



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE-RABAT



Année : 2024

Thèse N° : 198

Stress, anxiété et dépression chez les étudiants étrangers au Maroc

(Etude de prévalence dans la région de Rabat-Salé)

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le : 27/05/2024

Par :

Madame Christelle Despagne

Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine

Mots clés : Stress, Anxiété, Dépression, Etudiant étranger.

Membres du Jury :

Monsieur Filali Karim

Professeur d'anesthésie réanimation

Président du Jury

Monsieur Kadiri Mohamed

Professeur de psychiatrie

Directeur de thèse

Madame Sabir Maria

Professeur de psychiatrie

Juge

Monsieur Sbai Idrissi Karim

Professeur de Médecine préventive, santé publique et hygiène

Juge

Monsieur Laboudi Fouad

Professeur de psychiatrie

Juge



DOYENS HONORAIRES :

1962 _ 1969	: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 _ 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 _ 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 _ 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 _ 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 _ 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 _ 2013	: Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI
2013 _ 2022	: Professeur Mohamed ADNAOUI

ORGANISATION DECANALE :

Doyen
Professeur Brahim LEKEHAL
Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines
Professeur Amal THIMOU
Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Younes RAHALI
Secrétaire Général
Mr. Mohamed KARRA

SERVICES ADMINISTRATIFS :

Chef du Service des Affaires Administratives
Mr. Abdellah KHALED
Chef du Service des Affaires Etudiantines, Statistiques et Suivi des Lauréats
Mr. Azzeddine BOULAAJOUL
Chef du Service de la Recherche, Coopération, Partenariat et des Stages
Mr. Najib MOUNIR

Chef du service des Finances
Mr. Rachid BENNIS
Chef du Service Informatique
Mr. Abdelhakim EL MESSAOUDI

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

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

Médecine Interne – Clinique Royale
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed

Médecine Interne

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha
Février Avril Juillet et Décembre 1991

Gynécologie -Obstétrique

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique **Méd. Chef**
Maternité des Orangers Rabat

Pr. CHERRAH Yahia

Pharmacologie Doyen de la Fac. Phar.
Abulcassis Rabat

Pr. SOULAYMANI Rachida

Pharmacologie- Dir. du Centre Anti Poison et
de Pharmacovigilance

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUADA Adil
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Doyen de la FMPA
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. SENOUCI Karima

Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale – Directeur du CHIS Rabat
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Dermatologie

Mars 1994

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

Urologie Inspecteur du SSM
Pédiatrie
Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

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

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

Décembre 1996

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

Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie Directeur HMI Mohammed V Rabat

Novembre 1997

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

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

Novembre 1998

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

Neurologie Doyen de la Fac. Méd. Abulcassis Rabat
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie

Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
 Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
 Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 Pr. EL FTOUH Mustapha
 Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 Pr. TACHINANTE Rajae
 Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Neurochirurgie
 Anesthésie-Réanimation
 Médecine Interne

Novembre 2000

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

Neurologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Pédiatrie
 Urologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
 Pr. BENABDELJLIL Maria
 Pr. BENAMAR Loubna
 Pr. BENELBARHDADI Imane
 Pr. BENNANI Rajae
 Pr. BENOUACHANE Thami
 Pr. BEZZA Ahmed*
 Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 Pr. BOUMDIN El Hassane*
 Pr. CHAT Latifa
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
 Neurologie
 Néphrologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Rhumatologie
 Anatomie
 Radiologie
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique Directeur Hôp. d'Enfants Rabat
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie -
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale Directeur Hôpital Ibn Sina Rabat
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique –Doyen de la FMPP
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURLARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*

Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif*

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie Directeur HMI Moulay Ismail-Meknès
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie V-D chargé Aff Acad. Est.
Chirurgie Générale Directeur de l' ERPPLM

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

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie - Directeur Hôp. Al Ayachi Salé
Pédiatrie
Cardiologie

Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. ZERAIDI Najia

Biophysique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

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

Rhumatologie
 Hématologie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire. Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.

Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saida*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

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

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila
 Pr. AMHAJJI Larbi *
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed *
 Pr. BALOUCH Lhousaine *
 Pr. BENZIANE Hamid *
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHERKAOUI Naoual *
 Pr. EL BEKKALI Youssef *
 Pr. EL ABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Nouredine

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

Pr. HADADI Khalid *
 Pr. ICHOU Mohamed *
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LOUZI Lhoussain *
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. OUZZIF Ez zohra *
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine *
 Pr. SIFAT Hassan *
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour *
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
 Pr. AGADR Aomar *
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. AKHADDAR Ali *
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir

Pr. BELYAMANI Lahcen*

Pr. BJIJOU Younes

Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MSSROURI Rahal

Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Biochimie-chimie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie Directeur Hôp.des Spécialités
 Rabat
 Anesthésie Réanimation Directeur de la Clinique
 Royale
 Anatomie Dir. Délégué de la Fondation Ch.Kh.Ibn
 Zaid
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Mars 2010

Pr. FILALI Karim *
Pr. CHEMSI Mohamed*

Anesthésie-Réanimation Directeur ERSSM
Médecine Aéronautique

Octobre 2010

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

Anesthésie réanimation
Médecine Interne
Physiologie
Microbiologie
Biochimie- Chimie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Decembre 2010

Pr.ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

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

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

Février 2013

Pr.AHID Samir

Pharmacologie Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'UM6SS

Pr.AIT EL CADI Mina
Pr.AMRANI HANCHI Laila
Pr.AMOR Mourad
Pr.AWAB Almahdi
Pr.BELAYACHI Jihane
Pr.BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr.BENCHEKROUN Laila
Pr.BENKIRANE Souad

Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie-Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie

Pr.BENSGHIR Mustapha *
 Pr.BENYAHIA Mohammed *
 Pr.BOUATIA Mustapha
 Pr.BOUABID Ahmed Salim*
 Pr BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr.CHAIB Ali *

Pr.DENDANE Tarek
 Pr.ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr.ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr.ELFATEMI NIZARE
 Pr.EL GUERROUJ Hasnae
 Pr.EL HARTI Jaouad
 Pr.EL JAOUDI Rachid *
 Pr.EL KABABRI Maria
 Pr.EL KHANNOUSSI Basma
 Pr.EL KHLouFI Samir
 Pr.EL KORAICHI Alae
 Pr.EN-NOUALI Hassane *
 Pr.ERRGUIG Laila
 Pr.FIKRI Meryem
 Pr.GHFIR Imade
 Pr.IMANE Zineb
 Pr.IRAQI Hind
 Pr.KABBAJ Hakima
 Pr.KADIRI Mohamed *
 Pr.LATIB Rachida
 Pr.MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr.MEDDAH Bouchra
 Pr.MELHAOUI Adyl
 Pr.MRABTI Hind
 Pr.NEJJARI Rachid
 Pr.OUBEJJA Houda
 Pr.OUKABLI Mohamed *
 Pr.RAHALI Younes

Pr.RATBI Ilham
 Pr.RAHMANI Mounia
 Pr.REDA Karim *
 Pr.REGRAGUI Wafa
 Pr.RKAIN Hanan
 Pr.ROSTOM Samira
 Pr.ROUAS Lamiaa
 Pr.ROUIBAA Fedoua *
 Pr SALIHOUN Mouna
 Pr.SAYAH Rochde
 Pr.SEDDIK Hassan *
 Pr.ZERHOUNI Hicham
 Pr.ZINE Ali *

Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique et Bromatologie
 Traumatologie orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie Président de la Ligue N. de L.
 contre les M. CV
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologique
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique Vice-Doyen à la
 Pharmacie
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

AVRIL 2013

Pr.EL KHATIB MOHAMED KARIM *

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MAI 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir*

Toxicologie

JUIN 2013

Pr.BENALI Bennaceur

Médecine du Travail

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah

Pr.BENCHAKROUN Mohammed *

Pr.BOUCHIKH Mohammed

Pr. EL KABBAJ Driss *

Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *

Pr. HARDIZI Houyam

Pr. HASSANI Amale *

Pr. HERRAK Laila

Pr. JEAIDI Anass *

Pr. KOUACH Jaouad*

Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar

Pr. SEKKACH Youssef*

Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique

Traumatologie- Orthopédie

Chirurgie Thoracique

Néphrologie

Biochimie-Chimie

Histologie- Embryologie-Cytogénétique

Pédiatrie

Pneumologie

Hématologie Biologique

Génécologie-Obstétrique

CCV

Médecine Interne

Génécologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKASSEM Rachid*

Pr. AIT BOUGHIMA Fadila

Pr. BEKKALI Hicham *

Pr. BOUABDELLAH Mounya

Pr. DERRAJI Soufiane*

Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali

Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*

Pr. EL MARJANY Mohammed*

Pr. FEJJAL Nawfal

Pr. JAHIDI Mohamed*

Pr. LAKHAL Zouhair*

Pr. OUDGHIRI NEZHA

Pr. RAMI Mohamed

Pr. SABIR Maria

Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie

Médecine Légale

Anesthésie-Réanimation

Biochimie-Chimie

Pharmacie Clinique

Anatomie

Anesthésie-Réanimation

Radiothérapie

Chirurgie Réparatrice et Plastique

O.R.L

Cardiologie

Anesthésie-Réanimation

Chirurgie Pédiatrique

Psychiatrie

Médecine Préventive, Santé Publique et Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem

Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie

Rhumatologie

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Oto-Rhino-Laryngologie

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*
PROFESSEURS AGREGES :

Microbiologie
Cardiologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hyg.
Chirurgie Générale
Immunologie

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Oncologie Médicale

NOVEMBRE 2018

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

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*
Pr. ACHBOUK Abdelhafid *
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*
Pr. BASSIR Rida Allah
Pr. BOUATTAR Tarik
Pr. BOUFETTAL Monsef
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed *
Pr. BOUZELMAT Hicham*
Pr. BOUKHRIS Jalal *
Pr. CHAFRY Bouchaib *
Pr. CHAHDI Hafsa*
Pr. CHERIF EL ASRI ABAD *
Pr. DAMIRI Amal *
Pr. DOGHMI Nawfal*
Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir
Pr. EL ANNAZ Hicham*
Pr. EL HASSANI Moulay El Mehdi*
Pr. EL HJOUJI Abderrahman *
Pr. EL KAOUI Hakim *
Pr. EL WALI Abderrahman*
Pr. EN-NAFAA Issam *
Pr. HAMAMA Jalal *
Pr. HEMMAOUI Bouchaib*
Pr. HJIRA Naouafal *
Pr. JIRA Mohamed *
Pr. JNENE Asmaa
Pr. LARAQUI Hicham *
Pr. MAHFOUD Tarik *
Pr. MEZIANE Mohammed *
Pr. MOUTAKI ALLAH Younes *
Pr. MOUZARI Yassine *
Pr. NAOUI Hafida *
Pr. OBTEL MAJDOULINE
Pr. OURRAI ABDELHAKIM *
Pr. SAOUAB RACHIDA *
Pr. SBITTI YASSIR *
Pr. ZADDOUG OMAR*
Pr. ZIDOUH SAAD *

NOVEMBRE 2020

Pr. LALYA ISSAM *

Néphrologie
Chirurgie réparatrice et plastique
Radiothérapie
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie-Générale
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Traumatologie-Orthopédie
Anatomie pathologique
Neuro-chirurgie
Anatomie Pathologique
Anesthésie-Réanimation
Pharmacie-Galénique
Virologie
Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Radiologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Oto-Rhino-Laryngologie
Dermatologie
Médecine interne
Physiologie
Chirurgie-Générale
Oncologie Médicale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Parasitologie-Mycologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pédiatrie
Radiologie
Oncologie Médicale
Traumatologie-Orthopédie
Anesthésie-Réanimation

Radiothérapie

SEPTEMBRE 2021

Pr. ABABOU Karim*
Pr. ALAOUI SLIMANI Khaoula*
Pr. ATOUF OUAFA
Pr. BAKALI Youness
Pr. BAMOUS Mehdi*
Pr. BELBACHIR Siham
Pr. BELKOUCH Ahmed*
Pr. BENNIS Azzelarab*
Pr. CHAFAI ELALAOUI Siham
Pr. DOUMIRI Mouhssine
Pr. EDDERAI Meryem*
Pr. EL KTAIBI Abderrahim*
Pr. EL MAAROUFI Hicham*
Pr. EL OMRI Naoual*
Pr. EL QATNI Mohamed*
Pr. FAHRY Aicha*
Pr. IBRAHIM RAGAB MOUNTASSER Dina*
Pr. IKEN Maryem*
Pr. JAAFARI Abdelhamid*
Pr. KHALFI Lahcen*
Pr. KHEYI Jamal*
Pr. KHIBRI Hajar
Pr. LAAMRANI Fatima Zahrae
Pr. LABOUDI Fouad
Pr. LAHKIM Mohamed*
Pr. MEKAOUI Nour
Pr. MOJEMMI Brahim
Pr. OUDRHIRI Mohammed Yassaad
Pr. SATTE AMAL*
Pr. SOUHI Hicham *
Pr. TADLAOUI Yasmina*
Pr. TAGAJDID Mohamed Rida*
Pr. ZAHID Hafid*
Pr. ZAJJARI Yassir*
Pr. ZAKARYA Imane *

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Oncologie Médicale
Immunologie
Chirurgie Générale
CCV
Psychiatrie
Médecine des Urgences et des Catastrophes
Traumatologie-Orthopédie
Génétique
Anesthésie-Réanimation
Radiologie
Anatomie Pathologique
Hématologie Clinique
Médecine Interne
Médecine Interne
Pharmacie Galénique
Néphrologie
Parasitologie
Anesthésie-Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Cardiologie
Médecine Interne
Radiologie
Psychiatrie
Radiologie
Pédiatrie
Chimie Analytique
Neurochirurgie
Neurologie
Pneumo-phtisiologie
Pharmacie Clinique
Virologie
Hématologie
Néphrologie
Pharmacognosie

(*) Enseignants Chercheurs Militaires

2- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. AANNIZ Tarik	Microbiologie et Biologie moléculaire
Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. CHERGUI Abdelhak	Botanique, Biologie et physiologie végétales
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL BAKKALI Mustapha	Physiologie
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LAZRAK Fatima	Chimie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie Organique Pharmaco-Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique (mis en disponibilité)
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 20/02/2023

KHALED Abdellah

Chef du Service des Affaires Administratives

FMPR

Le Doyen

REMERCIEMENTS



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE PROFESSEUR FILALI KARIM

Votre présence parmi nous, cher Maître, est un honneur pour nous tous, et pour moi en particulier. Votre expertise professionnelle indéniable et vos qualités humaines suscitent admiration et respect de la part de chacun. Je souhaite exprimer ma gratitude pour votre accueil chaleureux et bienveillant, ainsi que pour avoir accepté de présider le jury de ma thèse.

Je vous prie d'accepter ce humble travail comme témoignage de notre plus haute considération, de notre gratitude sincère et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE PROFESSEUR MOHAMED KADIRI

Je tiens à exprimer ma reconnaissance spéciale pour avoir accepté de soutenir le sujet de ma thèse. Cette problématique me tient profondément à cœur et vous avez choisi de lui accorder votre attention et votre soutien, ce dont je suis extrêmement reconnaissant.

Vos conseils et vos encouragements ont été d'une valeur inestimable. Vous m'avez enseigné la persévérance et l'importance de poursuivre mes rêves avec détermination. J'espère sincèrement que ce travail saura être à la hauteur de la confiance que vous avez placée en moi.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE PROFESSEUR MARIA SABIR

Nous vous exprimons notre gratitude pour avoir accepté de faire partie du jury de notre thèse avec une simplicité exemplaire.

Nous souhaitons vous témoigner notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles exceptionnelles. En acceptant de prendre part à l'évaluation de ce travail, vous nous accordez un honneur inestimable.

Nous vous prions d'accepter, cher Professeur, l'expression de notre plus grand respect et de notre sincère reconnaissance.



A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE PROFESSEUR SBAI IDRISSE KARIM

Nous sommes profondément touchés par l'honneur que vous nous accordez en acceptant de faire partie du jury de notre thèse. Nous tenons à vous exprimer toute notre gratitude.

C'est pour nous un véritable honneur de bénéficier de vos conseils et de votre évaluation. Nous vous remercions sincèrement pour le temps précieux que vous nous consacrez et pour votre soutien précieux.

A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE PROFESSEUR FOUAD LABOUDI

Je suis profondément touché par l'honneur que vous m'avez accordé en acceptant de faire partie du jury de ma thèse.

Je tiens à exprimer ma gratitude sincère pour votre accueil bienveillant et votre simplicité. Votre présence parmi nous a été un véritable soutien et une source d'inspiration.

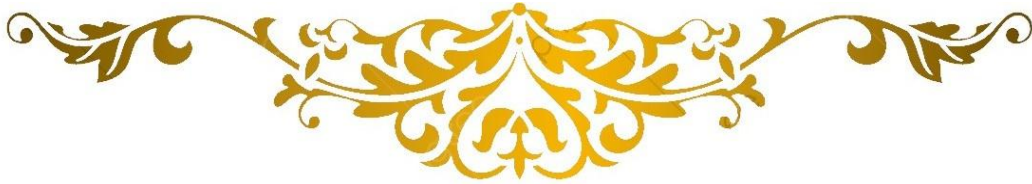
Je vous prie d'accepter cette humble expression de ma haute estime et de ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Ismail HANINE

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude pour votre précieuse aide et votre soutien durant la rédaction de ma thèse. Vos conseils éclairés et votre patience ont été d'une grande valeur pour moi. Merci infiniment pour votre générosité et votre dévouement.



DÉDICACES



**Je remercie Dieu qui m'a choisie pour cette noble mission qui me met au service
de l'humanité dans l'Amour, la Paix et la Lumière**

**A la République d'Haïti et au Royaume du Maroc qui m'a ouvert ses portes et m'a
offert cette éducation médicale. Merci Haïti. Merci Maroc**

A la mémoire de ma grand-mère maternelle, Germaine ST-CLAIR

A la mémoire de ma sœur, Kerlyne DESPAGNE

Tu es partie lors de ce tremblement de terre. J'ai pris ta place et je te promets de te rendre fière.

A mes parents, Carline ST-CLAIR et Romann DESPAGNE

**Vos prières et vos bonnes actions m'ont sauvée à travers l'amour de plusieurs inconnus au Maroc.
Merci pour vos sacrifices.**

A mes frères, JUNIOR ET CLIFFORD DESPAGNE

A ma chère tante Guerda ST-CLAIR et à mon oncle Pierre Richard Jeudy

Un merci spécial à MARCELINE JEAN-LOUIS et à Madame DORSAINVIL

**A tous les membres de la famille qui m'ont apporté leur soutien d'une façon ou
d'une autre.**

**A ICESCO (ORGANISATION DU MONDE ISLAMIQUE POUR L'EDUCATION,
LES SCIENCES ET LA CULTURE)**

Mon stéthoscope est et restera un symbole de paix.

A AMPER (Amicale des Etudiants Médecins et Pharmaciens Etrangers de Rabat)

Cette expérience de bénévolat m'a permis de comprendre l'importance de l'amour de son prochain.

A mes ami(e)s du Maroc

A mes ami(e)s du pays

Aux femmes migrantes de la Fondation Orient-Occident

Vous m'avez transmis une grande sagesse à travers votre pauvreté.

À tous mes collègues de la promotion 2016-2017

À tous mes professeurs et maîtres qui m'ont imbibé de leur savoir

À tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer

**À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail en
partageant le formulaire**

Je dédie ce travail à Christelle Despagne,

Merci pour ta résilience, ta force, ta persévérance et ton courage Christelle. Je suis fière de toi et de cette femme que tu deviens. Merci à toi, pour ne pas avoir laissé les moments difficiles dessiner les contours de ton futur, pour avoir écouté ton cœur et pour avoir mené ce voyage avec honneur et fierté.

