'hypothèse que le fait d'avoir un parent médecin est un facteur protecteur. Nos résultats sont similaires à ceux de Sergio Baldassin et Al [18]. Ceci peut être expliqué par le fait d'être un fils / fille d'un médecin est probablement associée à une baisse de l'idéalisme concernant les études médicales et à la possibilité de développer des compétences d'adaptation sociales ou affectives.

Par contre Sreeramareddy et Al [56] ont trouvé que la prévalence de la morbidité psychologique chez les étudiants dont les parents sont des médecins était plus élevée, alors que ces auteurs supposaient que si les parents étaient médecins les étudiants recevront une meilleure orientation sur les contraintes au cours de leur cursus académique. Cela peut sans doute être due à une attente forte des parents qui est la deuxième source la plus courante de stress et classée comme la troisième en terme de gravité.

D'autres études qui concernent spécifiquement cet aspect devront être menées afin d'enquêter sur des aspects particuliers que peut avoir le soutien familial sur la prévention de la dépression. [4]

3.6. Les ATCDs personnels et familiaux psychiatriques :

Dans notre étude nous avons objectivé une relation statistiquement très significative entre la prévalence de la dépression chez les futurs médecins et les ATCDs personnels et familiaux psychiatriques, ce qui renforce l'hypothèse que ce dernier est un facteur qui influence la survenue de dépression. Le même constat a été fait par Z Mehanna [9] qui a trouvé une

corrélation significative entre les ATCDs personnels psychiatriques et la prévalence de la dépression avec un chiffre de 27,68 % des étudiants qui étaient déprimés. Il a conclu que les antécédents psychiatriques sont un facteur prédisposant aux troubles dépressifs.

Le même résultat était objectivé par Tjia et Al[20] en rapportant une prévalence élevée de la dépression chez les étudiants qui avaient un antécédent personnel de dépression. La différence est que dans cette étude seulement l'antécédent de la dépression qui était étudié alors que dans notre étude ainsi que celle faite au Liban [9] nous avons pris tous les ATCDs psychiatriques.

D'autre part Zoccolillo et Al [57] de la faculté de médecine de l'université de Washington aux États-Unis avaient trouvé que les deux tiers des étudiants en médecine déprimés ont rapporté des antécédents personnels de dépression passé et presque la moitié ont rapporté des antécédents familiaux de dépression. Muhammad S. Khan et Al[6] ont fait le même constat au Pakistan.

Donc les études médicales ne sont pas la seule source de dépressions

3.7. la consommation de toxique et la dépression

Les taux de consommation d'alcool chez les étudiants en médecine de notre faculté étaient inférieurs à ceux rapportés par d'autres auteurs [58 ; 59]

Le taux de tabagisme des étudiants en médecine de notre échantillon (15,6%) était proche de ceux rapportés en macédoine Skopje (25%), en Albanie (14 %), et en Serbie (30%) [60 ; 4].

Une multitude d'étude ont été faites pour comprendre la relation entre la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine et la consommation des toxiques, notamment Gourani [61] en 2007 qui a fait le constat d'une comorbidité importante entre la consommation des toxiques et la dépression au milieu universitaire de Marrakech.

Nous avons objectivé une relation statistiquement significative entre la consommation du tabac, de l'alcool et du haschich d'une part et la prévalence de la dépression chez les médecins en formation d'autre part.

Yoolwon Jeong et Al[62] rapportent que l'abus de substances dont le tabac et la consommation excessive d'alcool est bien connu comme problème de santé chez les étudiants en médecine vu ses effets néfastes sur leurs santé mentale. Chose qui était trouvée aussi par Newbury-Birch et Al [58]. Par contre Clark et Al [63] ainsi que d'autres chercheurs [64 ;65 ;66]n'ont pas trouvé d'association entre la consommation d'alcool et des autres toxiques d'une part et la prévalence de la dépression d'autre part.

Du moment que ces comportements peuvent également être une conséquence ou une composante de la dépression, d'autres études sont nécessaires afin de parvenir à une conclusion sur leurs relations causales.

4. comparaison des troubles anxieux caractérisés selon les différentes variables :

4.1. Sexe :

Dans la population générale les femme ont un risque plus élevé de développer des troubles anxieux caractérisés que les hommes[67 ; 68]

Nous avons objéctivé une différence significative de la prévalence des TAC en fonction du genre ,avec presque deux tiers des étudiants qui presentaient un TAC sont de sexe feminin.

Des résultats similaires ont été reportés par plusieurs auteurs notamment

- ✓ Lloyd et al en 1990 [69] qui ont objéctivé que les étudiantes déclaraient plus de symptome d'anxiété que leurs collègues masculins ($p= 0,05$).
- ✓ Farhad Ghorban et Al [34] en 2011 en IRAN
- ✓ Cassady et Al[36] en 2001 en Inde , ($P=<0,04$)

Pour bien asseoir cette corrélation, des études longitudinales [70; 71] ont été menées notamment par Richman et Flaherty [71] qui ont trouvé que les scores d'anxiété de base étaient similaires chez les deux genres ; mais, les étudiantes ont développé plus de TAC tout au long de la première année que leurs homologues masculins ($P=0,001$).

Toutes ces études sont d'accord sur la prédominance des TAC chez les étudiantes.