Je te répète les encouragements que ces personnes t'ont adressé tout au long du chemin :

« Ton sourire est une lumière d'espoir pour toutes les communautés »

« Je ne serai pas surpris de te voir impacter la vie de nombreuses personnes car tu sais ce qui compte pour toi, tu n'es rien d'autre qu'une lumière »

« Je t'invite à poursuivre ton chemin avec force et courage et surtout en toute quiétude car à chaque jour qui passe, je te vois grandir, briller et tu ne cesses de m'épater par ta qualité et ta dimension de femme d'aujourd'hui, je suis très fier et je sais que je le serai encore plus puisque ta fougue, ton dévouement et ta détermination me rassurent ta pleine croissance. Donc, ne lâche pas ! N'arrête pas et surtout n'abandonne pas ! Ainsi la meilleure de toi est à venir. »

« Ma seule et unique joie, c'est que tu es enfin devenue la Christelle que j'ai toujours vu en toi. Je n'ai pas à te dire que tu es sur le droit chemin car tu sais là où tu veux aller. La Lumière est ton guide. »

« Vous êtes une bonne personne qui aime ce qu'elle fait et prête à aider. Continue de briller et de faire briller votre étoile. Que ce sourire vous soit éternel et étincelant de jours en jours, que cette joie et cette envie qui vous anime ne vous quitte jamais et même si cela devrait arriver, j'ai foi en ta capacité de surmonter cela et de pouvoir décanter les choses. Vous avez un don, vous êtes solaire et vous dégagéz une bonne énergie. Que Dieu soit un visiteur régulier de votre vie. »

« Te rapprocher de la Lumière, c'est te rapprocher de l'Amour véritable, en un mot c'est te rapprocher de Dieu. N'aies aucune crainte. Surtout, écoute toujours ce que te dis ton cœur. Et, en te rapprochant, tu seras protégée de tout, de tout je te dis »

Tu es Lumière. Tu es Amour. Tu es Paix. Je t'aime Christelle.



Table des matières

Remerciements	xvi
Dédicaces	xix
Liste des Illustrations	xxvi
Liste des Abréviations	xxix
Introduction	1
Partie Théorique.....	4
I. Le stress	5
1) Définition	5
2) Prévalence	6
3) Clinique.....	6
4) Etiopathogénie	6
5) Traitement	7
II. L'anxiété.....	8
1) Définition	8
2) Prévalence	8
3) Diagnostic	9
4) Etiopathogénie	10
5) Traitement	10
III. La dépression	12
1) Définition	12
2) Prévalence	12
3) Diagnostic	12
4) Etiopathogénie	14
5) Traitement	15

5.1. Prise en charge médicamenteuse	15
5.2. Prise en charge psychologique et psychothérapeutique	17
5.3. Autres traitements	18
Partie Pratique.....	19
I. Matériel et Méthodes	20
1) Type d'étude	20
2) Population d'étude	20
2.1. Taille de l'échantillon.....	22
2.2. Critères de jugement.....	22
2.2.1. Critères d'inclusion	22
2.2.2. Critères d'exclusion	22
3) Recueil des données	22
3.1. Outils de recueil des données	23
3.2. Variables de l'étude.....	24
3.3. Plan d'analyse des données	24
3.3.1. Étude statistique.....	24
3.3.2. Statistiques descriptives	25
3.3.3. Statistiques analytiques	25
4) Éthique	25
II. Résultats.....	26
1) Statistiques descriptives	26
1.1. Profil Sociodémographique	26
1.1.1. Le genre	26
1.1.2. La situation familiale	27
1.1.3. La situation géographique	27
1.1.4. Le pays.....	29

1.1.5. La parentalité	31
1.1.6. Les facultés	31
1.2. Séjour au Maroc	33
1.2.1. Le logement	33
1.2.2. Le cycle d'études	34
1.2.3. L'intention d'étudier au Maroc.....	35
1.2.4. La bourse de l'AMCI.....	36
1.2.5. L'allocation du pays	37
1.2.6. Le niveau financier	38
1.2.7. La difficulté à valider les modules	39
1.2.8. La visite familiale	40
1.2.9. La fréquence de visite familiale.....	41
1.2.10. La consommation du tabac	42
1.2.11. La consommation de l'alcool	43
1.2.12. La consommation du cannabis	44
1.3. Description du score DASS-21	45
2) Statistiques analytiques	47
2.1. Facteurs influençant le score du stress	47
2.2. Facteurs influençant le score de l'anxiété	48
2.3. Facteurs influençant le score de dépression	48
III. Discussion.....	50
1) La santé mentale au Maroc	50
2) Discussion des résultats	53
2.1. Etude du stress en fonction des différents facteurs de risque.....	54
2.2. Etude des troubles anxieux en fonction des différents facteurs de risque.....	56
2.3. Etudes des troubles dépressifs en fonction des différents facteurs de risque	59

2.4. Forces et limites.....	67
Recommandations	68
Conclusion.....	73
Les Résumés.....	75
Références Bibliographiques	79
Annexes	94

LISTE DES ILLUSTRATIONS



Liste des figures

Figure 1: Répartition des étudiants en fonction du genre	26
Figure 2: Répartition des étudiants en fonction de leur situation familiale	27
Figure 3: Répartition des étudiants en fonction de leur situation géographique.....	28
Figure 4 : Répartition des étudiants selon la parentalité	31
Figure 5 : Répartition des étudiants en fonction du logement	34
Figure 6 : Répartition des étudiants en fonction du cycle d'études	35
Figure 7 : Répartition des étudiants en fonction de leur intention d'étudier au Maroc	36
Figure 8 : Répartition des étudiants en fonction de la bourse de l'AMCI	37
Figure 9 : Répartition des étudiants en fonction de l'allocation du pays	38
Figure 10 : Répartition des étudiants en fonction du niveau financier	39
Figure 11 : Répartition des étudiants en fonction de la difficulté à valider les modules	40
Figure 12 : Répartition des étudiants en fonction de la visite familiale.....	41
Figure 13 : Répartition des étudiants en fonction de la fréquence de visite familiale	42
Figure 14 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation du tabac.....	43
Figure 15 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation de l'alcool	44
Figure 16 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation de cannabis	45
Figure 17 : Prévalence des troubles mentaux dépistés chez les étudiants universitaires de la région Rabat-Salé	46

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des étudiants selon le genre.....	26
Tableau 2: Répartition des étudiants selon la situation familiale	27
Tableau 3: Répartition des étudiants selon la situation géographique.....	28
Tableau 4 : Répartition des étudiants en fonction des pays	29
Tableau 5 : Répartition des étudiants selon la parentalité.....	31
Tableau 6: Répartition des étudiants en fonction des différentes facultés.....	32
Tableau 7: Répartition des étudiants en fonction du logement.....	33
Tableau 8 : Répartition des étudiants en fonction du cycle d'études.....	34
Tableau 9: Répartition des étudiants en fonction de leur intention d'étudier au Maroc.....	35
Tableau 10 : Répartition des étudiants en fonction de la bourse de l'AMCI.....	36
Tableau 11 : Répartition des étudiants en fonction de l'allocation du pays	37
Tableau 12 : Répartition des étudiants en fonction de leur niveau financier.....	38
Tableau 13 : Répartition des étudiants en fonction de la difficulté à valider les modules	39
Tableau 14 : Répartition des étudiants en fonction de la visite familiale	40
Tableau 15: Répartition des étudiants en fonction de la fréquence de visite familiale.....	41
Tableau 16 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation du tabac	42
Tableau 17 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation de l'alcool	43
Tableau 18: Répartition des étudiants en fonction de la consommation du cannabis	44
Tableau 19: Description du score DASS-21	45
Tableau 20 : Facteurs influençant le score du stress.....	47
Tableau 21 : Facteurs influençant le score de l'anxiété.....	48
Tableau 22 : Facteurs influençant le score de dépression.....	49

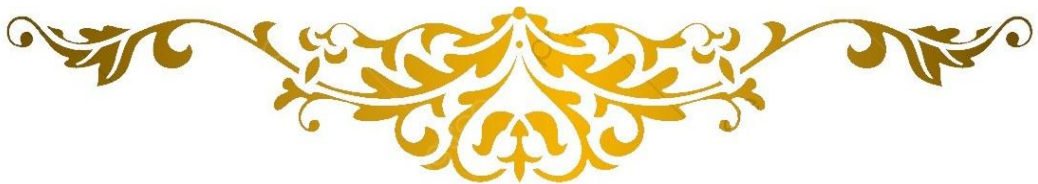
LISTE DES ABRÉVIATIONS



AMCI	: Agence Marocaine de Coopération Internationale
CCPT	: Client-Centered Psychotherapy
CHP	: Centre Hospitalier Périphérique
CHR	: Centre Hospitalier Régional
DASS	: Depression Anxiety Stress Scale
DSM-5	: Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux
EMI	: Ecole Mohammedia d'ingénieurs
EMSI	: Ecole Marocaine des Sciences de l'Ingénieur
ENA	: Ecole Nationale d'Architecture
ENFI	: Ecole Nationale Forestière d'Ingénieurs
ENPTM	: Enquête Nationale sur la Prévalence des Troubles Mentaux
ENSAM	: Ecole Nationale Supérieure d'Arts et Métiers de Rabat
ENSIAS	: Ecole Nationale Supérieure d'Informatique et d'Analyse des Systèmes
ENSMR	: Ecole Nationale Supérieure des Mines de Rabat
ERPPLM	: Ecole Royale du Personnel Paramédical Lalla Meryem
ERSSM	: Ecole Royale du Service de Santé Militaire
ESCC	: Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes
ESPA	: Ecole des Sciences Paramédicales Appliquées
ESSTI	: Ecole Supérieure des Sciences et Technologies
EST	: Ecole Supérieure de Technologie
ESTS	: Ecole Supérieure de Technologie de Salé
FEG	: Faculté d'Economie et de Gestion
FLSH	: Faculté des Lettres et des Sciences Humaines
FMDR	: Faculté de Médecine Dentaire de Rabat
FMPR	: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
FS	: Faculté des Sciences
FSJES	: Faculté des Sciences Juridiques et Sociales
HCR	: Haut-Commissariat des Nations-Unis pour les Réfugiés
HEC	: Hautes Etudes Commerciales
IAV	: Institut Agronomique et Vétérinaire Hassan II

INPT	: Institut National des Postes et Télécommunications
INSEA	: Institut National de Statistiques et d'Economie Appliquée
INTED	: Institut Supérieur de Négociation -Techniques de l'Entreprise et de Direction
IPIATE	: Institut Privé d'informatique Appliquée et des Techniques de l'Entreprise
ISADAC	: Institut Supérieur d'Art dramatique et d'Animation Culturelle
ISBB	: Institut Supérieur des Biosciences et Biotechnologies
ISCAE	: Institut Supérieur de Commerce et d'Administration des Entreprises
ISGA	: Institut Supérieur d'Ingénierie et des Affaires
ISHEDD	: Institut Supérieur des Etudes en Développement Durable
ISITT	: Institut Supérieur Internationale de Tourisme
ISPITS	: Institut Supérieur des Professions Infirmières et Techniques de Santé
ISSS	: Institut Supérieur des Sciences de la Santé
ISTA	: Instituts Spécialisés de Technologie Appliquée
ISTAG	: Institut Spécialisé en Technique Appliquée et de Gestion
ISTAHT	: Institut Spécialisé de Technologie Appliquée Hôtelière et Touristique
ITECHBTP	: Institut Technique de Formation Professionnelle du Bâtiment, Travaux Publics et Génie Civil
MSF	: Médecins Sans Frontière
OFPPT	: Office de la Formation Professionnelle et de la Promotion du Travail
OIM	: Organisation internationale pour les migrations
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONOUCS	: Office National des Œuvres Universitaires, Sociales et Culturelles
OVE	: Observatoire de la Vie Etudiante
STPP	: Short- term Psychodynamic psychotherapy
SUP MTI	: Ecole Supérieure de Management, Télécommunications et d'Informatique
UIASS	: Université Internationale Abulcassis des Sciences de la Santé
UIR	: Université Internationale de Rabat
UM6P	: Université Mohammed VI Polytechnique

INTRODUCTION



La santé mentale a toujours été une préoccupation mondiale. Elle peut être perturbée par différents facteurs d'ordre social, psychologique et génétique. Chaque individu de par son intelligence émotionnelle a une capacité qui lui permet de réagir face à ces déterminants pouvant toucher sa santé mentale.

Lorsque l'individu n'est pas en mesure d'assumer ses obligations, son corps reçoit un signal d'alarme et de nombreux troubles peuvent apparaître notamment des troubles psychiques comme le stress, l'anxiété et la dépression.

Les étudiants ne sont pas épargnés par ce fléau. Cette transition du lycée vers l'université peut générer un stress assez important chez eux. Beaucoup de changements apparaissent durant cette étape de la vie et si certains étudiants continuent encore à vivre sous le toit familial, d'autres sont amenés à le quitter et migrer vers d'autres villes, voire même d'autres pays et traversant parfois des continents pour continuer leurs études comme c'est le cas pour certains qui sont au Maroc.

Au-delà de la migration vers le statut d'adulte, de nouvelles responsabilités, se rajoutent ; la gestion de son propre argent, l'adaptation à une nouvelle culture que ce soit au niveau de la langue, la mentalité, la pression de l'enseignement supérieur, la nostalgie du pays sont tant de facteurs qui accompagnent cette aventure pour tout étudiant étranger. En effet, il n'est nullement évident de cumuler et faire face à autant de changements à la fois. Il peut être assimilé à un choc pour ces jeunes qui célèbrent parfois leurs 18 ans au Maroc, et loin de leurs familles.

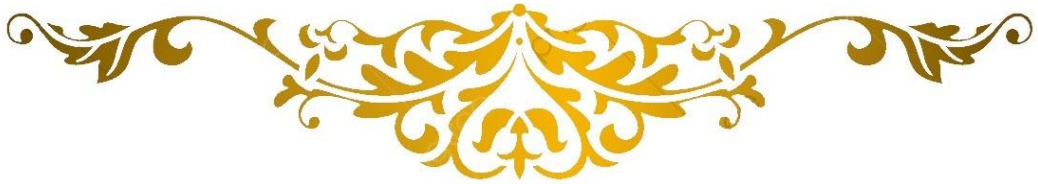
C'est un constat sur la base des années d'études au Maroc au sein d'une communauté étrangère installée au niveau des cités universitaires. La santé mentale est une thématique qui m'est chère depuis plusieurs années déjà. Lorsque l'on mène soi-même des batailles intérieures profondes, mais que l'on arrive à en sortir non seulement vivante mais plus forte, naît en nous une envie de crier aux autres, au monde, qu'il n'y a aucune honte à avoir, et surtout, que rien n'est jamais perdu.

Portée par mon vécu personnel, j'essayais d'embarquer ces messages avec moi dans mon domaine professionnel. À mon échelle, au quotidien, à destination des étudiants étrangers, j'essaie de planter des graines, pour espérer de vaincre le tabou de la maladie mentale en la dédiant et voir un jour un monde où parler de santé mentale ne serait plus parler de folie, consulter un psychiatre ou un psychologue pour son moral aussi facile que consulter un médecin généraliste pour une grippe, et où devenir normal et accepté de parler de ses émotions et d'en prendre soin.

A la lumière de ces préoccupations, nous avons pensé à les concrétiser à travers ce travail. La réalisation même de ce travail serait une source d'espoir immense pour moi, pour tout étudiant et surtout pour cette tranche de la société qui serait en souffrance. Cette thèse symbolise pour moi quelque chose de l'ordre du concret, de la légitimité et de la sécurité pour continuer à semer sur mon chemin ces graines qui feront pousser l'espoir chez les autres.

Cette étude qui est l'une des premières au Maroc et qui serait une ébauche pour des éventuels travaux dans l'avenir à travers les autres villes du Royaume. Elle a pour but de démontrer la lourde responsabilité psychologique que portent les étudiants étrangers sur les bancs des facultés. Il est donc primordial d'évaluer la détresse psychologique de ces étudiants et d'essayer de trouver des stratégies plus audacieuses pour remédier aux facteurs qui influencent leur santé mentale particulièrement au Maroc.

PARTIE THÉORIQUE



I. Le stress

1) Définition

Le stress est une réaction naturelle de l'organisme qui survient lorsqu'on se sent inquiet ou tendu face à des circonstances difficiles. Cette réponse nous aide à affronter les défis et les dangers que nous rencontrons dans notre quotidien (1). Le stress peut devenir nuisible lorsqu'il se manifeste régulièrement sans raison claire ou justification. Hans Selye, médecin endocrinologue autrichien, a introduit le terme de stress pour la première fois en 1956.

Hans SELYE décrit trois phases séquentielles par lesquelles passe un individu en état de stress :(2,3)

➤ **Réaction d'alarme :**

C'est la perception d'une contrainte qui initie le processus de réaction non spécifique de l'organisme. Selye divise cette phase en choc et contre choc. Le choc est l'état de surprise à l'agression soudaine. Le choc peut se manifester par une accélération du rythme cardiaque, une polypnée, une augmentation du tonus musculaire, etc. Cette phase peut durer de quelques minutes à 24 heures. Elle est ensuite suivie du contre choc au cours duquel l'organisme met en jeu ses moyens de défense.

➤ **Phase de résistance :**

La phase de résistance ou d'adaptation à l'agression, intervient si l'organisme est soumis de manière prolongée au stimulus stressant. Cette phase constitue l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par l'exposition prolongée de l'organisme aux stressseurs.

➤ **Phase d'épuisement :**

Si la situation stressante se prolonge ou s'intensifie, les capacités de l'organisme peuvent être dépassées, débordées. La phase d'épuisement est alors amorcée.

Le stress est envisagé comme un processus global interactif qui englobe le stimulus, la réponse au stimulus, ainsi que le processus de perception et d'évaluation de la situation par le sujet (4).

2)Prévalence

En France, le stress touche près de 90% des individus au cours de leur vie. Rien qu'en 2021, plus de la moitié des personnes interrogées ont rapporté avoir ressenti du stress. Parmi elles, les femmes sont particulièrement concernées, avec 68% d'entre elles déclarant que le stress fait partie intégrante de leur quotidien, contre 38% des hommes.

Le stress est également fréquent chez les jeunes, avec plus de la moitié des jeunes adultes régulièrement affectés, en particulier ceux âgés de 25 à 34 ans, où 57% rapportent souffrir de stress chronique (5).

Sur le plan économique, le stress représente un coût social significatif pour la France, estimé entre 2 et 3 milliards d'euros par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). Ce montant couvre les dépenses liées aux soins de santé, à l'absentéisme professionnel et aux arrêts d'activité(6).

3)Clinique

Le stress peut se manifester de diverses manières, variant d'une personne à l'autre. Les symptômes peuvent être physiologiques, psychologiques, émotionnels ou comportementaux, incluant une agitation, une inquiétude, une diminution de la libido, un repli sur soi-même, une difficulté à se concentrer, des maux de tête, des troubles digestifs, des troubles du sommeil ou de l'appétit, des tensions musculaires et des vertiges (1).

4)Etiopathogénie

Le stress résulte d'une sollicitation de l'organisme par un facteur physique, psychique ou émotionnel, entraînant un déséquilibre. Par conséquent, les causes du stress peuvent résulter de facteurs externes ou internes. Le stress peut être lié à une surcharge de travail, des difficultés relationnelles, des problèmes financiers, les études (7).

5) Traitement

Les approches pour gérer le stress peuvent être de nature préventive, visant à renforcer les stratégies d'adaptation, ou thérapeutiques, en cas d'apparition de troubles psychiatriques tels que des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux. Dans notre travail, nous aborderons les thérapies non médicamenteuses du stress.

L'objectif principal des techniques non médicamenteuses de gestion du stress est de développer les capacités d'adaptation aux stress sur les plans cognitif, comportemental, ainsi que sur le plan biologique au niveau cérébral. On peut identifier plusieurs niveaux d'intervention potentiels :

Cognitivo – comportemental : identification et réduction des facteurs de stress environnementaux, apprentissage de stratégies d'adaptation positives, et renforcement des comportements bénéfiques.

Biologique : application de règles d'hygiène de vie concernant l'alimentation, le sommeil, l'exercice physique et l'amélioration du soutien social positif(8–13).

II. L'anxiété

1) Définition

L'anxiété représente un mécanisme de réactions émotionnelles et physiologiques visant à nous protéger contre des situations dangereuses ou stressantes. Il est tout à fait normal de ressentir une certaine anxiété en réponse à des événements stressants, car cette réaction contribue généralement à améliorer l'apprentissage, les performances, et à nous permettre de faire face à des situations aversives. C'est une réponse normale au stress, mais lorsque cette réaction devient excessive, persistante et interfère avec le fonctionnement quotidien, elle peut être considérée comme un trouble anxieux (14).