4.2. La corrélation entre Le niveau d'étude et la prévalence des troubles anxieux caractérisés :

Comme décrit ci-dessus nos études médicales se repartissent en trois stades : préclinique, intermédiaire et internat ou clinique, nous avons objectivé une variation statistiquement significative de la prévalence des TAC en fonction du niveau d'étude avec une prévalence de 59% à la phase initiale puis qui s'élève à 65% en quatrième année ou phase intermédiaire avant de descendre à 41% à la phase clinique.

Z Mehanna et Al [9] rapportent aussi une relation statistiquement significative entre le niveau d'étude et la prévalence des troubles anxieux caractérisés, en trouvant qu'au premier cycle 69,1% des étudiants avaient un trouble anxieux caractérisé, chiffre qui s'accroît à la phase intermédiaire pour atteindre 76,45%, puis diminue au dernier cycle pour atteindre 42,5%.

Jadoon NA et Al [72] ont rapporté ,en 2010 dans un échantillon de 815 étudiants en médecine pakistanaise, une variation de la prévalence de TAC qui est de l'ordre de 49,22% au premier cycle ,et qui diminue à 38% à la phase intermédiaire et remonte à 45,1% à la phase finale.

BASSOLS, Ana M. et al [73]Rapportaient aussi que la prévalence et la gravité de l'anxiété manifestée par les étudiants de première année était trois fois supérieure à celle des répondants de la sixième année de la faculté de médecine de Porto Alegre, RS, Brésil.

En comparant notre résultat et ceux des autres études[74 ;75 ;76], nous constatons qu'on est d'accord sur le fait que la prévalence des troubles anxieux caractérisés varie en fonction du niveau d'étude, mais la variation d'un cycle à l'autre diffère d'une étude à l'autre.

Tout au début des études médicales nous objectivons une prévalence élevée ce qui est conforme aux résultats des autres chercheurs [77 ; 78 ; 79] qui peut être due à la transition du lycée à l'université et aux modalités d'admission à la faculté de médecine [43]. Trois études, dont la notre, sur quatre trouvent une prévalence faible à la phase clinique, chose qui peut être expliquée par l'acquisition des capacités d'adaptation au fil du temps.

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

4.3. le niveau socio économique des parents:

Nous avons constaté que plus que la moitié(54,9%) des étudiants qui présentaient un TAC dans notre échantillon sont issus de famille dont le revenu mensuel est relativement faible .La variation de la prévalence des TAC en fonction du revenu mensuel des parents est statistiquement significative($P=0,045$).

Des résultats similaires ont été rapportés par Mancevska et al [4] chez les étudiants de la Macédoine qui stipulent que les étudiants avec un revenu de la famille faible expriment une forte anxiété. Cela nous permet de dire que le statut socio économique est une source d'anxiété pour les étudiants en médecine.

En 2013 Yusoff et al [80] de l'Arabie saoudite ont mené une étude sur un échantillon de 177 étudiants en médecine de la Malaisie, et ils n'ont pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre le revenu des parents et la prévalence des TAC. Un constat similaire a été fait par Jadoon et Al [72] chez des étudiants pakistanais, ce qui affaiblit l'hypothèse que le revenu des parents est un facteur anxiogène chez les futurs médecins.

En comparant les résultats de ces différentes études, on a déduit que c'est nécessaire de mener une recherche approfondie pour bien illustrer la relation entre la prévalence des TAC et le niveau socio économique des médecins en formation.

4.4. Les ATCDs personnels et familiaux psychiatriques :

Nous avons objectivé une relation statistiquement non significative entre les ATCDs personnels et familiaux psychiatriques et la prévalence des TAC dans notre échantillon. Des résultats similaires ont été rapportés par plusieurs chercheurs notamment Khan MS et Al[6] chez les étudiants de l'université médicale de Karachi au Pakistan ($P=16,3$) et Shawaz et Al [35] en 2015 dans un échantillon de 353 étudiants en médecine de l'Inde.

Par contre Z Mehanna [9] de Bierut au Liban, il évoque que les ATCDs psychiatriques sont des forts prédicteurs de la prévalence des troubles anxieux et dépressifs chez les médecins en formation.

On peut expliquer cette différence des résultats par l'origine de chacune des études, les caractères socioculturels de chacun des échantillons.

4.5. La corrélation entre la consommation des toxiques et la prévalence des troubles anxieux caractérisés:

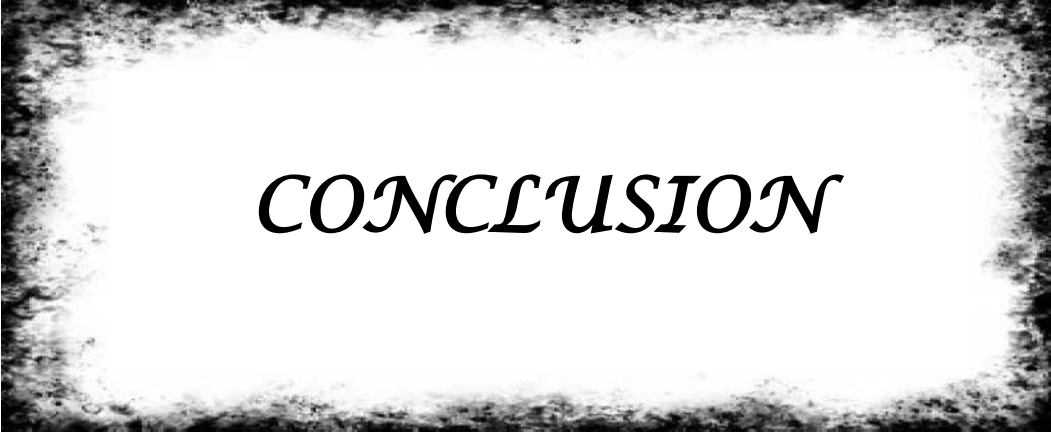
Nous avons objectivé une relation statistiquement significative entre la consommation des toxiques (le tabac, l'alcool et le haschich) d'une part et la prévalence des TAC d'autre part. la majorité des étudiants qui souffraient d'un trouble anxieux caractérisé sont des non consommateurs.