Il existe différents types de troubles anxieux : le trouble d'anxiété généralisée, le trouble de panique, l'anxiété sociale, l'agoraphobie, l'anxiété de séparation, les phobies spécifiques et le mutisme sélectif (15).

2) Prévalence

Selon les estimations actuelles, les troubles anxieux touchent environ 4% de la population mondiale (16). En 2019, pas moins de 301 millions de personnes dans le monde étaient affectées par ces troubles, les classant ainsi comme la catégorie la plus répandue parmi les troubles mentaux (16).

Malgré l'existence de traitements hautement efficaces contre ces troubles, seulement une personne sur quatre ayant besoin d'une intervention (27,6%) bénéficie actuellement de soins appropriés (17). L'accès aux soins se heurte à plusieurs défis, tels que le déficit d'information sur la faisabilité du traitement de ces troubles, le manque d'allocation adéquate de ressources financières dans les services de santé mentale, le manque de professionnels qualifiés et la persistance de la stigmatisation sociale.

3) Diagnostic

L'anxiété et plus particulièrement dans sa forme pathologique est reconnue par ses trois composantes : psychique, physique, et comportementale. Le diagnostic des troubles anxieux est clinique. Nous nous limiterons dans notre travail à rappeler les critères diagnostique pour confirmer la présence de ces troubles, notamment celui du trouble anxiété généralisé.

Critères diagnostics selon le DSM-5 (18)

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 (telles que 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 ont été 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'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

4) Etiopathogénie (15)

Les troubles anxieux sont le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Parmi les facteurs qui interviennent, on retrouve :

- Les facteurs génétiques
- Certains événements traumatisants (le deuil, un divorce, les catastrophes naturelles,)
- Les maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, la thyroïde, l'asthme
- La consommation d'alcool ou de drogues
- La prise de certains médicaments

5) Traitement (15)

Il existe plusieurs traitements contre les troubles anxieux : les interventions psychologiques, la prise en charge médicamenteuse et les règles hygiéno-diététiques.

– Les interventions psychologiques sont des traitements essentiels pour les troubles anxieux. Elles comprennent :

- 1- La thérapie par la parole où les individus échangent avec un thérapeute professionnel ou un thérapeute non professionnel sous supervision. Ces séances aident les personnes à acquérir de nouvelles manières de penser et de s'adapter, ainsi qu'à mieux gérer leur anxiété, leurs relations avec autrui et leur perception du monde. Elles permettent également d'apprendre à faire face aux situations, événements, personnes ou lieux qui provoquent leur anxiété.
- 2- Les thérapies comportementales et cognitives qui comprennent la thérapie d'exposition qui aide les individus à affronter leurs peurs.
- 3- L'auto-assistance où la personne se prend en charge à l'aide de manuels, de sites web ou d'application.

– La prise en charge médicamenteuse fait appel aux antidépresseurs parmi lesquels les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine qui sont prescrits en première intention.

– Les règles hygiéno-diététiques :

- Réduire la consommation d'alcool et de drogues.
- La pratique d'une activité physique.
- Une bonne alimentation et le respect des heures de sommeil.
- La pratique des techniques de respiration.
- La pratique de la méditation et de la pleine conscience.

III. La dépression

1) Définition

La dépression se caractérise par deux principaux éléments : une profonde tristesse et des modifications dans la pensée, les actions et les émotions, qui se manifestent par un ralentissement, voire une immobilisation, de ces processus. Ce qui distingue la dépression d'un simple état dépressif, d'une déprime ou d'un passage de blues temporaire, c'est leur durée et leur intensité. Pour qualifier ces manifestations de dépression, elles doivent être présentes de manière quotidienne pendant une période d'au moins deux à trois semaines (19).

2) Prévalence

La dépression est un trouble mental fréquent. Selon l'OMS, environ 3,8% de la population est estimée être touchée par la dépression, avec une prévalence de 5% chez les adultes (4% chez les hommes et 6% chez les femmes) et de 5,7% chez les individus de plus de 60 ans. Il est à noter que la dépression est 50% plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et au niveau mondial, plus de 10% des femmes enceintes et des femmes récemment accouchées souffrent de dépression. 280 millions de personnes présentaient une dépression, dont 23 millions d'enfants et d'adolescents. Chaque année, plus de 700 000 personnes perdent la vie par suicide, plaçant cette tragédie comme la quatrième cause de décès chez les 15-29 ans (20). La dépression est souvent mal diagnostiquée et les charges économiques associées à la dépression, telles que l'augmentation de l'utilisation des services de santé, la diminution de la qualité de vie et la baisse de la productivité au travail, figurent parmi les plus élevées parmi toutes les maladies (21).

3) Diagnostic

Le trouble dépressif est un trouble de l'humeur dont le diagnostic est aussi clinique. Ce dernier peut être appuyé par des tests psychométriques, notamment le Hamilton Depression Scale ou le Montgomery and Asberg Depression Rating Scale.

Le trouble dépressif caractérisé selon le DSM-5 présente les critères suivantes : (18)

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent 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 les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

- 1- Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) 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 quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
- 3- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5% en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (N.B : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise 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 fièvre ou de ralentissement).
- 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 reprocher 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 la personne ou observée par les autres).

9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

N.B : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

N.B: Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif.

Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque

4) Etiopathogénie (7)

La dépression peut être causée par une interaction complexe de facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Parmi ces facteurs, on peut trouver :

- Facteurs génétiques : La dépression peut avoir une composante héréditaire. Les personnes ayant des antécédents familiaux de dépression sont généralement plus susceptibles de développer cette condition.
- Événements de vie stressants ou traumatisants : La perte d'un être cher, un divorce, un licenciement.
- Maladies chroniques : Les personnes souffrant de maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer.
- Problèmes relationnels : Des relations personnelles conflictuelles ou insatisfaisantes peuvent aussi mener à la dépression.
- Facteurs environnementaux comme la pauvreté, l'abus, ou la négligence.
- Consommation de substances : l'alcool, les drogues.
- Certains médicaments prescrits.

5) Traitement

Le traitement de la dépression peut varier en fonction de la sévérité des symptômes et des besoins spécifiques de chaque individu. Il peut comprendre une combinaison de thérapies psychothérapeutiques, de médicaments et d'autres approches de gestion de la santé mentale. Cela implique l'utilisation des caractéristiques physiques et de la personnalité individuelle d'une personne pour optimiser le traitement, permettant ainsi une adaptation spécifique à chaque patient (8).

5.1. Prise en charge médicamenteuse

Les antidépresseurs agissent tous en modulant la neurotransmission des monoamines, telles que la sérotonine, la noradrénaline ou la dopamine (11).

Les antidépresseurs sont classés en cinq catégories distinctes :

- 1- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont généralement considérés comme le traitement de première intention.
- 2- Les inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa).
- 3- Les antidépresseurs imipraminiques, qu'ils soient tricycliques ou non.
- 4- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), qu'ils soient sélectifs ou non pour la MAO-A(22).
- 5- Autres anti-dépresseurs

A. L'Agomelatine (VALDOXAN®), agissant en tant qu'agoniste des récepteurs MT1 et MT2 de la mélatonine, est suggérée pour rétablir la synchronisation du rythme circadien, favorisant ainsi la régularisation du sommeil chez les patients. Sa propriété antagoniste 5-HT2C lui confère des effets anxiolytiques. Cependant, depuis 2009, des cas de complications hépatiques, parfois fatales ou nécessitant une transplantation, ont été signalés après l'administration de cet antidépresseur. En conséquence, il est désormais contre-indiqué chez les patients de plus de 75 ans et chez ceux présentant des taux de transaminases dépassant trois fois la limite supérieure des valeurs normales (23).

B. La Vortioxétine (BRINTELIX®), représente un antidépresseur novateur qui agit au moyen d'un mécanisme d'action multimodal sélectif, influençant directement le transporteur et les récepteurs pré et post-synaptiques de la sérotonine (24).

C. La Miansérine (ATHYMIL®) et la Mirtazapine (REMERON®) appartiennent à la famille des Antidépresseurs Spécifiques Noradrénergiques et Sérotoninergiques ou tétracycliques. En agissant en tant qu'antagonistes des récepteurs alpha-2 présynaptiques au niveau central, elles favorisent la libération de noradrénaline. De plus, elles démontrent une activité sédatrice attribuée à leur antagonisme des récepteurs H1 de l'histamine, tout en présentant peu ou pas d'effets

anticholinergiques. La Mirtazapine se distingue également par son antagonisme des récepteurs 5-HT_{2C}, évitant ainsi des effets anxiogènes, des troubles du sommeil et des dysfonctionnements sexuels, ainsi que par son antagonisme des récepteurs 5-HT₃, réduisant le risque de nausées (23).

5.2. Prise en charge psychologique et psychothérapeutique

Les traitements médicamenteux antidépresseurs présentent de nombreux effets secondaires. Le défi réside dans le maintien à long terme des effets du traitement, étant donné la propension élevée aux rechutes dépressives, souvent difficiles à prévenir. Environ 30% des cas de dépression ne répondent pas aux traitements médicamenteux (23). Les études démontrent une réduction plus significative des rechutes dans le cadre de la psychothérapie. En effet, elles se révèlent efficaces et complémentaires aux autres approches thérapeutiques de la dépression (25).

La psychothérapie représente une modalité de traitement à part entière et constitue l'un des principaux éléments de la gestion des épisodes dépressifs majeurs. Elle repose sur une écoute active, bienveillante, empreinte d'empathie et dénuée de tout jugement. Cette approche vise à instaurer un climat de confiance propice à ce que le patient puisse librement exprimer ses idées, ses pensées, son vécu, et ses ressentis vis-à-vis de la situation, sans craindre d'être évalué (22).

Les psychothérapies dédiées au traitement de la dépression incluent principalement la thérapie cognitivo-comportementale qui se fonde sur les théories de l'apprentissage, le modèle de traitement de l'information ce qui permet un travail sur les pensées dysfonctionnelles (schémas cognitifs, croyances), les comportements conditionnés et les émotions ressenties dans l'instant présent (26).

La psychothérapie interpersonnelle (TIP) est une méthode brève développée par G. Klerman dans les années 1970. Elle vise à corriger les schémas relationnels perturbés des personnes dépressives et ne se concentre pas sur les aspects intrapsychiques ou cognitifs de l'individu. Dans la pratique, la TIP assiste les patients dans l'analyse de leurs interactions

interpersonnelles, en les aidant à faire le lien entre leurs relations et leur humeur, tout en leur apprenant à améliorer leur communication (27).

De manière plus limitée, on retrouve la psychothérapie psychodynamique de courte durée (STPP) et la psychothérapie centrée sur le client (CCPT).

5.3. Autres traitements (23)

a) L'électro convulsivothérapie

Elle consiste à provoquer, sous anesthésie, de courtes crises d'épilepsie par le biais de chocs électriques, habituellement trois fois par semaine sur une durée de douze séances. Des effets indésirables peuvent apparaître, tels que la désorientation spatio-temporelle, les troubles de la mémoire, les céphalées et les myalgies. Ces symptômes sont généralement temporaires.

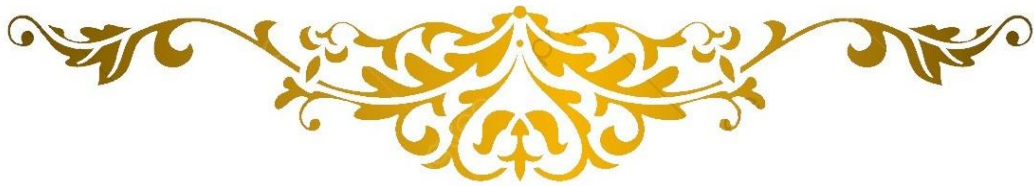
b) La stimulation magnétique transcrânienne

Elle peut être proposée pour les patients qui ne répondent pas favorablement aux traitements médicamenteux ou qui présentent une intolérance à ces traitements. Cette technique implique l'application d'un champ magnétique (généralement à une fréquence de 10 Hertz) sur un individu éveillé, et ce, pendant une période de dix jours. Chaque séance quotidienne a une durée de douze à vingt minutes. L'objectif est de rétablir une activité normale dans les voies neuronales déficientes. Cette approche entraîne peu d'effets indésirables, tels que des troubles cognitifs et des céphalées rapidement réversibles, ainsi que quelques rares crises convulsives.

c) La photothérapie

Elle est principalement prescrite pour traiter la dépression saisonnière liée au déficit de lumière naturelle. Cette approche implique une exposition quotidienne le matin à une lumière blanche, d'une intensité variant entre 2.500 et 10.000 lux, pendant une durée de trente minutes.

PARTIE PRATIQUE



I. Matériel et Méthodes

1) Type d'étude

Nous avons opté pour une étude transversale à visée analytique et descriptive pour déterminer la prévalence de la dépression, de l'anxiété et du stress chez les étudiants étrangers de la région de Rabat -Salé ainsi que les facteurs associés à ces troubles.

2) Population d'étude

Notre enquête s'est déroulée sur une période de deux mois allant du 15 novembre 2023 au 15 janvier 2024 au niveau de la région de Rabat Salé chez les étudiants étrangers résidant au sein des différentes cités universitaires de Rabat (cité universitaire internationale de Rabat, Cité universitaire Soussi 1, Cité universitaire Soussi 2, Cité universitaire Moulay Ismaël, Cité universitaire Rabat-Agdal), chez les étudiants résidant dans les quartiers de Rabat Salé, les étudiants de l'institut agronomique et vétérinaire Hassan II (IAV).

Les étudiants étrangers au Maroc sont divisés en trois groupes :

1- Le premier groupe arrive au Maroc par le biais de l'agence marocaine de coopération internationale (AMCI). L'AMCI a été créé en 1986 pour renforcer la coopération internationale et participe activement à des initiatives de codéveloppement et de partage grâce à des partenariats diversifiés impliquant 119 pays à travers le monde, parmi lesquels figurent 47 pays africains. L'AMCI joue un rôle essentiel dans la formation de nombreux étudiants africains. Depuis sa création, plus de 35.000 étudiants sont diplômés provenant de 98 pays dont 47 pays africains dans 6 filières de formation :

- Lettres et sciences humaines.
- Études économiques, juridiques et de gestion.
- Mise à niveau en langue française.

- Études médicales et paramédicales.
- Ingénierie, sciences et techniques.
- Formation professionnelle.

Ces étudiants sont répartis durant leur cursus dans les différentes villes du Maroc au niveau de leurs cités universitaires respectifs ou ces étudiants sont logés dans les appartements pris à leur frais (28).

2- Le deuxième groupe intègre directement les facultés privées par le biais de concours ou par admission après évaluation de leurs dossiers scolaires. Ces étudiants n'ont pas accès aux cités universitaires et ne reçoivent aucune allocation de l'AMCI.

3- Le troisième groupe comprend les militaires, au niveau de la Région-Salé. Ils sont divisés en deux sous- groupes :

a. Le premier sous-groupe est affecté à l'École Royale du Service de Santé Militaire (ERSSM Rabat). Elle est une institution affiliée au secteur militaire au Maroc. Il existe quatre filières :

- Médecine générale avec un cursus de 7ans.
- Médecine dentaire avec un cursus de 6ans.
- Médecine vétérinaire avec un cursus de 6ans.
- Pharmacie avec un cursus de 6ans (29).

b. Le deuxième sous-groupe est affecté à L'École Royale du Personnel Paramédical Lalla Meriem (ERPPLM). Elle a pour objectif la formation initiale et continue des infirmiers des Forces Armées Royales, ainsi que de ceux issus de pays partenaires dans le cadre de la coopération militaire. La durée de la formation est de trois ans pour la spécialité des sciences infirmiers et de deux ans pour la spécialité du secrétariat médical (30).

2.1. Taille de l'échantillon

Nous avons opté pour un échantillonnage par convenance. Le choix des participants dépendait de leur disponibilité et par l'acceptation de participation à l'étude.

2.2. Critères de jugement

2.2.1. Critères d'inclusion :

- Étudiants non marocains.
- Âgés de 18 ans ou plus.
- N'ayant pas obtenu leur bac au Maroc (Pays d'origine ou autre).

2.2.2. Critères d'exclusion :

- Ils sont exclus de cette étude tous les étudiants qui n'ont pas répondu au questionnaire.
- Tout étudiant non inscrit à une université de la région de Rabat-Salé.
- Les étrangers travaillant au Maroc.

3) Recueil des données

Nous avons opté pour une approche participative. La méthodologie utilisée repose sur l'élaboration d'un questionnaire en ligne. Cette stratégie est utilisée afin de permettre un anonymat des participants lors de l'enquête. Cette approche repose généralement sur l'idée sous-jacente selon laquelle la communication du risque suicidaire, de la dépression, de l'anxiété ou de la détresse psychologique pourrait être favorisée par l'anonymat. En créant un contexte où l'individu demeure anonyme, on suppose ainsi qu'il se sentira plus en sécurité, moins exposé au risque de stigmatisation.

Nous avons diffusé le formulaire en partageant le lien sur les réseaux sociaux. De plus, nous avons mis en place un code QR facilitant une large distribution du formulaire dans les espaces publics tels que les églises, les restaurants, les transports publics. Nous avons

également effectué du porte-à-porte au sein de la cité universitaire internationale pour distribuer le formulaire directement aux étudiants.

3.1. Outils de recueil des données

Le questionnaire s'articule autour de quatre parties :

- Une première partie collecte des données sociodémographiques constituant des variables indépendantes : l'âge, le sexe, la nationalité, le statut matrimonial
- Une deuxième partie comprend les caractéristiques du séjour au Maroc : (université d'affiliation, niveau d'étude, étude volontaire ou désigné, Bourse, allocation du pays)
- Une troisième partie qui collecte les caractéristiques concernant l'historique médical (antécédents personnels médicaux, antécédents psychologiques ou psychiatriques, antécédents familiaux médicaux, antécédents familiaux psychiatriques ou psychologiques) et les caractéristiques liées aux habitudes toxiques (consommation de tabac, d'alcool et de cannabis).
- Une quatrième partie qui propose une échelle pour évaluer les variables dépendantes : la dépression, l'anxiété et le stress. Les données ont été collectées à partir de l'échelle de dépression, d'anxiété et de stress (DASS). Le DASS 21 utilisé dans cette étude est la version courte publiée par Lovibond et Lovibond en 1995. Les coefficients de consistance interne des sous-échelles de l'échelle de dépression, d'anxiété et de stress-21 (DASS-21) varient entre 0.89 et 0.94(31).

Il se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 21 items pour mesurer la gravité de la dépression, de l'anxiété et du stress dans la population générale. Elle est organisée en 3 sous-échelles comme suit : Le sous-échelle évaluant le niveau du stress (items 1, 6, 8, 11, 12, 14,18), le niveau d'anxiété (items 2, 4, 7, 9, 15, 19,20), le niveau de dépression (items 3, 5, 10, 13, 16, 17,21) Les réponses sont notées sur une échelle de Likert à 4 points (de 0 « ne s'applique pas du tout à moi » à 3 « tout à fait applicable à moi »).

Cette échelle a fait l'objet de plusieurs études et validations internationales. Alfonson, Wallin et Maathz affirme dans une étude suédoise sa validité et rapporte qu'elle peut être utile aux professionnels psychiatriques qui ont besoin d'un instrument court, réalisable et valide(32). Une autre étude menée auprès de 217 patients mauriciens a également démontré que l'échelle (DASS-21) présente d'excellentes propriétés psychométriques avec une bonne cohérence interne (33).

3.2. Variables de l'étude

Les variables dépendantes : Les variables dépendantes de notre étude sont le stress, l'anxiété, et la dépression.

Les variables indépendantes : Les variables indépendantes de notre étude sont les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, nationalité, statut marital), les caractéristiques du séjour au Maroc (université d'affiliation, niveau d'étude, étude volontaire ou désigné, Bourse, allocation du pays), les caractéristiques concernant l'historique médical (antécédents personnels médicaux, antécédents psychologiques ou psychiatriques, antécédents familiaux médicaux, antécédents familiaux psychiatriques ou psychologiques), caractéristiques liées aux habitudes toxiques (consommation de tabac, d'alcool et de cannabis).

3.3. Plan d'analyse des données

3.3.1. Étude statistique

Les données du questionnaire ont été saisies, nettoyées et analysées à l'aide du logiciel Jamovi v2.3.21.0. L'analyse statistique a porté sur une description de la population étudiée selon les caractéristiques sociodémographiques, les caractéristiques du séjour au Maroc, l'historique médical et selon les caractéristiques liées aux habitudes toxiques.