Shawaz Iqbal et Al [35] de l'Inde ont fait le constat que le tabagisme est un facteur directement proportionnel avec une prévalence faible des troubles anxieux caractérisés. Ils ont trouvé aussi que la consommation de l'alcool n'a pas de corrélation statistiquement significative avec la prévalence des TAC.

Newbury-Birch et Al [81] lors d'une étude longitudinale faite à Newcastle en Angleterre entre 1995 et 1998, portant sur la consommation d'alcool, des drogues et leurs conséquences sur la santé mentale des étudiants suivis, ont conclu qu'il y avait une association statistiquement significative négative entre la prévalence des TAC et la consommation d'alcool ($P = 0,001$). Ils ont trouvé aussi qu'il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre la consommation du haschich et la prévalence des TAC.

Jorien et Al [82] des Pays-Bas ont fait une étude longitudinale sur les étudiants de l'université d'Amsterdam. Ils ont conclu que la consommation d'alcool même si elle conduit à une augmentation de plusieurs risques pour la santé, il apparaît qu'elle réduit le risque de développer des problèmes de santé mentale pendant les premières années des études médicales, chose que Geisner et Al [83] ont confirmé chez un échantillon de 867 étudiants des États-Unis d'Amérique.

En comparant les résultats de ces études on déduit que la consommation de toxique influence la prévalence des TAC. la consommation de l'alcool peut parfois être la conséquence des TAC [84].



CONCLUSION

L'étude de la santé mentales, des étudiants en médecine, est d'une importance capitale, c'est ce qu'on déduit du grand intérêt que les chercheurs donnent à ce sujet depuis plus de cinquante ans et à travers les quarts coins du monde.

L'analyse des donnée que nous avons recueilli dans notre étude, sur la prévalence et les caractéristiques des troubles anxieux caractérisés et dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine de Marrakech, nous a permis de dégager les points suivants :

- ✓ La prévalence de la dépression chez les étudiants de la FMPM est de 35,1%.
- ✓ La prévalence des TAC chez les étudiants de la FMPM est de 54%.et elle est répartie comme suit :
 - La Phobie sociale : 18%
 - Le trouble d'anxiété généralisée : 12 %
 - Le Trouble de panique : 13%
 - TOC : 4 ,9%
 - L'Agoraphobie : 4%
 - L'Etat de stress post traumatique : 2%
- ✓ La prévalence des troubles anxieux caractérisés et dépressifs chez les étudiants en médecine est très élevée par rapport à la population générale.
- ✓ La dépression et les TAC sont prédominants chez les étudiantes que chez leurs collègues du sexe masculin.
- ✓ Le niveau d'étude des médecins en formation est fortement lié à la prévalence de la dépression et des TAC.
- ✓ Le niveau socio-économique bas des parents des étudiants est lié significativement à une prévalence élevée de la dépression et des TAC.
- ✓ Avoir un parent médecin est associé à une prévalence basse de la dépression chez les étudiants en médecine.

- ✓ Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux corréleront avec une prévalence élevée de la dépression chez les futurs médecins, par contre ils ne corréleront pas avec la prévalence des TAC.
- ✓ La majorité des étudiants déprimés ou qui ont un TAC dans notre échantillon, sont des non consommateurs de toxiques (tabac, alcool, haschich).

Toutes ces données imposent une intervention auprès des futurs médecins qui souffrent de troubles psychiques ou qui ont des conditions qui les exposent à les développer. Un dépistage des étudiants qui ont des antécédents personnels ou familiaux psychiatriques est souhaitable afin de les bien suivre et prévenir le développement des troubles dépressifs et des TAC, ainsi que des étudiants issus de familles avec un niveau socio-économique bas et leurs offrir un soutien social.

La création de la cellule d'écoute de la FMPM depuis le début de l'année universitaire en cours est une expérience d'importance capitale pour aider les étudiants qui ont des difficultés à surmonter leurs problèmes ,surtout qu'elle a comme objectif d'accueillir, écouter, comprendre, informer et orienter les étudiants de la FMPM en leur permettant de parler de leurs doutes et de leurs problèmes. Elle permettra aux futurs médecins qui ont des troubles anxieux caractérisés et dépressifs d'être bien suivis et bien pris en charge grâce à ses missions qui sont multiples notamment :

- 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 du praticien pour une prise en charge thérapeutique si nécessaire.

ANNEXES

**Questionnaire de l'étude de la Prévalence et des caractéristiques des troubles
anxieux caractérisés et dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine
et de pharmacie de Marrakech.**

Age :

Sexe : Féminin Masculin

Combien avez-vous de frères et soeurs :

Mode de vie actuel :

Seul Amis Parents

A Autres membre de la famille

Statut marital :

Célibataire Marié Divorcé : veuf

Vous êtes en quelle année :

.....

Avez-vous une activité professionnelle en plus de vos études

Oui Non

Niveau socio-économique :

< 1500 DH

1500 – 3000

3000 – 5000

5000 – 10000

>10000

Est-ce que l'un de vos parents est médecin ?

Oui non

Antécédents personnels Psychiatriques : OUI NON

Si OUI, Précisez :

Dépression Trouble de panique schizophrénie Toc

Trouble bipolaire Trouble d'anxiété généralisée Phobie sociale

Etat de stress post-traumatique Autres :

Antécédents personnels médicaux ou Chirurgicaux : OUI NON

Si OUI, Précisez :

Antécédents familiaux psychiatriques : OUI NON

Si OUI, Précisez :

Dépression Trouble de panique schizophrénie Toc

Trouble bipolaire Trouble d'anxiété généralisée Phobie sociale

Etat de stress post-traumatique Autres :

Membre de la famille atteint :

Père Mère Frère Sœur
Oncle Tante Grand parent Cousin (e)

Autres :

Consommation de Tabac OUI NON

Si OUI, Depuis quel âge consommez vous du tabac :Ans

Combien de cigarettes fumez-vous par jourCigarettes /J.

Consommation du Haschich OUI NON

Si OUI, Depuis quel âge consommez vous du Haschich.....Ans

Votre consommation :/ Jours,/ Semaine, Occasionnel

Consommation d'alcool OUI NON

Si OUI, Depuis quel âge consommez vous de l'Alcool :Ans

Partie II :Mini DSM IV pour les trouble anxieux :

E. TROUBLE PANIQUE

- E1 Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) **subitement** très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ?

NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEignent LEUR PAROXYsME EN MOINS DE 10 MINUTES

NON	OUI	1
-----	-----	---

Si **E1 = NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

- E2 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?

NON	OUI	2
-----	-----	---

Si **E2 = NON**, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1

- E3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs

	conséquences possibles ?	NON	OUI	3
	SI E3 = NON , ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1			
E4	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :			
a	Aviez vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle)?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15

m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	NON	OUI	
	Si E5 = NON, PASSER A E7		<i>Trouble Panique</i>	
			<i>Vie entière</i>	
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?	NON	OUI	17
	Si E6 = OUI, PASSER A F1		<i>Trouble Panique</i>	
			<i>Actuel</i>	
E7	Y A-T-IL 1, 2 ou 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI	18
			<i>Attaques Paucisymptoma tiques vie entière</i>	

F. AGORAPHOBIE

F1	Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquiez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?	NON	OUI	19
	Si F1 = NON, ENTOURER non EN F2			
F2	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous			

d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?	NON	OUI	20
--	-----	-----	----

***Agoraphobie
Actuel***

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE **NON**
et

NON
OUI

E6 (TROUBLE PANIQUE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE **OUI** ?

***TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL***

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE **OUI**
et

NON
OUI

E6 (TROUBLE PANIQUE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE **OUI** ?

***TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL***

F2 (AGORAPHOBIE *ACTUEL*) EST-ELLE COTEE **OUI**
et

NON

E5 (TROUBLE PANIQUE *VIE ENTIERE*) EST-ELLE COTEE
NON ?

OUI

***AGORAPHOBIE
sans antécédents de
Trouble Panique
ACTUEL***

G. PHOBIE SOCIALE

G1	Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?	NON	OUI	1
G2	Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?	NON	OUI	2
G3	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?	NON	OUI	3
G4	Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	4
G4 EST-ELLE COTEE OUI ?		NON	OUI	
		PHOBIE SOCIALE ACTUEL		

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF :

H1	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irrépressibles ou un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?	NON	OUI	1
NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN				

PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS
CONSEQUENCES NEGATIVES

Si H1 = **NON**, PASSER A H4

Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines
de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

H2 Si H2 = **NON**, PASSER A H4 NON OUI 2

H3 Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont
le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont
pas imposées de l'extérieur ? NON OUI 3

H4 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le
besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir
vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter,
vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des
rituels religieux ? NON OUI 4

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ? NON OUI

H5 Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces
comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou
hors de proportion ? NON OUI 5

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces
comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment
dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos
relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus
d'une heure par jour ? NON OUI 6

H6 EST-ELLE COTEE OUI ? NON
OUI

**TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF
ACTUEL**

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

11	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?	☐			
	EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	NON	OUI	1	
12	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	NON	OUI	2	
13	Au cours du mois écoulé :				
a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON	OUI	3	
b	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI	4	
c	Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI	5	
d	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI	6	
e	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI	7	
f	Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI	8	

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?		NON	OUI	
I4	Au cours du mois écoulé :			
a	Aviez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI	9
b	Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON	OUI	10
c	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI	11
d	Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI	12
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI	13
		☐		
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?		NON	OUI	
I5	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?			
		NON	OUI	14
I5 EST-ELLE COTEE OUI ?		NON	OUI	
ETAT DE STRESS POSTTRAUMATIQUE ACTUEL				

Inventaire de Dépression de Beck

Pour chacun des groupes d'énoncés suivants, cochez celui qui décrit le mieux votre état. À la fin du test, cliquez sur "Total" au bas du questionnaire pour avoir votre résultat :

0-Je ne me sens pas triste.

1- Je me sens triste.

2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.

3- Je suis si triste ou si découragé(e) que je ne peux plus le supporter.

0- Je ne me sens pas particulièrement découragé(e) en pensant à l'avenir.

1- Je me sens découragé(e) en pensant à l'avenir.

2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir.

3- L'avenir est sans espoir et rien ne s'arrangera.