Les résultats sont présentés par des graphiques et des tableaux, en utilisant des statistiques descriptives et analytiques pour décrire la population d'étude par rapport aux variables pertinentes.

3.3.2. Statistiques descriptives :

Pour la description de nos résultats, nous avons exprimé les variables qualitatives par l'effectif et le pourcentage et pour les variables quantitatives par la moyenne et l'écart type (pour les variables à distribution gaussienne) et médiane avec intervalle interquartile (pour les variables asymétriques)

3.3.3. Statistiques analytiques :

Le lien de causalité a été exploré par les test statistiques khi-deux et t de Student et par la régression linéaire et logistique

Le seuil de significativité est fixé au-dessus de 5% ($p < 0,05$)

4) Éthique

Dans toute recherche, il est essentiel de respecter des règles éthiques et déontologiques en informant les participants avant de recueillir des données. Nous avons assuré que les étudiants comprenaient clairement le but de notre étude et nous avons obtenu leur consentement éclairé. Nous avons mis en avant l'importance de protéger leur anonymat.

Les données collectées ont été sécurisées dans un endroit protégé, avec un accès restreint à l'équipe de recherche. Nous avons assuré la confidentialité en ne partageant que des données anonymisées et résumées lors de l'analyse statistique. Avant le début de l'étude, nous avons obtenu l'autorisation du directeur de thèse et la validation de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.

II. Résultats

1) Statistiques descriptives

1.1. Profil Sociodémographique

1.1.1. Le genre

Dans notre étude, 52.1% des étudiants étaient de sexe masculin et 47.9% étaient de sexe féminin.

Tableau 1 : Répartition des étudiants selon le genre

Genre	Valeur (N=436)
Masculin	277(52.1%)
Féminin	209(47.9%)

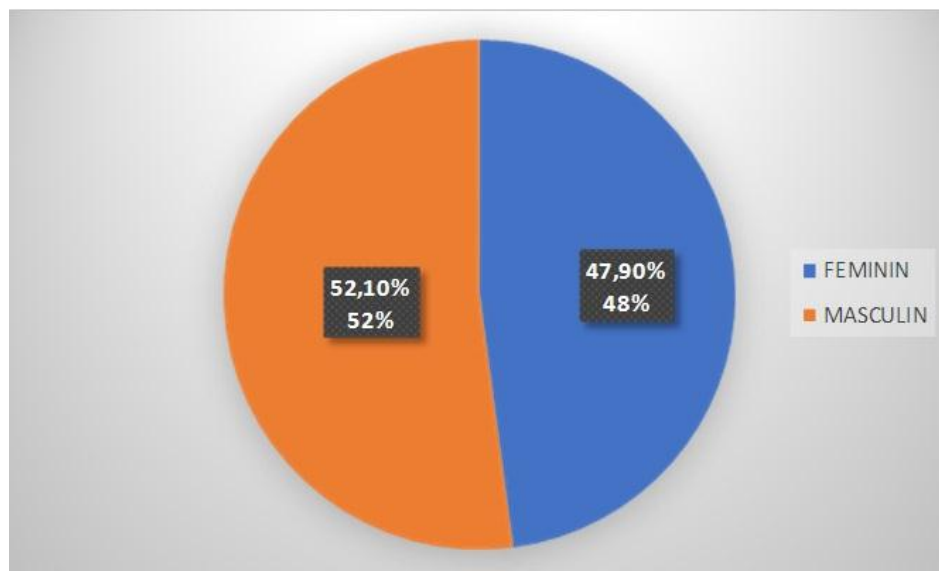


Figure 1 : Répartition des étudiants en fonction du genre

1.1.2. La situation familiale

La majorité des étudiants étaient célibataires (97.5%), ceux qui étaient mariés et divorcés étaient estimés respectivement à 1.8% et 0.7%.

Tableau 2 : Répartition des étudiants selon la situation familiale

Situation Familiale	Valeur (N=436)
Célibataire	425(97.5%)
Marié(e)	8(1.8%)
Divorcé(e)	3(0.7%)

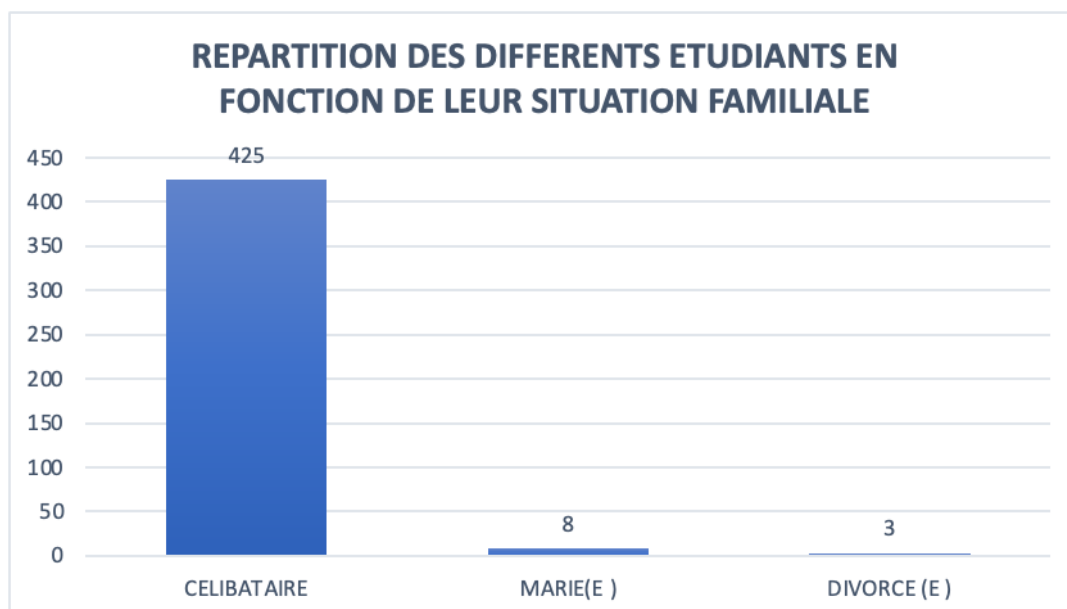


Figure 2 : Répartition des étudiants en fonction de leur situation familiale

1.1.3. La situation géographique

La majorité des étudiants étaient des africains (88.30%), 8.3% étaient des américains, 2.5% étaient des asiatiques, 0.70% étaient des océaniens et 1 étudiant était européen.

Tableau 3 : Répartition des étudiants selon la situation géographique

Continent	Valeur (N=436)
Afrique	385(88.3%)
Amérique	36(8.3%)
Asie	11(2.5%)
Océanie	3(0.7%)
Europe	1(0.2%)

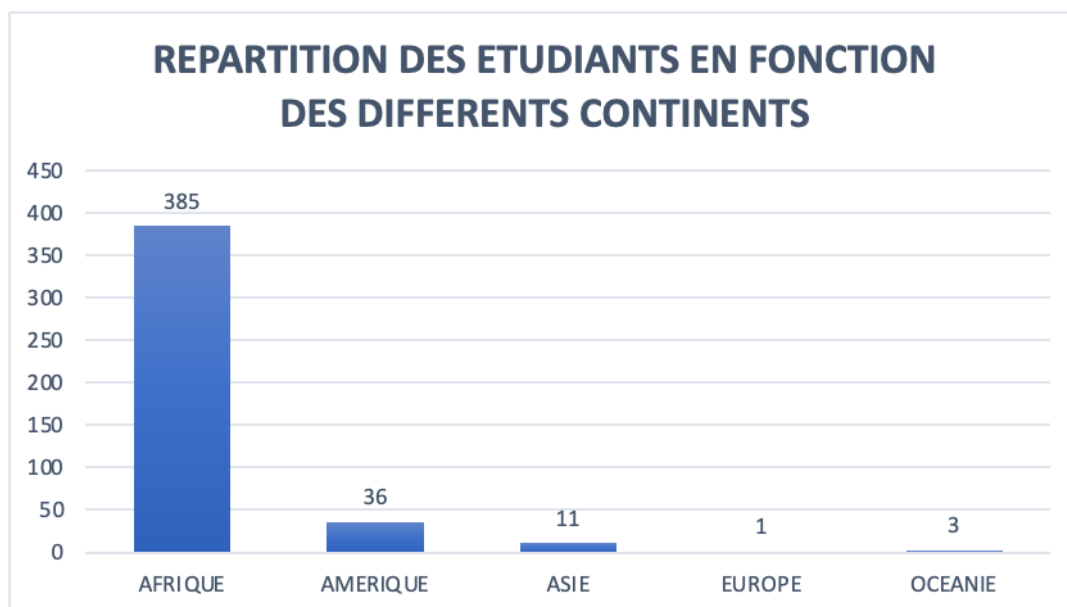


Figure 3 : Répartition des étudiants en fonction de leur situation géographique

1.1.4. Le pays

Nous avons eu un échantillon très diversifié avec un nombre de pays estimé à 52.

Tableau 4 : Répartition des étudiants en fonction des pays

PAYS	Valeur (N=436)
Sainte-Lucie	10 (2.3%)
Guinée-Équatoriale	6 (1.3%)
Togo	45 (10.4%)
Gambie	8 (1.8%)
Panama	1 (0.2%)
République Dominicaine	5 (1.1%)
Iles Comores	16 (3.7%)
Madagascar	13 (3.0%)
Cap-Vert	4 (0.9%)
Sénégal	22 (5.1%)
Ghana	13 (3.0%)
Niger	16 (3.7%)
Gabon	30 (6.9%)
Burkina-Faso	32 (7.3%)
Haïti	19 (4.4%)
RDC	14 (3.2%)
Mauritanie	17 (3.9%)
Mali	24 (5.5%)
Cote d’ivoire	17 (3.9%)
Centrafrique	7 (1.6%)
Rwanda	8 (1.8%)
Cameroun	10 (2.3%)
Tunis	8 (1.8%)
Égypte	1 (0.2%)
Ghana	6 (1.4%)
Tchad	9 (2.1%)
France	1 (0.2%)
Érythrée	1 (0.2%)

Zambie	7 (1.6%)
Burundi	8 (1.8%)
Sierra Leone	2 (0.5%)
Guinée-Conakry	2 (0.5%)
Soudan du Sud	3 (0.7%)
Jordanie	3 (0.7%)
Djibouti	3 (0.7%)
Tuvalu	1 (0.2%)
Guinée-Bissau	2 (0.5%)
Indonésie	2 (0.5%)
Liban	1 (0.2%)
Bénin	13 (3.0%)
Kitts and Nevis	1 (0.2%)
Somalie	2 (0.5%)
Malaisie	4 (0.9%)
Guinée	5 (1.1%)
Nigéria	2 (0.4%)
Soudan	1 (0.2%)
Cameroun	1 (0.2%)
Sao Tomé et Príncipe	2 (0.5%)
Palestine	1 (0.2%)
Congo-Brazzaville	5 (1.1%)
Vanuatu	1 (0.2%)
Papouasie-Nouvelle-Guinée	1 (0.2%)

1.1.5. La parentalité

La majorité des étudiants n'avaient pas d'enfants (97.7%) contre 2.3 % qui avaient des enfants.

Tableau 5 : Répartition des étudiants selon la parentalité

Parentalité	Valeur (N=436)
Oui	10(97.7%)
Non	426(2.3%)

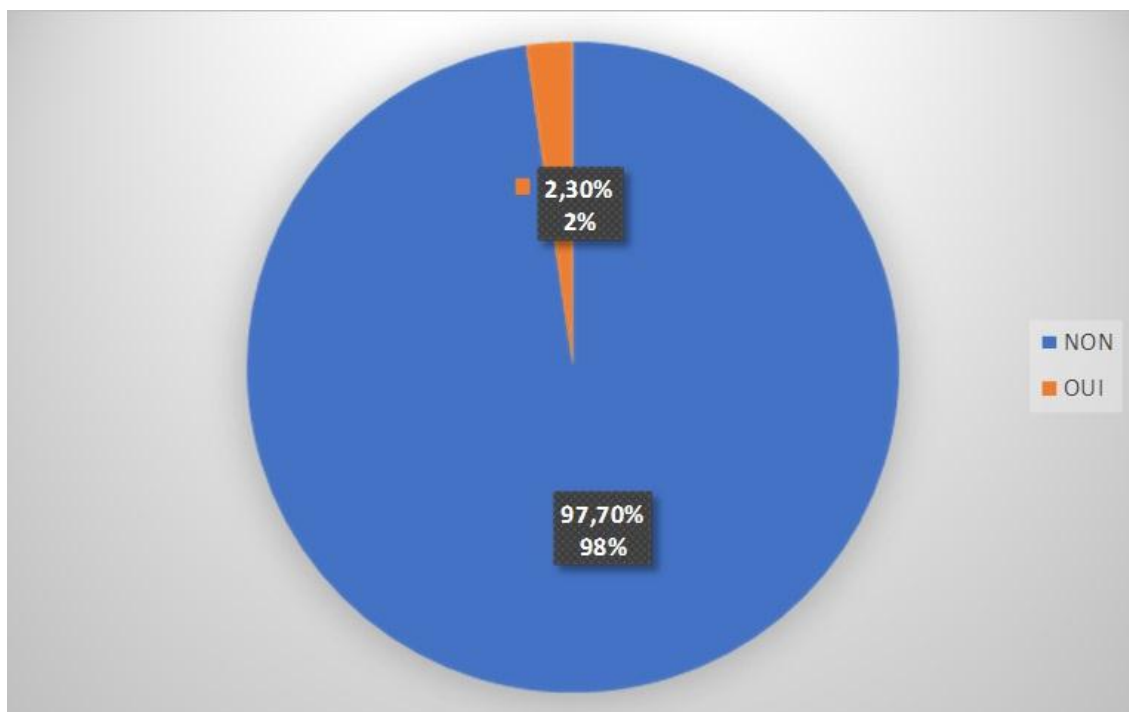


Figure 4 : Répartition des étudiants selon la parentalité

1.1.6. Les facultés

La plupart des étudiants de notre étude étaient à la faculté de médecine (41.3%) et le pourcentage restant était reparti dans les autres facultés.

Tableau 6 : Répartition des étudiants en fonction des différentes facultés

FACULTE	Valeur (N=436)
Centre de langue	5 (1.2%)
EMI	4 (0.9%)
EMSI	1 (0.2%)
ENA	8 (1.9%)
ENFI	1 (0.2%)
ENSAM	7 (1.6%)
ENSIAS	9 (2.1%)
ENSMR	2 (0.5%)
ESPA	2 (0.5%)
ESSTI	1 (0.2%)
EST	2 (0.5%)
ESTS	1 (0.2%)
FEG	1 (0.2%)
FLSH	12 (2.8%)
FMDR	10 (2.4%)
FMPR	175 (41.3%)
FS	49 (11.6%)
FSJES	58 (13.6%)
HEC	1 (0.2%)
IAV	9 (2.1%)
INPT	1 (0.2%)
INSEA	3 (0.7%)
INTED	1 (0.2%)
IPIATE	1 (0.2%)
ISADAC	1 (0.2%)
ISBB	1 (0.2%)
ISCAE	7 (1.7%)
ISGA	2 (0.5%)

ISHEDD	1 (0.2%)
ISITT	1 (0.2%)
ISPITS	13 (3.1%)
ISSS	1 (0.2%)
ISTA	4 (0.9%)
ISTAG	1 (0.2%)
ISTAHT	1 (0.2%)
ITECHBTP	1 (0.2%)
OFFPPT	3 (0.7%)
SUP MTI	3 (0.7%)
UIASS	12 (2.8%)
UIR	7 (1.7%)
UM6P	1 (0.2%)

1.2. Séjour au Maroc

1.2.1. Le logement

La majorité des étudiants étaient logés en ville (49%), 27% étaient logés à la cité universitaire internationale et 24% dans les autres cités.

Tableau 7 : Répartition des étudiants en fonction du logement

Logement	Valeur (N=436)
Cité universitaire internationale	117 (26.8%)
Autre cité	104 (23.9%)
En ville	215 (49.3%)

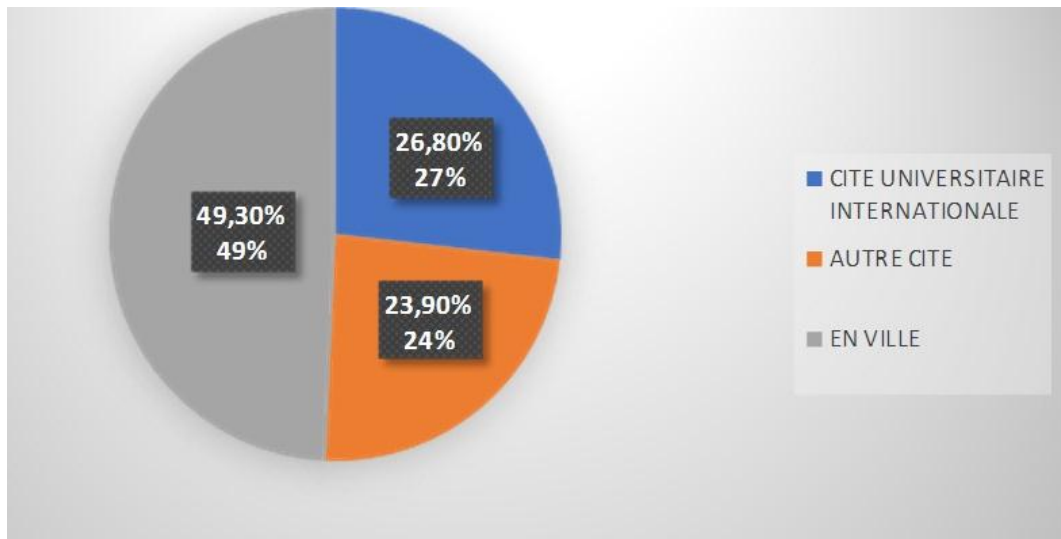


Figure 5 : Répartition des étudiants en fonction du logement

1.2.2. Le cycle d'études

La plupart des étudiants étaient au cycle doctoral (37.6%), 36.7% en licence et 25.7% en Master.

Tableau 8 : Répartition des étudiants en fonction du cycle d'études

Cycle d'études	Valeur (N=436)
Doctorat	164 (37.6%)
Licence	160 (36.7%)
Master	112 (25.7%)

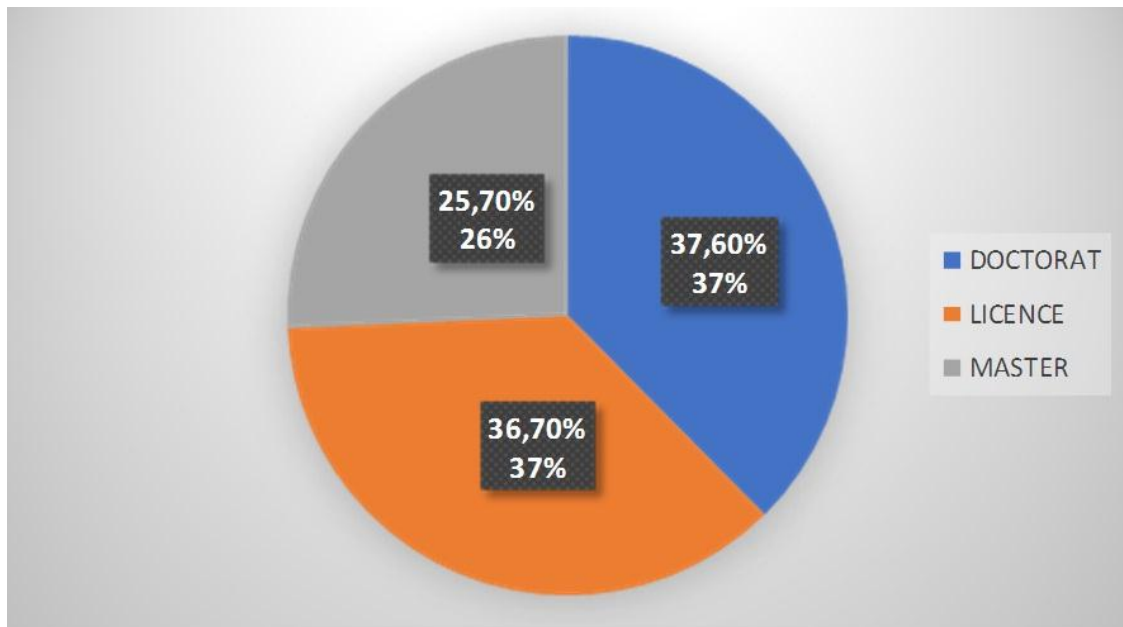


Figure 6 : Répartition des étudiants en fonction du cycle d'études

1.2.3. L'intention d'étudier au Maroc

Le pourcentage d'étudiants désignés pour étudier au Maroc est estimé à 31.7% et le pourcentage d'étudiants qui sont venus étudier de plein gré est estimé à 68.3%.