0- Je n'ai pas l'impression d'être une(e) raté(e).

1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.

2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.

3- Je suis un(e) raté(e).

0-Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.

1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.

2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.

3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

0-Je ne me sens pas particulièrement coupable.

1- Je me sens coupable une grande partie du temps.

2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.

3- Je me sens constamment coupable.

0-Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).

1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).

2- Je m'attends à être puni(e).

3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.

1- 1- Je suis déçu(e) de moi-même.

2- 2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.

3- 3- Je me hais.

0-Je ne crois pas être pire que les autres.

1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.

2- Je me blâme constamment de mes défauts.

3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.

0-Je ne pense jamais à me tuer.

1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.

2- J'aimerais me tuer.

3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.

0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.

1- Je pleure plus qu'autrefois.

2- Je pleure constamment.

3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui

0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.

1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude

2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.

3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.

0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.

1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.

2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.

3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.

0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois.

1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.

2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.

3- Je suis incapable de prendre des décisions.

0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré.

1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).

2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e). 3- Je crois que je suis laid(e).

0- Je travaille aussi bien qu'autrefois.

1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.

2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.

3- Je suis absolument incapable de travailler.

0- Je dors aussi bien que d'habitude.

1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.

2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.

3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.

0- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.

1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois. 2- Un rien me fatigue.

3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.

0- Mon appétit n'a pas changé.

1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.

2- Mon appétit a beaucoup diminué.

3- Je n'ai plus d'appétit du tout.

0- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.

1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).

2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).

3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).

0- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.

1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou de la constipation.

2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose. 3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.

0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.

1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.

2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.*

3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.

RÉSUMÉS

Résumé

Les troubles anxieux caractérisés et dépressifs chez les étudiants en médecine ont fait l'objet de plusieurs études depuis les années cinquante du vingtième siècle vu leurs fréquence et leurs conséquences sur les performances académiques et la santé physique des futurs médecins .le but de notre étude est de préciser la prévalence et les caractéristiques des troubles anxieux et dépressifs chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech

Nous avons mené une étude transversale sur un échantillon de 350 étudiants de la FMPM, les résultats obtenus étaient confrontés à ceux de la littérature.

La prévalence de la dépression chez les futurs médecins était de 35,1% alors que celle des troubles anxieux caractérisés était de 54% .La phobie sociale était la plus fréquente avec une prévalence de 18% .Le sexe féminin, le niveau socioéconomique bas et la présence d'antécédents personnels ou familiaux psychiatriques étaient associé à une prévalence élevée de dépression et des troubles anxieux caractérisés .Le niveau d'étude et la consommation de toxiques(tabac ,alcool ,Haschich) étaient liés à la prévalence des troubles anxieux caractérisés et dépressifs chez les médecins en formation.

La prévalence des troubles anxieux caractérisés et dépressifs chez les étudiants en médecine est très élevée par rapport à la population générale.

En conclusion les troubles anxieux et dépressifs sont un réel problème chez les étudiants en médecine, un dépistage des facteurs associés à une prévalence élevée semble intéressant pour déterminer les sujets nécessitant un soutien psychique afin de prévenir la survenue des troubles psychiatriques.

Summary

The depression and characterized Anxiety disorders, among medical students, were the subject of several studies since the fifties of the twentieth century, due their frequency and their impact on academic performances and physical health of future physician. The aim of our study is to determine the prevalence and characteristics of anxiety and depression among students of the faculty of medicine and pharmacy of Marrakesh

We conducted a cross-sectional study on a sample of 350 students of the Faculty of Medicine and Pharmacy of Caddi Ayyad University; the results were compared with those of literature.

The prevalence of depression among medical students was 35.1% while that of characterized Anxiety disorders was 54%. The social phobia was the most frequent with a prevalence of 18%. The female sex, low socioeconomic level and the presence of personal or familial psychiatric history were associated with a high prevalence of depression and characterized anxiety disorders. The level of study and the toxic consumption (tobacco, alcohol, Hashish) were related to the prevalence of characterized anxiety disorders and depression among future doctors.

The prevalence of depression and characterized anxiety disorders among medical students is very high compared to the general population.

In conclusion depressive and anxiety disorders are a real problem among medical students, screening for factors associated with a high prevalence seems interesting to identify subjects in need of psychological support to prevent the occurrence of psychiatric disorders.

ملخص

شكل الاكتئاب و اضطرابات القلق عند طلبة الطب موضوعا للعديد من الدراسات، وذلك منذ خمسينات القرن العشرين، نظرا لانتشارها و كذا تأثيرها على الأداء الأكاديمي والصحة البدنية لأطباء المستقبل. تهدف دراستنا لتحديد مدى انتشار الاكتئاب و اضطرابات القلق بين طلاب كلية الطب والصيدلة بمراكش مع تحديد خصائصها

أجرينا دراسة مقطعية على عينة من 350 طالبا من كلية الطب والصيدلة بمراكش، النتائج المحصلة قورنت مع الاعمال السابقة المأخوذة من المراجع العلمية

بلغت نسبة انتشار الاكتئاب بين طلاب الطب 35.1٪، في حين كانت نسبة انتشار اضطرابات القلق 54٪. و كان الرهاب الاجتماعي الأكثر شيوعا مع انتشار قدر ب 18٪. سجلنا معدل مرتفعا لانتشار الاكتئاب واضطرابات القلق لدى الإناث و الطلبة ذوي مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض او الذين لهم سابق نفسي شخصي او عائلي. وجدنا ايضا ان انتشار الاكتئاب و اضطرابات القلق بين اطباء المستقبل يرتبط مستوى الدراسة واستهلاك المواد السامة (التبغ والكحول والحشيش)