Tableau 9 : Répartition des étudiants en fonction de leur intention d'étudier au Maroc

Intention d'étudier au Maroc	Valeur (N=436)
Désigné	138 (31.7%)
Volontaire	298 (68.3%)

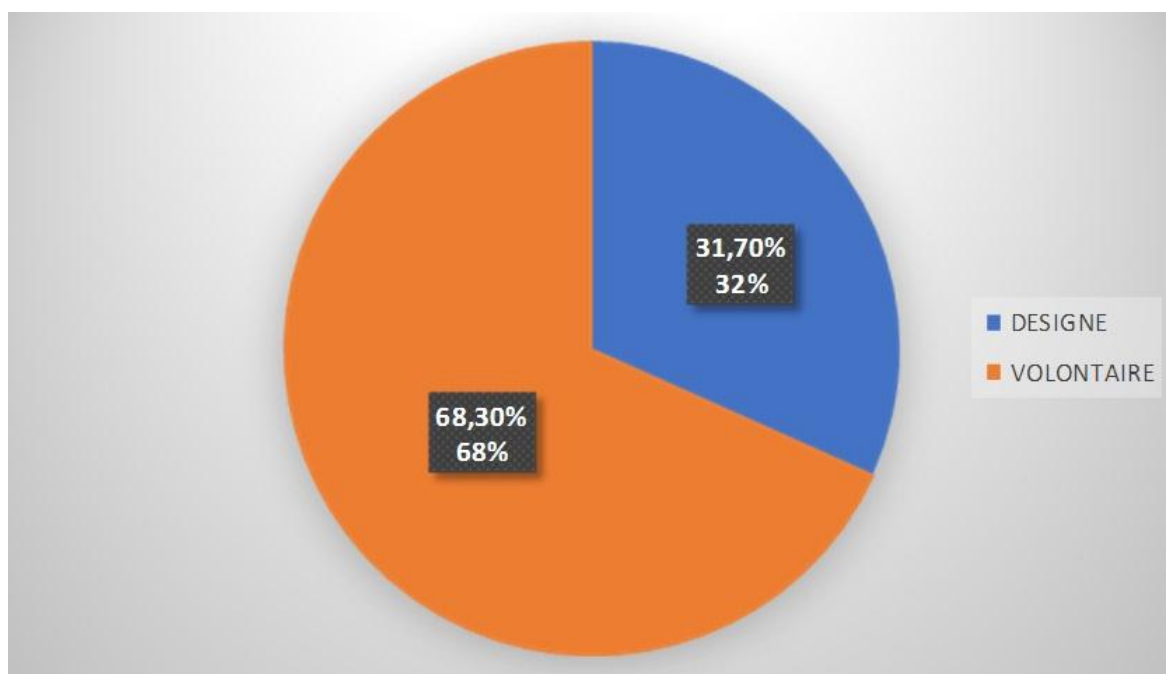


Figure 7 : Répartition des étudiants en fonction de leur intention d'étudier au Maroc

1.2.4. La bourse de l'AMCI

La grande majorité des étudiants avaient la bourse de l'AMCI (82.1%) contre (17.9%) qui n'avaient pas la bourse.

Tableau 10 : Répartition des étudiants en fonction de la bourse de l'AMCI

Bourse de l'AMCI	Valeur (N=436)
Oui	358 (82.1%)
Non	78 (17.9%)

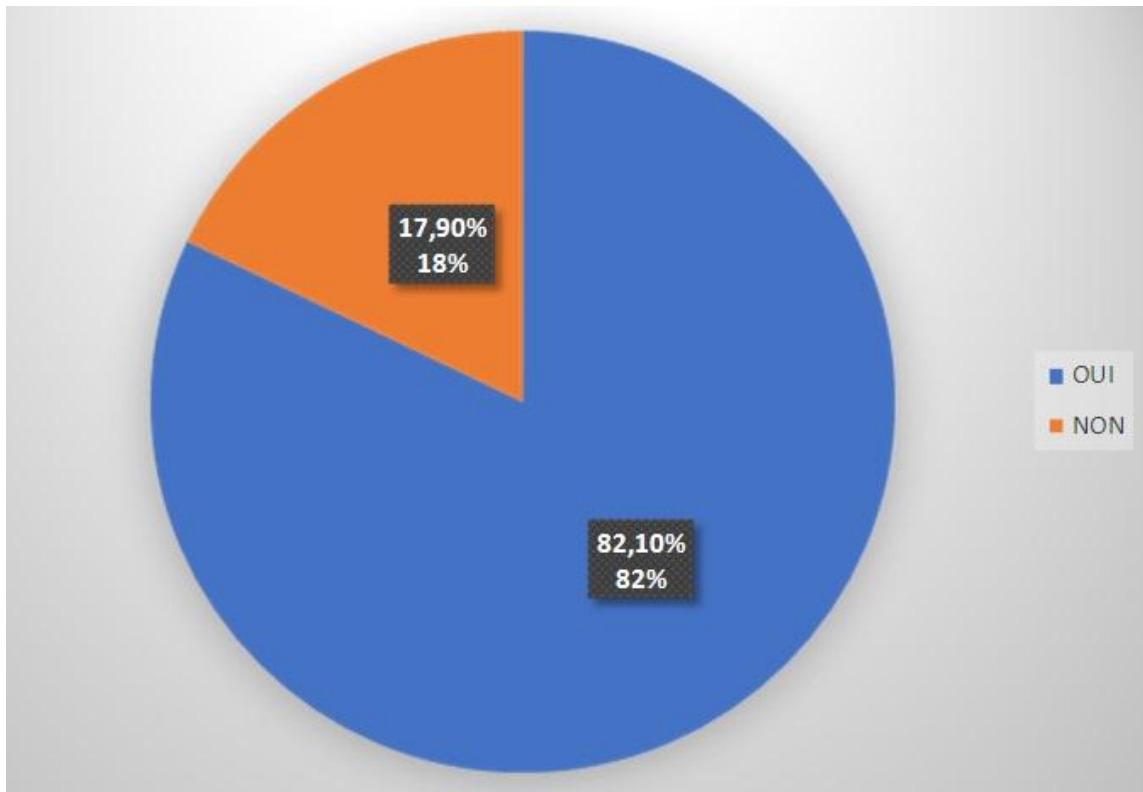


Figure 8 : Répartition des étudiants en fonction de la bourse de l'AMCI

1.2.5. L'allocation du pays

La plupart des étudiants (56%) recevaient une allocation de leur pays contre (44 %) qui n'avaient aucune allocation de leur pays.

Tableau 11 : Répartition des étudiants en fonction de l'allocation du pays

Allocation du pays	Valeur (N=436)
Oui	244 (56%)
Non	192 (44%)

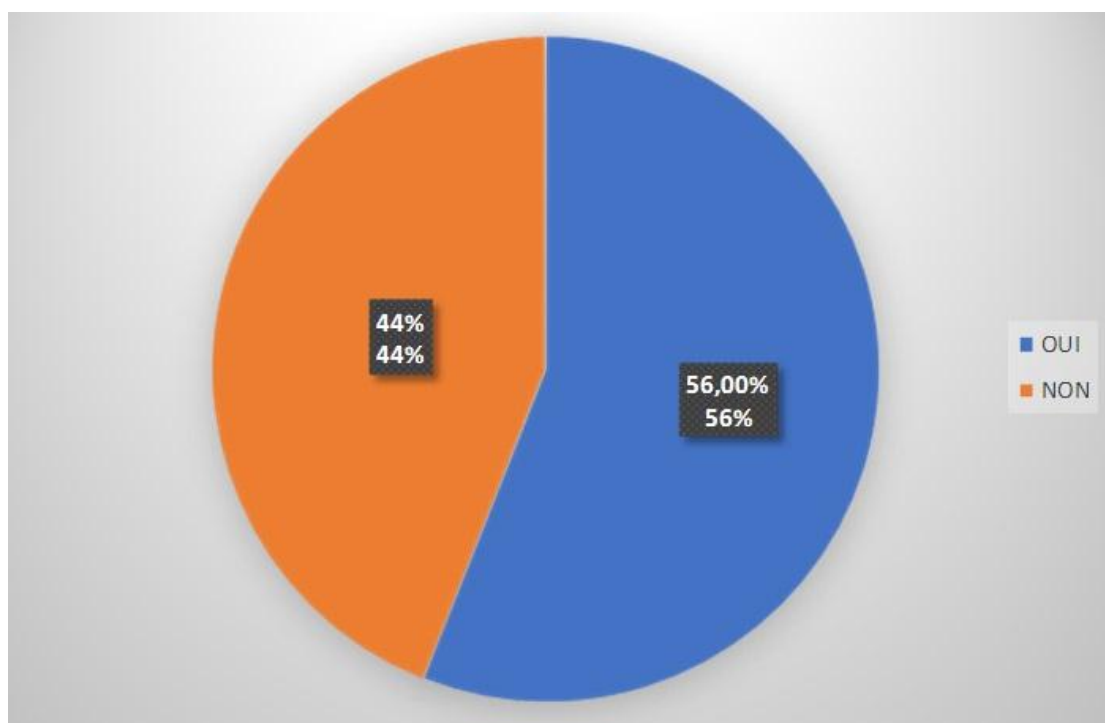


Figure 9 : Répartition des étudiants en fonction de l'allocation du pays

1.2.6. Le niveau financier

43% des étudiants de notre étude avaient un salaire mensuel compris entre 1500 et 3000 dirhams, 35.8% avaient un salaire mensuel inférieur à 1500 dirhams, 11.5% avaient un salaire compris entre 3000 et 5000, 6.7% avaient un salaire compris entre 5000 et 10000 et 2.8% avaient un salaire supérieur à 10000.

Tableau 12 : Répartition des étudiants en fonction de leur niveau financier

Niveau Financier	Valeur (N=436)
<1500	156 (35.8%)
1500-3000	189 (43.3%)
3000-5000	50 (11.5%)
5000-10000	29 (6.7%)
>10000	12 (2.8%)

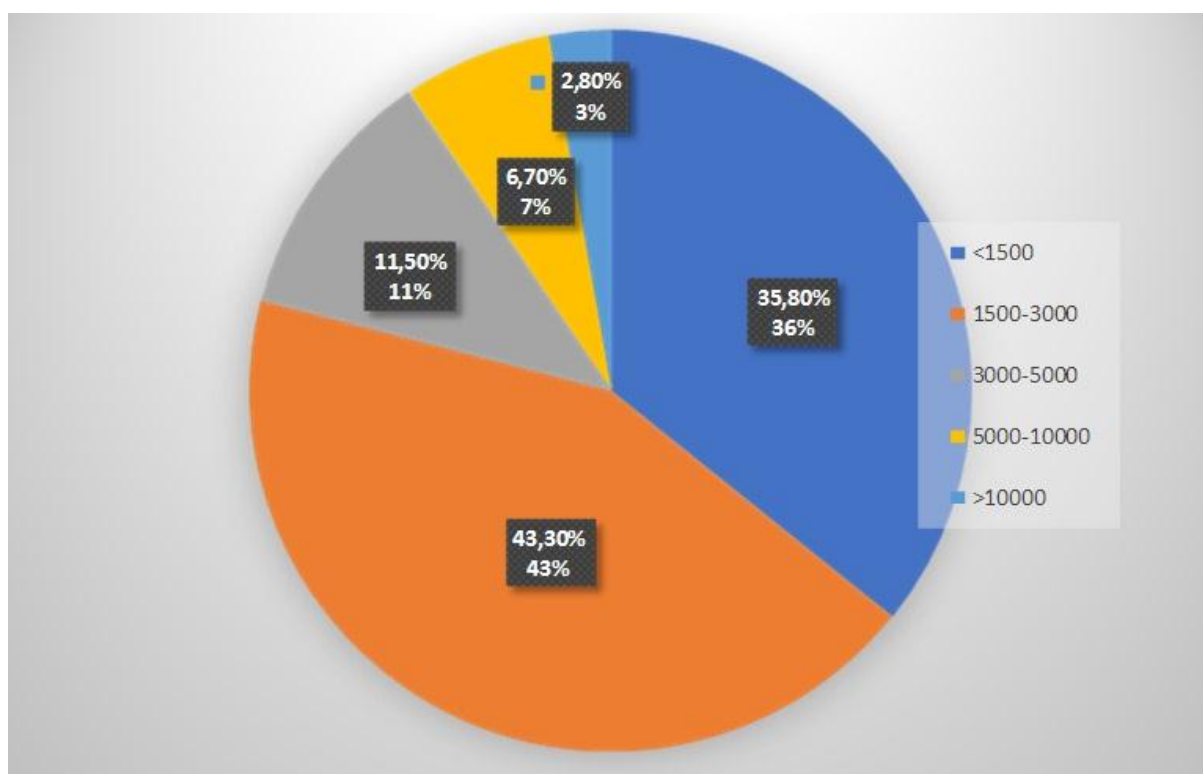


Figure 10 : Répartition des étudiants en fonction du niveau financier

1.2.7. La difficulté à valider les modules

La grande majorité des étudiants de notre étude n'avaient aucune difficulté à valider les modules contre 34.9% qui présentaient une difficulté à valider les modules.

Tableau 13 : Répartition des étudiants en fonction de la difficulté à valider les modules

Difficulté à valider les modules	Valeur (N=436)
Oui	152 (34.9%)
Non	284 (65.1%)

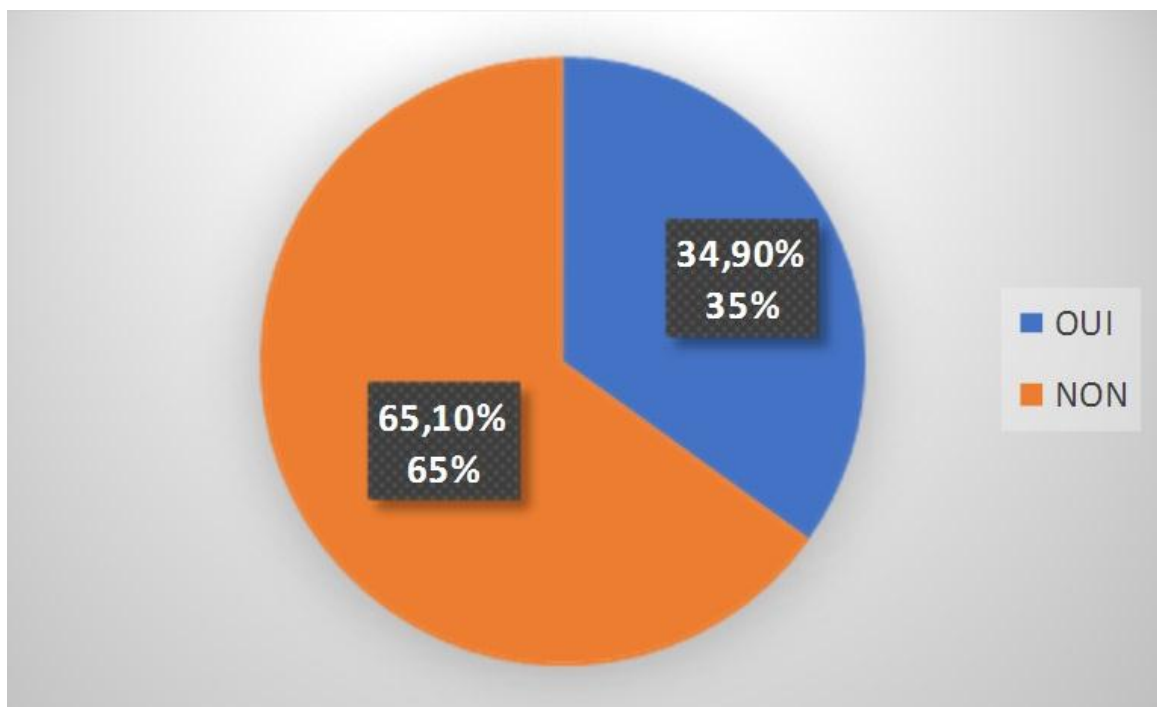


Figure 11 : Répartition des étudiants en fonction de la difficulté à valider les modules

1.2.8. La visite familiale

La plupart des étudiants ne visitent pas leurs familles durant toute la période des études (57.8%) contre 42.2% qui leur rendent visite.

Tableau 14 : Répartition des étudiants en fonction de la visite familiale

Visite familiale	Valeur (N=436)
Oui	184 (42.2%)
Non	252 (57.8%)

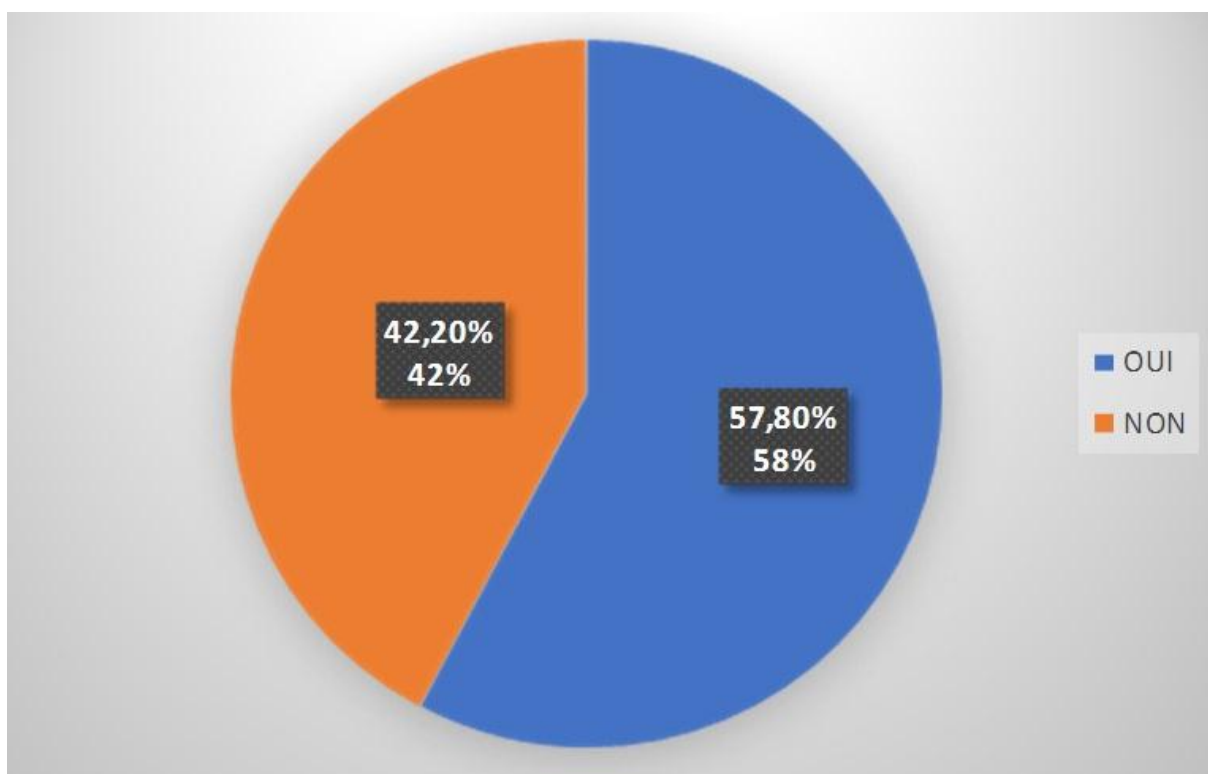


Figure 12 : Répartition des étudiants en fonction de la visite familiale

1.2.9. La fréquence de visite familiale

Parmi ceux qui visitent leurs familles, le pourcentage d'étudiants qui le font occasionnellement était estimé à 38.3% et le pourcentage de ceux qui le font annuellement, une fois et deux fois durant tout leur cursus était estimé respectivement à 32.4%, 15.4%, 13.8%.

Tableau 15 : Répartition des étudiants en fonction de la fréquence de visite familiale

Fréquence de visite familiale	Valeur (N=184)
Chaque année	61 (32.4%)
Deux fois	26 (13.8%)
Occasionnellement	70 (38.3%)
Une fois	27 (15.4%)

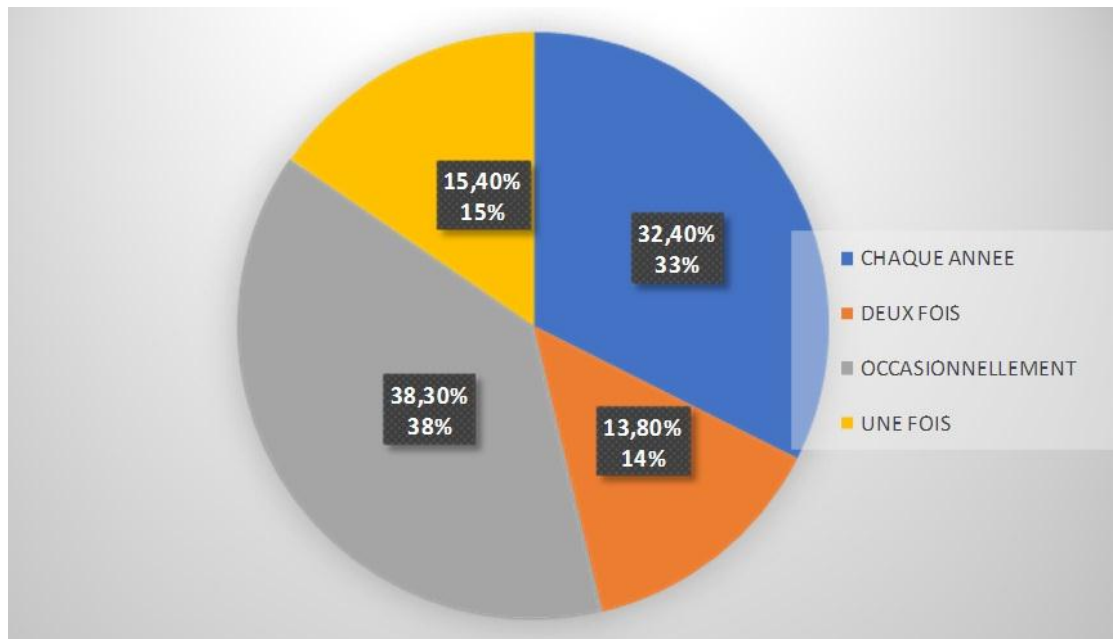


Figure 13 : Répartition des étudiants en fonction de la fréquence de visite familiale

1.2.10. La consommation du tabac

La majorité des étudiants de notre étude ne consommaient pas le tabac (96.3%) contre 3.7% qui consommaient le tabac.

Tableau 16 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation du tabac

Consommation du tabac	Valeur (N=436)
Oui	16 (3.7%)
Non	420 (96.3%)

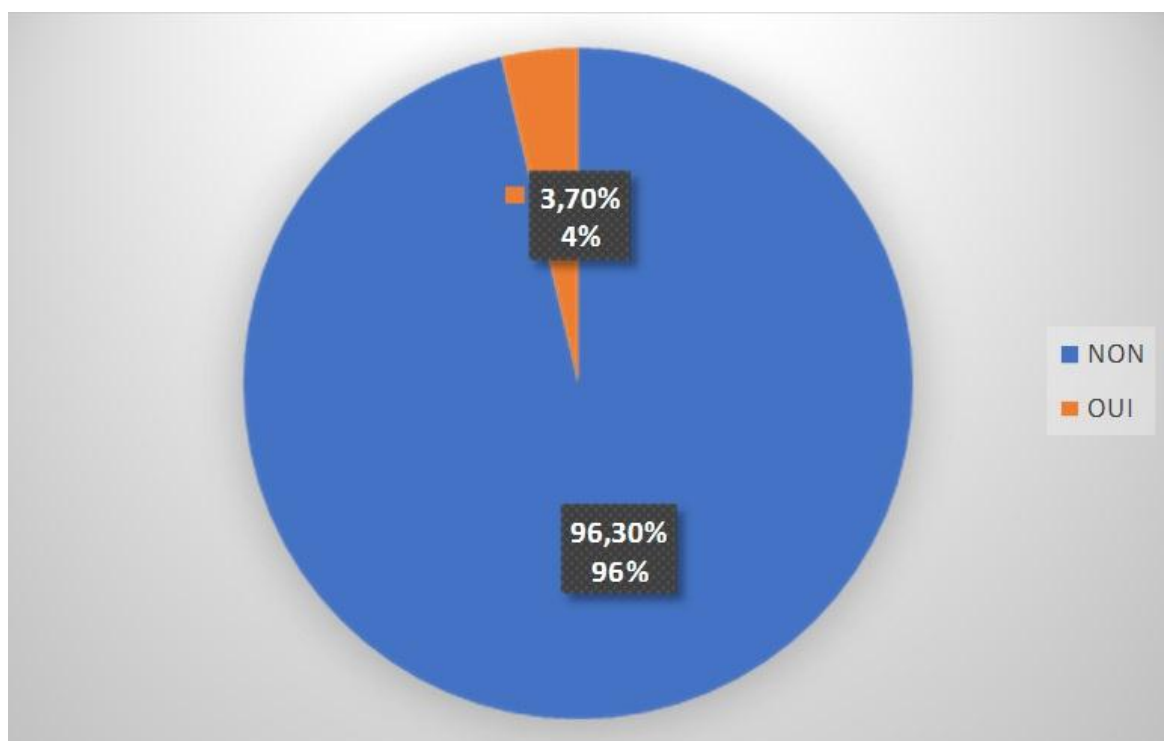


Figure 14 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation du tabac

1.2.11. La consommation de l'alcool

La majorité des étudiants de notre étude ne consommaient pas l'alcool (75%) contre (25%) qui consommaient l'alcool.

Tableau 17 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation de l'alcool

Consommation de l'alcool	Valeur (N=436)
Oui	109 (25%)
Non	327 (75%)

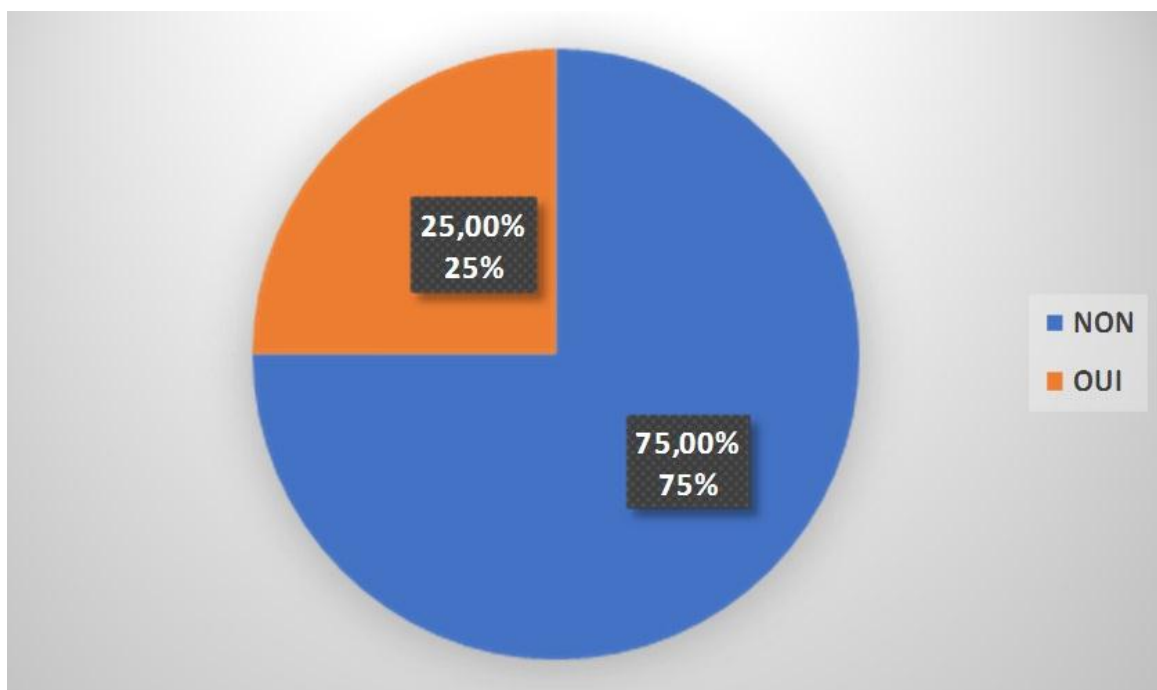


Figure 15 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation de l'alcool

1.2.12. La consommation du cannabis

La majorité des étudiants de notre étude ne consommaient pas le cannabis (98.9%) contre (1.1%) qui consommait le cannabis.

Tableau 18 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation du cannabis

Consommation du cannabis	Valeur (N=436)
Oui	5 (1.1%)
Non	431 (98.9%)

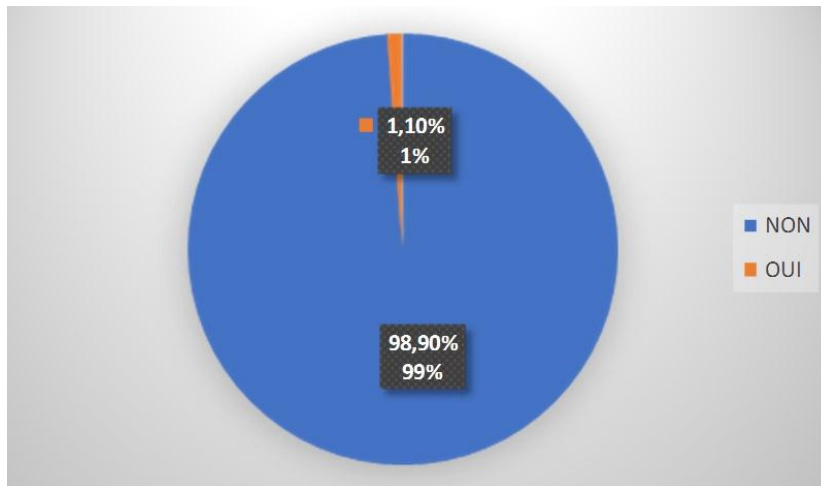


Figure 16 : Répartition des étudiants en fonction de la consommation de cannabis

1.3. Description du score DASS-21

Sur un échantillon de 436 étudiants, 6.7% souffrent de dépression, 9.40% ont des symptômes d'anxiété, et 0.5% ont des symptômes de stress.

Tableau 19 : Description du score DASS-21

DASS-21		Valeur (N=436)	
Score de la dépression		5 [2-8]	
Score de l'anxiété		3 [1-6]	
Score du stress		4 [1-7]	
Dépression	Absence	366 (83,9%)	407 (93,3%)
	Légère	41 (9,4%)	
	Modérée	25 (5,7%)	29 (6,7%)
	Sévère	4 (0,9%)	
Anxiété	Absence	362 (83%)	395 (90,6%)
	Légère	33 (7,6%)	
	Modérée	28 (6,4%)	41 (9,4%)
	Sévère	12 (2,8%)	
	Extrêmement sévère	1 (0,2%)	
Stress	Absence	424 (97,2%)	434 (99,5%)
	Légère	10 (2,3%)	
	Modérée	2 (0,5%)	2 (0,5%)

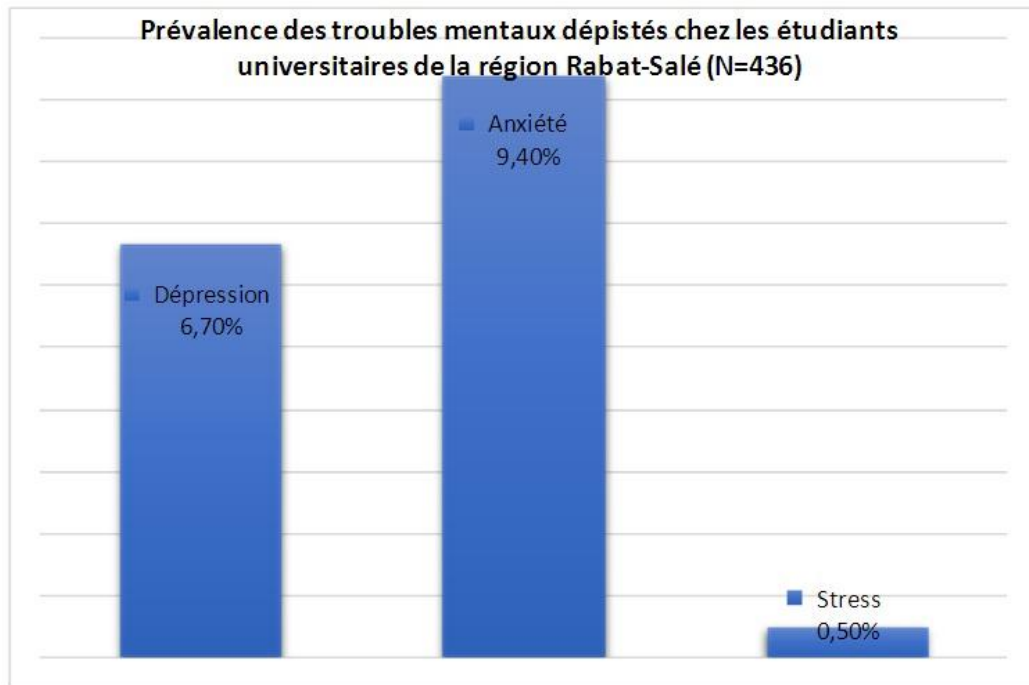


Figure 17 : Prévalence des troubles mentaux dépistés chez les étudiants universitaires de la région Rabat-Salé

En résumé, les résultats de notre étude ont montré une population d'étudiants très diversifiée et jeune venant des cinq continents avec une forte concentration au niveau du continent africain majoritairement célibataires, sans enfant et de sexe masculin. La majorité des étudiants étaient des burkinabais suivis des gabonais. Par ailleurs, le Panama, l'Érythrée, l'Égypte, la France, le Tuvalu, le Liban, la Palestine, le Cameroun, le Kitts and Nevis, le Soudan, le Vanuatu, la Papouasie-Nouvelle-Guinée occupaient le plus faible pourcentage dans notre étude avec un pourcentage de 0.2%. La plupart étaient affectés à la FMPR, logés en ville et étaient au cycle doctoral. La grande majorité étaient venus étudier au Maroc volontairement, visitaient fréquemment leurs familles, avaient la bourse de l'AMCI et une allocation de leur pays. La grande majorité n'avaient pas de problème à valider les modules et ne présentaient pas de conduites addictives.

2) Statistiques analytiques

2.1. Facteurs influençant le score du stress

Finalement, le stress est associé positivement à la parentalité, à la difficulté à valider les modules et à la présence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, la consommation du cannabis et de l'alcool.

Par contre, être de sexe masculin, le volontariat pour les études au Maroc et le maintien des loisirs semblent être des facteurs protecteurs du stress. (Voir tableau 20)

Tableau 20 : Facteurs influençant le score du stress

	Score de stress			
	β	Intervalle de confiance à 95%		p-value
		Borne inferieure	Borne Supérieure	
Sexe masculin	-1,66	-2,42	-0,912	<0,001
Parentalité	3,63	1,09	6,17	0,005
Volontariat pour les études au Maroc	-1	-1,82	-0,0422	0,04
Maintien de leurs loisirs	-0,905	-1,77	-0,126	0,024
Difficulté à valider les modules	1,59	0,801	2,38	<0,001
Antécédents psychiatriques personnels	4,37	2,3	6,43	<0,001
Antécédent psychiatriques familiaux	2,3	0,382	4,22	0,019
Consommation de cannabis	4,6	1,02	8,18	0,012
Consommation d'alcool	1,1	0,223	1,98	0,014

2.2. Facteurs influençant le score de l'anxiété

Concernant l'anxiété, le sexe masculin et le maintien des loisirs diminue le risque de celle-ci alors que le fait d'avoir des enfants, la difficulté à valider les modules et le fait d'avoir des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux sont associés à une plus grande anxiété. (Voir tableau 21)

Tableau 21 : Facteurs influençant le score de l'anxiété

	Score d'anxiété			
	β	Intervalle de confiance a 95%		p-value
		Borne inferieure	Borne Supérieure	
Sexe masculin	-1,82	-2,55	-1,08	<0,001
Avoir des enfants	3,95	1,47	6,43	0,002
Maintien de leurs loisirs	-0,97	-1,81	-0,126	0,024
Difficulté à valider les modules	1,41	0,637	2,19	<0,001
Antécédents psychiatriques personnels	5,1	3,09	7,11	<0,001
Antécédent psychiatriques familiaux	2,31	0,432	4,19	0,016

2.3. Facteurs influençant le score de dépression

Les facteurs statistiquement associés à la dépression chez les étudiants étrangers sont répartis en :

Facteurs protecteurs contre la dépression : plus l'âge augmente plus le score de la dépression diminue, le sexe masculin présente un score de dépression inférieur à celui des femmes. Le maintien des loisirs diminue le score de dépression. Par ailleurs, la difficulté à valider les modules et la présence d'antécédents psychiatriques familiaux semblent augmenter ce score (facteurs de risque). (Voir tableau 22)

Tableau 22 : Facteurs influençant le score de dépression

	Score de dépression			
	β	Intervalle de confiance a 95%		p-value
		Borne inférieure	Borne Supérieure	
Age	-0,147	-0,13	-0,223	0,007
Sexe masculin	-1,78	-2,63	-0,926	<0,001
Maintien de leurs loisirs	-1,3	-2,27	-2,65	0,008
Difficulté à valider les modules	1,77	0,879	2,66	<0,001
Antécédent familiaux psychiatriques	2,7	0,545	4,86	0,014

III. Discussion

1) La santé mentale au Maroc

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), La santé mentale englobe un état de bien-être psychologique qui nous habilite à faire face aux défis de la vie, à développer notre plein potentiel, à apprendre de manière épanouissante, à performer au travail, et à contribuer de manière positive à la communauté. Elle constitue un élément essentiel de la santé globale et du bien-être, fondements de nos compétences individuelles et collectives pour prendre des décisions, établir des relations significatives et participer à la construction du monde qui nous entoure (34).

Entre 2014 et 2019, l'OMS a défini ses orientations prioritaires dans divers domaines d'intervention, incluant notamment la santé mentale (35).

Le Maroc a clairement identifié l'importance de traiter la question de la santé mentale. La crise de la Covid-19 a eu des répercussions sévères sur la santé mentale des populations, notamment chez les enfants qui ont subi des effets durables de l'anxiété et du stress. Ces impacts sont attribuables aux diverses mesures mises en place telles que les confinements, les restrictions de déplacement, la fermeture des écoles et des lieux publics, l'arrêt des activités, ainsi qu'au climat d'incertitude et de peur résultant de la pandémie et des décès associés (36).

Au Maroc, la santé mentale fait face à deux obstacles significatifs : une carence en ressources humaines et une qualité de prise en charge insatisfaisante (37). Au cours des dernières décennies, l'investissement de l'État dans le système de santé au Maroc a été largement insuffisant, et la présente déficience de l'offre de soins psychiatriques reflète le manque d'investissement de l'État dans ce secteur (36).

La santé mentale au Maroc constitue un vrai problème de santé publique. La seule enquête nationale portant sur les troubles mentaux au Maroc est l'enquête nationale sur les prévalences des troubles mentaux en population générale (ENPTM, 2003-2006), menée par le ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS. Les résultats révèlent qu'environ 48,9% de la population marocaine enquêtée, âgée de 15ans et plus, présente au moins l'un des 25

troubles mentaux étudiés. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes et les jeunes peu ou non instruits, sans activité professionnelle stable (38).

Plus spécifiquement, la dépression est estimée à 26,5%, les troubles d'anxiété à 9%, les troubles psychotiques à 5,6%, et environ 6,5% manifestent des idées suicidaires, réparties en intensité légère (84,6%), moyenne (9%) et élevée (6,5%) (39).

Dans le plan d'action pour la santé 2025, le Maroc encourage la mise à niveau des hôpitaux et les services de psychiatrie intégrés existants, la poursuite de la création de services intégrés de psychiatrie au niveau des CHR et des CHP, la mise en œuvre de projets pour la réinsertion sociale des malades et la poursuite de l'implantation des centres d'addictologie au niveau des régions sanitaires (16) (40).