. نسبة انتشار الاكتئاب و اضطرابات القلق بين الطلبة الاطباء مرتفعة جدا مقارنة بنسبة انتشارها لدى

العامة

نستخلص ان القلق والاكتئاب مشكلة حقيقية لدى طلاب الطب ويعتبر الكشف عن العوامل المرتبطة بمعدل انتشار مرتفع من الاهمية بما كان بهدف تحديد الطلبة الذين يحتاجون إلى الدعم النفسي لوقايتهم من الاضطرابات النفسية.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Saslow G .**
Psychiatric problems of medical students.
J Med Educ.1956 Jan; 31(1):27–33.
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. 2006;81:354–73
3. **Pickard,M ;Bates,L,Dorian M Greig H& Saint,D**
Alcohol and Drug Use in second-Year medical students at the University of Leeds.
Med Educ,34(2),148–150
4. **Mancevska S, Bozinovska L, Tecce J, Pluncevik–Gligoroska J, Sivevska–Smilevska E**
Depression, anxiety and substance use in medical students in the Republic of Macedonia.
Bratisl Lek Listy 2008;109(12):568–72
5. **Rab,F;Mamdou R & Fernando A,T (2011).**
Satisfaction with life and depression among medical students in Auckland, New Zealand.
N Z Med J ,124(1341)
6. **Khan MS,Mahmood S,Badshah A,Ali SU ,Jamal Y**
Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan.
J Pak Med Assoc 2006 Dec; 56(12):583–6
7. **Bostanci M, Ozdel O, Oguzhanoglu NK, Ozdel L, Ergin A, et al**
Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates.
Croat Med J, 46(1): 96–100
8. **Ahmed,I ;Banu H, ;Al–Fageer ,R &AL suwaidi,R (2009),**
Cognitive emotions :depression and anxiety in medical students and staff.
J crit Care ,24(3),el–7.
9. **Z ,Mehhana S Richa**
prevalence des troubles anxieux et dépressifs chez les étudiants en médecine
(l'Encéphale,2006 ;32 :976–82,cahier 1).

10. **Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD.**
Medical students distress: causes, consequences, and proposed solutions.
Mayo Clin Proc 2005; 80:1613–22
11. **Supe AN.**
A study of stress in medical students at Seth GS Medical College.
J Postgrad Med 1998; 44:1–6
12. **Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA)**
M.I.N.I. 5.0.0 French version / DSM-IV / current (August 1998)
13. **Beck A, Beck R.**
Screening depressed patients in family practice, a rapid technique.
Postgrad Med. 1972;52:81–85..
14. **American Psychiatric Association**
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
Arlington, American Psychiatric Publishing, p. 20 , 2013
15. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**
DSM IV –TR
MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX
16. **Haute autorité de la santé – 2007**
Guide pratique GUIDE D’AFFECTION DE LONG DUREE
Affection psychiatriques de longue durée : trouble anxieux graves.
17. **Haute Autorité de Santé – 2014**
Épisode dépressif caractérisé de l’adulte : prise en charge en premier recours
18. **Sergio Baldassin et al .**
The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross sectional study .
BMC Medical Education 2008, 8:60
19. **L.ESSABIRI, I.TAZI**
Approche épidémiologique de la boulimie et du comportement Alimentaire inhabituel chez les étudiantes en milieu universitaire a Marrakech. 2008

20. **Bayram,N.,Bilgel,N.**
.The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students.
Soc. Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.43,667-672,2008 .
21. **Givens JL, Tjia J.**
Depressed medicalstudents' use of mental health services and barriers to use.
Acad Med. 2002;77:918-21.
22. **Camp DL, Hollingsworth MA, Zaccaro DJ,Cariaga-Lo LD, Richards BF.**
Does a problem-based learning curriculum affect depression in medical students?
Acad Med. 1994;69(10 suppl):S25-S27
23. **Quince TA, Wood DF,Parker RA, et al.**
Prevalence and persistence of depression among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school.
BMJ Open 2012;00:e001519.
24. **Schwenk TL, Davis L,Wimsatt LA.**
Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students.
JAMA 2010; 304 (11) : 1181-90.
25. **D .MOUSSAOUI**
La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies
L'Encéphale (2007) Supplément 4,S125,S126 .
26. **O'Neil M, Lancee W, Freeman S.**
Help-seeking behavior of depressed students.
Soc Sci Med. 1984;18:511-514
27. **Newberry H, Beerman K, Duncan S, McGuire M, Hillers V.**
Use of nonvitamin, nonmineral dietary supplements among college students.
J Am Coll Health. 2001;50:123-129
28. **Givens J.**
Depression and the Use of Counseling Services Among Medical Students [master's thesis].
Berkeley: School of Public Health,
University of California, Berkeley; 1995

29. **Kaya M, Genc M, Kaya B, Pehlivan E.**
Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students.
Turk Psikiyatri Derg 2007; 18:137–46. Turkish.
30. **Chan DW.**
Depressive symptoms and depressed mood among Chinese medical students in Hong Kong.
Compr Psychiatry 1991; 32:170–80
31. **Chen L, Wang L, Qiu XH, Yang XX, Qiao ZX, et al. (2013)**
Depression among Chinese University Students: Prevalence and Socio-Demographic Correlates.
PLoS ONE 8(3): e58379
32. **Mitchell RE, Mathews JR, Grandy TG.**
The question of stress among first year medical students.
J Med Educ 1983;58:367–72
33. **Webb, C., Ashton, H., Kelly, P. & Kamali, F. (1996).**
Alcohol and drug use in UK university students.
The Lancet, vol. 348, no. 9032, pp. 922–925, 1996
34. **Farhad Ghorban DordiNejad et Al**
the relationship between test anxiety and academic performance.
Procedia Social and Behavioral Sciences 15 (2011) 3774–3778
35. **shawaz Iqbal, Sandhya Gupta and E .Venkatarao**
Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates
Indian J Med Res. 2015 Mar; 141(3): 354–357
36. **Cassady, J.C., & Johnson, R. E., (2002).**
Cognitive Test Anxiety and Academic Performance.
Contemp.Educ. Psychol, 27(2), 27– 295
37. **S .N. B. Inam, A. Saqib, E. Alam.**
“Prevalence of Anxiety and Depression among Medical Students of Private University.”
JPMA. (2003) Volume: 53, Issue: 2, Pages: 44–47

38. **Sevim Mustafa et al. / Procedia**
Anxiety and self-esteem among university students: comparison between Albania and Kosovo
Social and Behavioral Sciences 205 (2015) 189 – 194
39. **Motaz B. Ibrahim, Moataz H. Abdelreheem**
Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University
Alexandria Journal of Medicine (2015) 51, 167–173
40. **Nadia Kadri et Al**
Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco
Annals of General Psychiatry 2007, 6:6
41. **Mikolajczyk R, Maxwell A, El Ansari W, Naydenova V, Stock C, et al.**
Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. Soc Psychiatry
Psychiatr Epidemiol 2008;43(2):105–12.
42. **Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS.**
The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey.
Am J Psychiatry. 1994;151:979–86.)
43. **Chandavarkar U, Azzam A, Mathews CA:**
Anxiety symptoms and perceived performance in medical students.
Depress Anxiety 2006, 24:103–111.)
44. **Hojat M, Glaser K, Xu G, Veloski JJ, Christian EB:**
Gender comparisons of medical students' psychosocial profiles.
Med Educ 1999, 33:342–349
45. **Henning K, Ey S, Shaw D.**
Perfectionism, the imposter phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students.
Med Educ. 1998;32:456–64.)

46. **Katz J, Monnier J, Libet J, Shaw D, Beach S.**
Individual and crossover effect of stress on adjustment in medical student marriages.
J Marital Fam Ther. 2000;26:341–351.)
47. **Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR.**
A longitudinal study of students' depression at one medical school.
Acad Med. 1997;72:542–46.
48. **Nogueira–Martins MC, Nogueira–Martins LA, Turato ER:**
Medical students' perceptions of their learning about the doctor patient relationship: a qualitative study.
Med Educ 2006, 40:322–328.
49. **Sarikaya O, Civaner M, Kalaca S:**
The anxieties of medical students related to clinical training.
Int J Clin Pract 2006, 60:1414–1418. 39.
50. **Buela–Casal G, Miró E, Iáñez MI, Catena A:**
Relation between habitual sleep duration and depressed mood state: Somatic versus cognitive symptoms.
Int J Clin Health Psychol 2007, 7:615–631.
51. **Hirata FC, Lima MC, de Bruin VM, Nobrega PR, Wenceslau GP, de Bruin PF:**
Depression in medical school: the influence of morningness– eveningness.
Chronobiol int 2007, 24:939–946.
52. **Nogueira–Martins LA, Stella RC, Nogueira HE:**
A pioneering experience in Brazil: the creation of a center for assistance and research for medical residents (NAPREME) at the Escola Paulista de Medicina, Federal University of São Paulo.
Sao Paulo Med J 1997, 115(6):1570–1574
53. **Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, et al. (2003)**
Socioeconomic inequalities in depression: a meta–analysis.
Am J Epidemiol, 157(2), 98–112
54. **Myoung–Sun Roh, et Al**
The Prevalence and Impact of Depression Among Medical Students: A Nationwide Cross–Sectional Study in South Korea.
Academic Medicine, Vol. 85, No. 8 / August 2010

55. **Step toe A, Tsuda A, Tanaka Y, Wardle J (2007)**
Depressive symptoms, socioeconomic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries.
Int J Behav Med, 14(2): 97–107.
56. **Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes RG:**
Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal.
BMC Med Educ 2007, 7:26.
57. **Zoccolillo M, Murphy GE, Wetzel RD.**
Depression among medical students.
J Affect Disord 1986; 11 (1): 91–6.
58. **Newbury–Birch D, White M, Kamali F.**
Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug Alcohol Depend* 2000;59:125–130.
59. **Akvadar Y, Demiral Y, ERgor A, Bilici MOzer A**
Substance use in a sample of turkish medical student.
Drug alcohol depend 2003 .72 :117–121,
60. **Ylli Vakefliu, Dhimitraq Argjiri, Ilir Peposhi, , Sejdini Agron, Andrea S. Melani,**
Tobacco Smoking Habits, Beliefs, and Attitudes among Medical Students in Tirana, Albania
Prev Med 2002;34:502----506
61. **Mohammed Essaid GOURANI, .I.TAZI**
Approche épidémiologique de la toxicomanie en milieu universitaire à Marrakech
62. **Yoolwon Jeong, Jin Young Kim, Jae Seon Ryu, Ko eun Lee, Eun Hee Ha, Hyesook Park**
The Associations between Social Support, Health–Related Behaviors, Socioeconomic Status and Depression in Medical Students .
Epidemiology and Health Volume: 32, Article ID: e2010009, 8 pages
63. **Clark DC, Zeldow PB.**
Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school.
JAMA. 1988;260:2521–28 .