Après avoir examiné les défis de la santé mentale parmi la population marocaine, il est important de se tourner vers une autre population tout aussi importante mais souvent moins visible, les migrants. La position stratégique du Maroc, situé entre l'Afrique, l'Europe et le Monde Arabe en fait un carrefour clé pour les flux migratoires. Cette population, dont le nombre augmente continuellement depuis quelques années, a des besoins qui diffèrent souvent de ceux des marocains. Par conséquent, des interventions spécifiques en matière de prévention, de promotion de la santé et de soins sont nécessaires de la part des systèmes de santé.

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), la définition du mot migrant englobe toute personne qui se déplace de son domicile habituel vers une autre région à l'intérieur de son pays, ou vers un autre pays, s'établissant ainsi temporairement ou de façon permanente pour diverses raisons. Ce terme inclut plusieurs catégories juridiques spécifiques, telles que les travailleurs migrants; les individus dont les types de déplacement sont clairement définis par la loi, comme les victimes de trafic humain ; ainsi que ceux dont le statut et les modes de déplacement ne sont pas spécifiquement précisés par le droit international, tels que les étudiants internationaux (41).

Leur expérience unique, marquée par le déplacement et l'adaptation, soulève des questions distinctes en matière de santé mentale qui méritent une attention particulière.

Peu d'études ont été faites au Maroc pour évaluer la santé mentale des migrants plus précisément celle des étudiants dont les caractéristiques sont tout à fait différentes à presque tous les niveaux pour cette catégorie.

En 2013, Médecins sans Frontières (MSF) a révélé à travers une enquête réalisée auprès de 190 migrants subsahariens au Maroc, les conditions de vie difficiles et l'exposition à diverses formes de violence, contribuant à des problèmes de santé mentale tels que l'anxiété, la dépression, et les troubles psychosomatiques (42). Les résultats indiquent que les mauvaises conditions de vie sont directement liées à environ la moitié des problèmes de santé identifiés lors de 10.500 consultations médicales. En réponse, le gouvernement marocain, suivant les directives du roi Mohammed VI et en collaboration avec l'OIM, a mis en place le Plan Stratégique National Santé et Immigration 2021-2025 pour améliorer la santé et l'intégration des migrants, alignant ses politiques sur les droits des migrants et les obligations internationales (43).

Au Maroc, de nombreuses associations et organismes non gouvernementales (ONG) assurent également des soins de santé mentale aux migrants. En 2021, le Ministère de la Santé, le Ministère Délégué auprès du Ministère des Affaires Étrangères chargé des Marocains Résidant à l'Étranger et l'OIM ont initié un projet pour renforcer les services de santé mentale et de soutien psychosocial et leur accès aux migrants au Maroc (44).

Dans le Plan Stratégique National Santé et Immigration 2021-2025, le terme migrant se réfère à des individus en situation de vulnérabilité venant de l'étranger, possédant ou non un statut légal au Maroc, sans tenir compte de la date à laquelle ils sont entrés dans le pays ni de la durée de leur présence (45).

Dans ce contexte, il est crucial d'explorer également la santé mentale des étudiants étrangers au Maroc bien que ces derniers n'aient pas le même statut que tous les migrants. Toutefois, c'est un groupe particulièrement vulnérable aux impacts psychosociaux. Il est important de prendre en compte les dynamiques propres à cette population dans le contexte des enjeux de santé mentale nationaux. Les étudiants étrangers peuvent faire face à des défis uniques, exacerbés par des éléments tels que l'adaptation culturelle, la séparation de leur pays

d'origine, et les implications de la crise de la Covid-19. Il devient impératif d'explorer les lacunes existantes dans le soutien psychologique offert aux étudiants internationaux et de développer des stratégies spécifiques pour répondre à leurs besoins dans le cadre plus large des initiatives visant à renforcer la santé mentale au Maroc.

2) Discussion des résultats

L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence de la dépression, du stress et de l'anxiété chez les étudiants étrangers de la région de Rabat-Salé ainsi que les éventuels facteurs de risque de leur détresse psychologique. Elle a été réalisée sur des étudiants de différentes nationalités et de différents établissements d'enseignement supérieurs de la région. Cette hétérogénéité de la population cible nous laisse penser que nos résultats peuvent donner un aperçu de la santé mentale de l'ensemble des étudiants étrangers au Maroc.

Plusieurs études ont en effet montré un taux de dépression, de stress et d'anxiété assez important chez les étudiants étrangers à travers le monde. Cela a été démontré au sein d'une population d'étudiants étrangers en Bangladesh, 60% parmi ceux qui ont participé à l'étude ont présenté une dépression (46). Une autre étude au sein d'une université britannique a montré que 43% des étudiants étrangers ont présenté des symptômes de dépression, de stress et d'anxiété (47).

L'acculturation, souvent accompagnée de défis tels que le choc culturel et l'isolement, peut grandement contribuer aux sentiments de dépression, d'anxiété et de stress chez les étudiants étrangers qui se retrouvent plongés dans un environnement culturel radicalement différent. Andrew et Eman ont démontré dans leur étude que l'adaptation à un nouvel environnement était l'un des facteurs de stress chez les étudiants étrangers (48). Les étudiants étrangers développent le stress acculturatif qui représente une forme de tension psychologique où ils peuvent ressentir et manifester divers comportements stressants tels que l'aliénation, la dépression, l'anxiété, la marginalisation, une augmentation des symptômes psychosomatiques, ainsi qu'une confusion au niveau de l'identité (49). Naviguer entre la préservation de sa propre identité culturelle et l'adaptation à de nouvelles normes sociales peut ainsi devenir une source majeure de tension psychologique pour ces étudiants.

Nous allons donc explorer à travers cette étude les différents facteurs de risque de la dépression, du stress et de l'anxiété chez les étudiants étrangers de la région de Rabat-Salé.

2.1. Etude du stress en fonction des différents facteurs de risque

Le stress est une réaction biologique normale à des stimuli défavorables. Le stress est habituellement déclenché par des facteurs externes et peut être temporaire contrairement à l'anxiété qui persiste même en l'absence de stimuli (50). Cependant, lorsque la réponse adaptative devient inappropriée ou insuffisante dans certaines situations, le même stress qui autrefois stimulait la personne à atteindre des performances élevées peut entraîner des résultats décevants tels que des difficultés dans les résultats universitaires.

Notre étude a objectivé une très grande différence entre la prévalence de stress et les prévalences de dépression et d'anxiété chez les étudiants étrangers. Des études antérieures ont objectivé une prévalence plus élevée de stress chez les étudiants par rapport à notre étude qui a trouvé un pourcentage de stress à 0.5% chez les étudiants étrangers. Une étude qui a été faite en Espagne a trouvé un taux de 34.9% de stress chez les étudiants (51). Cette étude rapporte que le stress était associé au sexe féminin contrairement à notre étude qui a trouvé que le sexe masculin était un facteur de stress ($p < 0.001$). Manjot, Goel, Sharma Bakshi ont quant à eux rapporté un taux de stress à 52.7% dans leur étude effectuée à l'université de Punjab (52). Une autre étude qui a été faite en Haïti en 2023 a montré une prévalence de stress à 87.7% chez les étudiants (53). Une étude qui a été faite à l'université de Karachi a objectivé un taux de stress à 35% chez les étudiants (54). Les études montrent des pourcentages moyens à élevés d'étudiants souffrant de stress, mais les résultats varient considérablement d'une étude à l'autre. Cette diversité s'explique par les différences de population, les origines géographiques et culturelles variées des échantillons, ainsi que par les méthodologies de recherche différentes.

Une étude faite en Malaisie a montré que la détresse psychologique chez les étudiants était liée aux problèmes financiers (55). Une autre étude faite en Chine a appuyé le lien entre les problèmes financiers et le stress (56). Dans notre étude, il n'y a pas de différence statistique significative entre les étudiants boursiers ($p = 0.654$), ceux avec une allocation de

leur pays ($p=0.063$) et le stress. Le revenu mensuel ne semble pas avoir d'effet statistique significatif sur le stress ($p=0.108$ à 0.442).

Le logement, les facteurs personnels, académiques et cliniques sont tant de facteurs pouvant conduire à des épisodes de stress chez les étudiants (57). Dans notre étude, il n'y a pas de différence statistique entre les lieux de logement ($p=0.094$ à 0.909) ni le fait d'être en collocation $P=0.465$. L'année d'étude n'a pas d'impact sur le stress ($p=0.551$).

Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux peuvent être un facteur de risque de troubles mentaux. Les antécédents psychiatriques personnels et familiaux sont des facteurs influençant le score du stress dans notre étude avec ($p < 0.001$) et ($p=0.019$). Dans une étude faite en Pologne, les étudiants qui affirment être atteints de maladies chroniques sont plus enclins à ressentir un niveau de stress élevé par rapport à leurs pairs en bonne santé et les étudiants fumeurs de cigarettes ont signalé des niveaux de stress plus élevés que les non-fumeurs (58). Aucune corrélation n'a été trouvée entre le niveau de stress et les antécédents personnels médicochirurgicaux ($p=0.175$) dans notre étude. Le tabac n'a pas de lien statistique significatif avec le stress ($p=0.162$).

Les examens et les notes sont souvent considérés comme les facteurs les plus stressants, tout comme le temps limité pour se détendre (59). Notre étude a montré un lien statistique entre la difficulté à valider les modules, le maintien des loisirs et le stress avec un ($p < 0.001$) et ($p=0.024$).

Statistiquement, le fait d'avoir un enfant a un impact significatif sur le stress ($p=0.005$). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les différents statuts matrimoniaux ($p=0.827$ à 0.85). Nous avons supposé que les étudiants qui n'avaient pas exprimé de volonté d'étudier au Maroc pourraient présenter un niveau plus élevé de détresse psychologique par rapport à ceux qui étaient volontaires pour poursuivre leurs études au Maroc. Les résultats de notre étude ont montré un lien statistique significatif entre le stress et le volontariat pour les études au Maroc.

Les résultats de toutes ces études mettent en lumière la souffrance psychologique des étudiants, ce qui souligne clairement l'importance de considérer ces données pour apporter un soutien adéquat à cette population estudiantine. En comprenant mieux comment ces troubles se manifestent chez les étudiants, nous pouvons développer des stratégies plus efficaces pour les prévenir et les traiter, améliorant ainsi leur bien-être général et leur succès académique. Ce travail espère également sensibiliser et encourager une discussion plus large sur l'importance de la santé mentale dans les environnements universitaires.

2.2. Etude des troubles anxieux en fonction des différents facteurs de risque

L'anxiété, bien que tout aussi répandue et potentiellement invalidante que la dépression est souvent négligée et insuffisamment traitée dans la population en générale. Bien que l'anxiété soit liée à des problèmes de santé, les troubles anxieux, surtout chez les étudiants, ne bénéficie que peu d'attention et de ressources limitées à leur prise en charge. Les troubles anxieux ont été liés à une diminution de la qualité de vie et à un risque accru de décès prématuré, en plus d'être considérés comme des facteurs de risque pour d'autres comorbidités(60). L'anxiété a également été liée à une baisse des performances académiques et à un comportement de consommation de substances, accroissant ainsi le risque d'abandon scolaire et de développement de dépendances (61).

Notre étude a montré que 9.4% des étudiants étrangers étaient anxieux. Une prévalence qui est nettement inférieure par rapport aux données de la littérature. Cette différence peut être expliquée par l'échantillonnage, la durée d'évaluation et les échelles de mesure. Une méta-analyse a analysé les données de soixante-neuf études portant sur 40.348 étudiants en médecine et a trouvé un taux de prévalence mondiale de l'anxiété chez les étudiants en médecine à 33,8% (62). Une autre qui a été faite en Afrique du Sud a trouvé un taux d'anxiété à 45.9% chez les étudiants (63). Dans l'optique d'une comparaison avec des pays ayant la même culture que le Maroc, nous avons trouvé que 73% des étudiants Egyptiens étaient anxieux selon une étude qui a été faite en 2017 (64). Une enquête a été menée sur la santé mentale des étudiants en Arabie Saoudite a montré que 53% des étudiants étaient anxieux(65).

Une autre a été faite au Brésil a montré un taux d'anxiété à 37.2% (66). Une autre à Bahreïn a montré un taux d'anxiété de 51% chez les étudiants (67). En inde, une étude a trouvé que 66.9% d'étudiants qui présentent un trouble anxieux (68). Une étude a été faite au Portugal et a révélé 21.5% d'étudiants avec un trouble anxieux (69). Une étude qui a été faite chez 1320 étudiants infirmiers en Afrique du sud a montré un taux de 74.7% (70).

De nombreux facteurs liés aux études peuvent prédisposer les étudiants à l'anxiété. Le niveau académique est l'un des facteurs pouvant être lié à l'anxiété (61) (71–76). Certains auteurs ont remarqué que les étudiants de première année ont un risque plus élevé d'anxiété(77). Le brusque changement d'environnement et l'entrée dans l'enseignement supérieur exposent les étudiants à un risque accru par rapport à ceux plus âgés, qui ont eu le temps de s'adapter progressivement. D'autres ont trouvé un lien significatif entre les années d'études supérieures et l'anxiété (61). Hwang et Kim ont fait comprendre dans leur étude chez les étudiants palestiniens que les niveaux d'anxiété augmentent à mesure que la charge de travail augmente au cours des années d'études. Cependant, dans notre étude il n'y a pas de différence statistique significative entre les cycles d'études et la survenue de l'anxiété ($p=0.072$ à 0.53).

En raison des contraintes académiques, les étudiants peuvent se retrouver avec peu de temps pour des interactions sociales ou des activités de loisirs, ce qui les rend vulnérables à l'épuisement professionnel, à la fatigue, au stress et, en fin de compte, à l'anxiété. Des études ont montré qu'au sein de la population estudiantine, ceux qui négligeaient de prendre des pauses sociales étaient 50% plus susceptibles de souffrir d'anxiété que ceux qui prenaient régulièrement une pause au moins une fois par semaine (61). Dans notre étude, la survenue de l'anxiété était statistiquement significative avec le maintien des loisirs ($p=0.024$).

L'utilisation de substances a été identifié comme un problème répandu chez les étudiants (74).

Sur 3.991 étudiants universitaires de l'université de Mayenne en Allemagne, 14,9% ont déclaré fumer des cigarettes, 38,6% ont déclaré une consommation d'alcool à risque et 10,9% ont déclaré fumer de la marijuana (78). Une étude qui a été faite chez des étudiants libanais a

montré un niveau élevé de consommation de substances accompagnés d'une attitude plus tolérante envers l'usage de substances en général, notamment le cannabis (79). Dans notre étude, il n'y avait pas de différence statistique significative entre ceux consommant ou pas le tabac ($p=0.237$) et la survenue de l'anxiété. De même pour le cannabis ($p=0.246$) et l'alcool ($p=0.064$).

Plusieurs facteurs démographiques ont été liés aux symptômes d'anxiété chez les étudiants, dont l'âge. Une étude qui a été faite en chine a démontré que le taux d'anxiété était plus élevé chez les étudiants seniors. Ils admettent que les moins âgés ont tendance à moins se préoccuper de leur emploi futur et ont moins de pression ce qui pourrait corroborer ce constat(72). Plusieurs études ont démontré que les femmes étaient plus à risque de développer l'anxiété que les hommes. Une étude qui a été faite chez des étudiants en soins infirmiers de la Jordanie a révélé que les étudiantes étaient plus anxieuses par rapport au sexe masculin(80). Une autre étude qui a été faite en France durant la pandémie a retrouvé une forte prévalence d'anxiété chez les femmes (73). Cependant, dans notre étude le sexe masculin était plus susceptible de développer l'anxiété que les femmes avec ($p < 0.001$). Cela pourrait être expliquer par un plus fort pourcentage d'étudiants de sexe masculin dans notre échantillon. Des études ont révélé que le fait d'être célibataire est lié à la survenue d'anxiété. Une étude qui a été faite en Iran a montré que les étudiants célibataires étaient plus à risque de développer l'anxiété que les étudiants mariés (81). Une autre a montré que les célibataires étaient plus à risque de développer l'anxiété (70). Dans notre étude il n'y a pas de différence statistique significative entre les différents statuts matrimoniaux, ($p=0.276$ à 0.658). Une étude qui a été faite en chine a montré qu'une mauvaise situation financière familiale était liée à l'anxiété (82) contrairement à notre étude qui a montré qu'il n'y avait aucune différence statistique significative chez les étudiants boursiers ($p=0,089$), ceux ayant une allocation de leur pays ($p=0.38$) et l'anxiété.

2.3. Etudes des troubles dépressifs en fonction des différents facteurs de risque

La prévalence de la dépression chez les étudiants de notre échantillon est de 6.7% avec 0.9% de dépression sévère et 5.7% de dépression modérée.

Pour comparer nos résultats avec ceux de la littérature, plusieurs études rapportant des indices de prévalence de détresse psychologique ont été identifiés. Parmi celles-ci, l'étude menée en Egypte (30) mérite une attention particulière, car sa qualité méthodologique était plus importante que celle des autres. Cette étude comprenait un échantillon important et représentatif d'étudiants universitaires à raison de 2589 Égyptiens. Les principaux résultats ont révélé que 70% ont présenté une dépression. En utilisant l'échelle de DASS 21, Saba, Azka, Talala, Mobeen et Tehmina ont quant à eux rapporté que 75% des étudiants de l'université de Sialkot au Pakistan (83) souffraient de dépression. Une étude qui a été menée en Australie (84) pour analyser la santé mentale des étudiants infirmiers révèle une dépression à 42,2 %. Une étude qui a été faite au Népal a montré un taux de dépression à 29.9% chez des étudiants de médecine (85). Une autre étude qui a été faite en Afrique du Sud a montré un taux de dépression à 36.4 % chez les étudiants (63). Farid Talih, Michel Daher Et Dayane Daou ont quant à eux rapporté un taux de dépression à 26.8% chez des étudiants en médecine du Liban (79). Gan Et Y. L. Hue ont objectivé un taux de dépression à 34% chez des étudiants de médecine en Malaisie (86). Au Cameroun, une étude a révélé un taux de dépression à 30.6% chez des étudiants (87).

L'examen des études met en évidence une variabilité notable dans les résultats obtenus. Cette différence peut être liée également aux lieux de réalisation, les méthodes et les normes adoptées pour l'évaluation. Il est bien établi que les questionnaires auto-rapportés ont tendance à surestimer la prévalence des problèmes de santé mentale surtout au sein des populations non cliniques. Malgré leur utilité et leur importance dans la sensibilisation de la population et des décideurs aux défis de santé mentale auxquels font face les étudiants, ces initiatives ne facilitent pas une évaluation rigoureuse de l'épidémiologie des troubles de santé mentale (88).

Concernant les facteurs associés à la dépression, les résultats de nombreuses études montre qu'il existe une association entre la dépression et le fait d'être une femme (23) (89). Les femmes présentent une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs, ce qui est attribué à des facteurs socioculturels incluant les rôles de genre, ainsi qu'à des explications biologiques et psychologiques (30)(89–91). Une étude qui a été réalisée à l'aide des données de l'Enquête sur la Santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) en 2002 auprès de 1189 personnes suggèrent que le sexe a une contribution significative dans la prédiction d'un épisode dépressif majeur (30). Dans notre étude, le sexe masculin est statistiquement significatif dans la survenue de la dépression avec ($p=0.001$). Une étude qui a été faite au Cameroun pour étudier l'impact de la reprise des cours en contexte de Covid-19 a montré un taux de dépression de 31.3% qui est légèrement plus élevé chez les femmes par rapport aux hommes (92). Ces états psychiques des étudiants évalués avec le DASS 21 ont été aussi retrouvés chez les étudiants ivoiriens avec une prédominance féminine. Cette étude a trouvé un taux de dépression à 90.24% chez les femmes contre un taux de dépression à 76.61% chez les hommes (93). Une étude faite aux Etats-Unis a trouvé une prédominance féminine avec un taux de 86.5% (94) et Mohamed Fawzy et Sherifa A.Hamed ont également rapporté un taux de dépression plus élevé chez les étudiantes en Égypte (64).

Par ailleurs, deux études menées respectivement au Liban et en Égypte ont montré que le sexe masculin était plus à risque de dépression que les femmes avec un plus grand risque de fatigue professionnel chez les hommes (95) (79).