64. **Thompson, D.,Goebert,D.,Takeshita,J.,2010.**
A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students
.Acad.Med.:J.Assoc.Am. Med. Coll.85,1635–1639.
65. **Misra, R.,McKean,M.,2000.**
College students'academic stress and its relation to their anxiety ,time management ,and
leisure satisfaction .
Am.J.HealthStud.16, 41–51
66. **Jafari N, Loghmani A, Montazeri A.**
Mental health of medical students in different levels of training.
Int J Prev Med 2012;3(Suppl1):S107–12
67. **Regier DA, Farmer MD, Rae DS, et al.**
One month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic
characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study.
Acta Psychiatr Scand. 1993;88:35–47.
68. **Regier DA, Boyd JH, Burke JD. et al.**
One month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five
Epidemiologic Catchment Area sites.
Arch Gen Psychiatry. 1988;45:977–86
69. **Lloyd C, Gartrell NK.**
Psychiatric symptoms in medical students.
Compr Psychiatry. 1984;25:552–65
70. **Vitaliano PP, Maiuro RD, Russo J, Mitchell ES.**
Medical student distress: a longitudinal study.
J Nerv Ment Dis. 1989;177:70–76.
71. **Richman JA, Flaherty JA.**
Gender differences in medical student distress: contributions of prior socialization and
current role-related stress.
Soc Sci Med. 1990;30:777–87.
72. **Jadoon NA,Yaqoub R,Raza A ,Shehzad MA,Zeshan SC**
Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study
J Pak Med Assoc.2010 Aug; 60(8):699–702

73. **BASSOLS, Ana M. et al.**
First- and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms?
Rev. Bras. Psiquiatr. [online]. 2014, vol.36, n.3
74. **Ketelaar SM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK.**
Is change in health behavior of Dutch medical students related to change in their ideas on how a physician's lifestyle influences their patient's lifestyle?
Int J Adolesc Med Health 2014;26:511-6.
75. **Compton MT, Carrera J, Frank E.**
Stress and depressive symptoms/ dysphoria among US medical students: results from a large, nationally representative survey.
J Nerv Ment Dis 2008;196:891-7
76. **Weich S, Lewis G.**
Material standard of living, social class, and the prevalence of the common mental disorders in Great Britain.
J Epidemiol Community Health 1998;52:8-14.
77. **Hunt, J., Eisenberg, D., 2010.**
Mental health problems and help-seeking behavior among college students.
J. Adolesc. Health 46, 3-10.
78. **Omokhodion, F.O., Gureje, O., 2003.**
Psychosocial problems of clinical students in the University of Ibadan Medical School.
Afr. J. Med. Med. Sci. 32, 55-58.
79. **Othieno, C.J., Okoth, R.O., Peltzer, K., Pengpid, S., Malla, L.O., 2014.**
Depression among university students in Kenya :prevalence and sociodemographic correlates.
J. Affect. Disord. 165, 120-125.
80. **Yusoff M.S.B., Mat Pa M.N., Esa A.R., Abdul Rahim A.F**
Mental health of medical students before and during medical education: A prospective study.
(2013) *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 8 (2) , pp. 86-92.
- .

81. **Dorothy Newbury–Birch a, David Walshaw b, Farhad Kamali**
Drink and drugs: from medical students to doctors
Drug and Alcohol Dependence 64 (2001) 265–270
82. **Jorien M. Borst, Monique H.W. Frings–Dresen and Judith K. Sluiter***
Prevalence and incidence of mental health problems among Dutch medical students and the study–related and personal risk factors: a longitudinal study
INTERNATIONAL JOURNAL OF ADOLESCENT MEDICINE AND HEALTH · AUGUST 2015
83. **Geisner IM, Mallett K, Kilmer JR.**
An examination of depressive symptoms and drinking patterns in first year college students.
Issues Ment Health Nurs 2012; 33:280–7
84. **Moak Z, Agrawal A**
The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health :results from the national epidemiological survey on alcohol and related condition.
J Pub Health 2010;32:191_201.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال بآذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بآذلاً رعايتي الطبية

لل قريب والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثار على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخاً لكل زميل في

المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

نسبة انتشار وخصائص اضطرابات القلق والاكتئاب عند طلبة كلية الطب والصيدلة بمراكش

الأطروحة

قدمت ونقشت علانية يوم 10 / 03 / 2016

من طرف

السيد عبد الله أشطاين

المزداد بتاريخ 20 غشت 1988 ببويزكارن - كلميم

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

الاكتئاب – اضطرابات القلق – طلبة الطب.

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد

م. بوسكراوي

أستاذ في طب الأطفال

السيدة

ف. منودي

أستاذة في الطب النفسي

السيدة

ف. عسري

أستاذة في الطب النفسي

السيدة

ح. الهوري

أستاذة مبرزة في جراحة العظام والمفاصل

السيدة

ن. لوهاب

أستاذة مبرزة في أمراض الدماغ و الأعصاب

السيدة

إ. عدلي

أستاذة مبرزة في الطب النفسي