Pour élaborer un programme spécifique visant à prévenir les problèmes de santé mentale, il est crucial de mener des recherches approfondies sur les disparités entre les genres chez les étudiants.

Les statistiques épidémiologiques indiquent que les jeunes adultes sont particulièrement susceptibles de développer des symptômes dépressifs (96). La transition vers l'âge adulte peut être associée à un risque accru de détresse psychologique en raison des changements physiques, émotionnels et sociaux significatifs. Dans notre étude, l'âge est statistiquement significatif dans la survenue de la dépression avec un ($p=0,007$).

La solitude a été indiqué comme un facteur prédisposant à la dépression (97). Plusieurs études qui ont été faites dans des universités saoudiennes ont révélé que les étudiants célibataires avaient des taux de dépression plus élevés que les étudiants mariés (98). Dans notre étude, 97.5% des étudiants disaient être célibataire, 1.8% étaient mariés et 0.7% étaient divorcés. Le statut matrimonial n'avait pas d'influence statistique significative sur la dépression avec un ($p=0.376$ à 0.695).

Les résultats de notre étude révèlent un taux de 2.3% d'étudiants ayant des enfants. Le lien entre la dépression et la parentalité chez les étudiants constitue un domaine de recherche particulier, mettant en lumière les défis uniques auxquels sont confrontés les jeunes parents en milieu académique. Nous avons émis l'hypothèse que la parentalité pendant les études supérieures peut être associée à un risque accru de dépression, en raison des multiples responsabilités que les étudiants-parents doivent équilibrer. La gestion du temps entre les exigences académiques, les responsabilités parentales et les pressions sociales peuvent entraîner un stress considérable, contribuant ainsi au développement de symptômes dépressifs. Cependant, notre étude n'a pas trouvé de résultats statistiques significatifs entre la présence ou l'absence d'enfants et la dépression avec un ($p=0.055$).

Le fait de venir d'une culture différente à celle du Maroc peut également augmenter les chiffres de la détresse psychologique chez les étudiants étrangers. Dans notre étude, 88% des étudiants sont originaires du continent africain, 8.3% d'Amérique, 2.5% d'Asie, 0.2% d'Europe, 0.7% d'Océanie. Il est important de souligner que le risque de dépression chez les étudiants ne peut être exclusivement attribué à leur origine géographique, car de nombreux facteurs complexes interviennent. Cependant, on peut explorer certains éléments culturels qui pourraient influencer différemment les étudiants étrangers, en mettant l'accent sur la culture et le sentiment de nostalgie. Le lien entre la culture et la dépression est profondément complexe et diversifié, reflétant l'influence significative du contexte culturel sur la manifestation et la compréhension de la détresse mentale. Les africains occupent un fort pourcentage dans notre étude et en ce qui concerne les représentations des maladies et des troubles de santé mentale en Afrique, diverses études mettent en lumière des explications attribuées à des facteurs surnaturels au sein de plusieurs populations africaines, en particulier dans les pays

subsahariens. Ainsi, des éléments tels que la sorcellerie, l'influence de mauvais esprits, l'impact des ancêtres et des interventions divines sont évoqués comme des causes potentielles dans ces recherches (99,100). Les normes culturelles, les valeurs, les attentes sociales et les modèles de comportement peuvent tous contribuer à façonner la manière dont la dépression est perçue au sein des étudiants. Toutefois, notre étude rapporte que par rapport au continent africain, ceux de l'Asie ont 3 points de plus de dépression avec un ($p= 0.022$).

Parallèlement, il est bien reconnu que le fait d'être isolé et d'avoir un faible réseau de soutien social est associé à la dépression et en constituerait un facteur de risque (101). Des études indiquent que le soutien social et la qualité de vie pourraient fonctionner comme des médiateurs, intervenant dans la relation entre les caractéristiques socio-démographiques et cliniques d'une part, et la prévalence de la dépression d'autre part (102). Dans notre étude, 26.8% des étudiants étaient logés à la cité universitaire internationale, 23.9% résidaient dans les autres cités et 49,3% vivaient en ville dans les quartiers. Bien que ces derniers soient en collocation dans les appartements, ils ne bénéficient pas du même soutien social que les étudiants résidant dans les cités universitaires.

Les cités universitaires offrent cette opportunité d'être dans un environnement où certaines mesures ont été prises pour la sécurité des étudiants ce qui diminue l'inquiétude des étudiants. Vivre à la Cité Universitaire Internationale de Rabat offre une expérience unique de soutien social comparée à celle d'un étudiant résidant dans un quartier. La Cité Universitaire, en tant qu'environnement spécialement conçu pour accueillir des étudiants provenant de divers horizons, favorise un réseau social intrinsèquement diversifié. Au sein de la cité universitaire Internationale, l'AMCI a soigneusement planifié toutes les commodités nécessaires à la vie quotidienne, offrant aux étudiants un environnement sécurisé et convivial. Les installations comprennent divers services de santé tels qu'une infirmerie, un cabinet médical et une clinique dentaire. De plus, la Cité dispose d'installations sportives complètes, comprenant une salle omnisport et plusieurs terrains de sports collectifs en extérieur. Pour répondre aux besoins alimentaires, une épicerie est également mise à la disposition des résidents. La Cité abrite le Centre International de Langues qui renforce l'éducation linguistique des étudiants venant de pays non-francophones (103). Les interactions entre

résidents sont souvent facilitées par des espaces communs, des activités communautaires et des événements organisés par la résidence, créant ainsi un sentiment d'appartenance et de solidarité entre les étudiants.

En revanche, un étudiant vivant dans un quartier peut être confronté à une diversité moindre au sein de son voisinage immédiat. Les interactions sociales peuvent se restreindre uniquement avec ses colocataires et peuvent pousser les étudiants à se cloîtrer dans une solitude néfaste pour leur santé mentale. Bien que les quartiers puissent également offrir un soutien communautaire, les étudiants peuvent être victime d'une proximité subie qui empêchera l'exploration de nouveaux horizons.

La Cité Universitaire Internationale de Rabat, en tant que lieu d'hébergement dédié aux étudiants, favorise une dynamique sociale particulière grâce à une concentration d'individus partageant des objectifs éducatifs communs. Cela peut se traduire par la collaboration académique et le développement de relations interculturelles.

Les étudiants étrangers ont la possibilité également de bénéficier d'un logement au sein des cités universitaires marocaines, dans la mesure des places disponibles pour chaque cité, en faisant une demande auprès de l'Agence Marocaine de Coopération Internationale (AMCI). Le processus d'attribution des logements aux étudiants étrangers s'effectue après que l'AMCI ait soumis à l'Office National des Œuvres Universitaires Sociales et Culturelles (ONOUSC) la liste des étudiants étrangers recommandés (24). Il faut également préciser que les étudiants étrangers logés dans les cités universitaires marocaines n'ont pas le même soutien social que ceux qui sont logés à la cité universitaire internationale.

Vivre dans une cité universitaire exclusivement fréquentée par des étudiants marocains en tant qu'étudiant étranger présente une expérience unique, influencée par la richesse de la culture marocaine. Par conséquent, l'étudiant est immergé dans le mode de vie local, favorisant une compréhension approfondie des coutumes, des traditions, et de la langue du pays. Si l'environnement marocain peut présenter de nombreux avantages, il peut être la cause d'une détresse psychologique chez les étudiants étrangers au niveau de l'intégration et de l'adaptation à ce nouveau mode de vie. De plus, de nombreuses restrictions sont établies au

niveau des cités marocaines notamment les horaires d'ouverture et de fermeture, la sécheresse des associations qui appauvrit les rencontres entre étudiants au sein de ces cités universitaires.

Toutefois dans notre échantillon, il n'existe pas de différence statistique significative entre les types de logements et la survenue de dépression avec ($p=0.131$ à 0.599). Une étude menée auprès d'étudiants en médecine d'Egypte a par ailleurs rapporté un lien significatif avec la survenue de la dépression chez les étudiants qui vivaient sur les campus universitaires par rapport à leur homologues logés chez leurs parents (64).

Le lien entre le niveau économique et la survenue de troubles mentaux chez les étudiants étrangers dans un pays étranger peut être complexe et multifactoriel. Les étudiants étrangers peuvent ressentir une pression financière considérable. De plus, la précarité financière peut engendrer une charge mentale supplémentaire, compromettant ainsi le bien-être psychologique des étudiants étrangers. Les inégalités économiques peuvent également se refléter dans les expériences sociales, contribuant à un sentiment d'isolement et de marginalisation. Une étude qui a été faite au Bangladesh a prouvé que les étudiants étrangers qui ont rencontré des problèmes financiers étaient deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression (46). Une étude faite en Tunisie a montré que le faible niveau financier était un facteur de risque de dépression chez les étudiants (104). Une autre qui a été faite en Afrique du Sud n'a pas trouvé de lien statistique significatif entre la dépression et le niveau socio-économique avec un plus grand risque de dépression chez les étudiants avec un revenu bas à moyen (105). Dans notre étude, les étudiants ayant une allocation de leur pays ont un score de dépression moindre que les autres avec ($p=0.017$) et il n'y a pas de différence statistique significative entre le fait qu'ils soient boursiers ou non et la dépression avec ($p=0.187$).

Il n'est pas étonnant que le niveau de perfectionnisme soit corrélé à la détresse psychologique. Plusieurs études ont mis en évidence le lien entre le niveau de perfectionnisme et des éléments de détresse psychologiques comme les symptômes dépressifs. Les valeurs académiques axées sur l'atteinte de l'excellence et de la réussite personnelle peuvent renforcer davantage le perfectionnisme. Une revue récente de la littérature a démontré que les étudiants universitaires sont de plus en plus exigeants envers eux-mêmes (106). Le perfectionnisme peut être à la fois un trait de personnalité individuel rendant un étudiant plus

susceptible à la détresse mais aussi comme une caractéristique acquise influencée par les valeurs et les exigences du milieu universitaire (88). Une étude qui a été faite au Portugal a montré que les symptômes dépressifs étaient associés à de mauvais résultats chez les étudiants (69). Dans notre étude, nous avons remarqué que 34.9% d'étudiants avaient des difficultés à valider les modules. Ce facteur a une influence statistique significative sur la survenue de la dépression avec ($p < 0.001$). Par rapport à ceux qui sont en licence, ceux en cycle doctoral ont 0.5 points de moins que ceux qui sont en licence avec un ($p = 0.008$).

Le lien entre la consommation de substances toxiques et la détresse psychologique chez les étudiants est un sujet préoccupant. Lorsque les défis académiques s'accumulent, certains étudiants peuvent être tentés de recourir à des substances toxiques comme un moyen d'échapper temporairement au stress. Cependant, ces solutions temporaires ne font souvent qu'aggraver la situation en générant des effets secondaires néfastes sur la santé mentale.

La pression sociale exercée sur les étudiants peut également jouer un rôle crucial dans la consommation de substances toxiques. Les événements sociaux liés à la consommation d'alcool ou de drogues sont parfois perçus comme des moyens de se détendre et de socialiser. Cependant, ces comportements peuvent rapidement dégénérer, entraînant des conséquences graves sur la santé mentale, notamment l'anxiété et la dépression.

Dans notre étude, 3.7% des étudiants consomment le tabac, avec une fourchette d'âge de 17.8 ± 5.01 . La consommation habituelle varie entre 10 [7.5 - 20] cigarettes par jour, tandis que la consommation hebdomadaire est estimée entre 70 [40 - 120] cigarettes. 25% consomment de l'alcool avec un intervalle d'âge de 16 ± 4.03 à une fréquence de 97.2% occasionnellement et de 2.8% à la fréquence de trois fois par semaine.

Une étude qui a été faite en France pour démontrer le rôle du stress dans la consommation de substances toxiques chez les étudiants a révélé une prévalence tabagique à 40,9% pour les 15-19ans qui atteint un maximum de 47,6% chez les 20-25ans. La consommation d'alcool progresse de façon importante avec l'âge 43,2% à 18-19 ans et 54,5% uniquement chez les garçons (107).

En ce qui concerne les substances illicites, un peu plus d'un quart (28,3%) des adolescents âgés de 15 à 19ans indiquent avoir utilisé une substance à un moment de leur vie. Le cannabis demeure la substance la plus fréquemment consommée. La consommation de cannabis est fortement influencée par l'âge, avec une proportion de 41,8% chez les jeunes de 19ans ayant expérimenté son utilisation (107).

Une étude qui a été faite au Brésil pour évaluer la consommation de drogues chez les étudiants a trouvé que l'alcool était la substance la plus consommée au cours de leur vie (95,6%), suivi des drogues illicites (61,1%), de la marijuana (60%) et du tabac (57,5%) (108). Une revue de la littérature a montré que l'alcool et le tabac étaient les drogues les plus consommées chez les étudiants au Brésil et a démontré que la prévalence était élevée (109).

Notre étude a trouvé un taux de 1.1% pour la consommation de cannabis avec un écart d'âge de 17.8+/-3.42.

La consommation de tabac, d'alcool et de cannabis ne semble pas plus faible chez les étudiants en France et au Brésil que dans la population estudiantine étrangère du même âge à Rabat. Ceci pourrait être expliqué par la différence de culture entre les pays.

Dans notre étude, la consommation de tabac, de cannabis et d'alcool n'a pas d'influence statistique sur la survenue de la dépression avec un p respectif pour chacun égal à 0.365, 0.163, 0.072.

Les antécédents psychiatriques ont été reconnus comme des prédicteurs significatifs de la dépression. Ainsi, les troubles mentaux représentent un facteur de vulnérabilité majeur et un terrain propice au développement de la détresse psychologique. Des études ont établi une corrélation entre la dépression et les antécédents de dysfonctionnements psychologiques et de troubles psychiatriques. Dans notre étude, l'analyse montre une relation statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et les antécédents personnels psychiatriques avec ($p= 0.014$), ce qui consolide la supposition que ces derniers sont des facteurs influençant la survenue de troubles dépressifs. Une étude qui a été faite aux Etats-Unis auprès de 38757 étudiants et qui avait pour objectif d'évaluer la relation entre les problèmes de santé mentale diagnostiqués et les symptômes actuels de dépression a montré que les étudiants ayant des

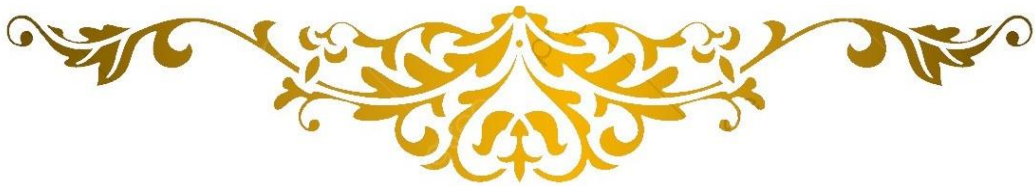
antécédents de pathologies psychiatriques avaient une forte probabilité de développer une dépression par rapport à ceux n'ayant aucun diagnostic de santé mentale (110). Une autre étude qui a été faite chez les étudiants de médecine en Ethiopie a montré que la dépression était liée à la survenue d'événements stressants dans le passé (111). Une étude qui a été faite à l'université de Beyrouth a montré une relation significative entre la survenue de troubles dépressifs et les antécédents personnels chez les étudiants ce qui leur a permis de conclure que les antécédents psychiatriques peuvent avoir un impact sur la santé mentale (112).

2.4. Forces et limites

L'un des points forts de cette étude est qu'elle montre une représentation des étudiants étrangers de toutes les universités de la ville de Rabat. Il s'agit de la première étude de ce type menée au Maroc auprès d'un groupe d'étudiants aussi diversifié.

Cependant, notre étude présente certaines limites dont il convient de tenir compte. Nous avons utilisé un questionnaire pour recueillir des données sujettes à des biais de réponse (par exemple contrainte de la langue, réponse extrême). De plus, les caractéristiques des participants de chaque université peuvent avoir eu un impact sur les résultats (domaines d'études moins ou plus stressants).

RECOMMENDATIONS



1) Formation des enseignants et du personnel :

Les étudiants peuvent être insatisfaits de leur expérience d'apprentissage lorsqu'ils évoluent dans des environnements de travail qui ne sont pas propices à leur développement.

La sensibilisation des enseignants et du personnel administratif au vécu des étudiants étrangers peut contribuer à réduire la stigmatisation et les préjugés qui peuvent parfois exister au sein de la communauté universitaire.

Une telle sensibilisation permet de mieux comprendre les réalités auxquelles les étudiants étrangers font face au Maroc. Ces réalités incluent souvent des différences culturelles, des défis d'adaptation à un nouvel environnement et des barrières linguistiques. Or, La communication joue un rôle fondamental dans l'établissement d'un environnement propice et sain, favorisant l'apprentissage et l'épanouissement des étudiants (113). En comprenant ces défis, les membres du corps professoral et du personnel administratif peuvent ajuster leurs méthodes d'enseignement et leurs interactions pour mieux répondre aux besoins spécifiques de ces étudiants, favorisant ainsi leur réussite académique et leur bien-être général.

⇒ Il est donc important de sensibiliser les enseignants et le personnel administratif aux défis spécifiques auxquels les étudiants étrangers peuvent être confrontés sur le plan mental. Sensibiliser les professeurs et le personnel administratif aux défis auxquels les étudiants étrangers peuvent être confrontés revêt une importance capitale dans la création d'un environnement éducatif inclusif et favorable à la réussite de tous.

2) La sensibilisation :

Toutes les facultés devraient intégrer dans leur cursus une série de conférences et d'ateliers pour sensibiliser les étudiants à la bonne prise en charge de leur santé mentale. Ces rencontres auront pour objectif d'encourager les discussions ouvertes sur la santé mentale, de partager des informations sur les ressources disponibles et d'encourager les étudiants à

rechercher de l'aide professionnelle en cas de besoin. Des tutorats devraient être disponible sur les sites des différentes facultés pour une plus grande sensibilisation.

⇒ Il est également important de sensibiliser les étudiants à la manière de reconnaître les signes de détresse chez les étudiants étrangers, afin de favoriser un environnement de soutien et d'empathie.

3) Formation à la résilience :

En 2017 ,une étude chez des étudiants en sciences infirmiers a révélé qu'il pourrait être bénéfique d'accorder davantage d'attention au rôle potentiel de la formation à la résilience et à d'autres stratégies d'adaptation efficaces pour aider les étudiantes à faire face aux sources inévitables de stress dans leur formation (114).

⇒ Il serait donc important de motiver les étudiants à développer des capacités de résilience, de confiance en soi pour surmonter les défis auxquels ils feront face durant leurs années d'études.

4) Activités de bien-être :

Une étude qui a été faite en 2019 par le collège de Pharmacie de l'université de Rhode Island pour évaluer l'effet de la méditation et du yoga sur le bien être des étudiants a trouvé des résultats qui indiquent qu'un programme de yoga et de méditation d'une durée de six semaines avant les examens finaux a conduit à une diminution des niveaux de stress et d'anxiété chez les étudiants. Ces résultats suggèrent que même une pratique de pleine conscience une fois par semaine pourrait être bénéfique pour réduire le stress et l'anxiété chez les étudiants (92). Une autre étude qui a été réalisé chez des étudiants dans le domaine de la santé a démontré l'importance de la pleine conscience sur la diminution du stress et de l'anxiété chez les étudiants (115).

⇒ Il est recommandé que les administrateurs envisagent d'intégrer des enseignements sur les méthodes non pharmacologiques de gestion du stress et de l'anxiété telles que des séances de méditation, des cours de yoga ou des ateliers

sur ladite gestion, dans les programmes afin de promouvoir le bien-être des étudiants.

5) Services d'appui psychologique :

Au sein de la Cité Universitaire Internationale de Rabat, tous les étudiants étrangers ont accès à un centre médico-social quel que soit leur lieu de résidence mais l'établissement d'un centre d'appui psychologique revêt une importance cruciale pour le bien-être et le développement des étudiants étrangers. Cette assistance psychologique fournirait un espace sécurisé où les préoccupations des étudiants peuvent être exprimées et traitées de manière confidentielle par des professionnels formés.

⇒ Il est important que les étudiants étrangers aient accès à un centre d'appui psychologique au sein de la cité universitaire internationale.

6) Groupes de soutien :

Dans un pays étranger, chaque étudiant étranger se sent méfiant, conscient de la nécessité de développer l'instinct de survie. Ces étudiants étrangers peuvent ressentir un fort sentiment d'isolement en raison de l'éloignement de leur famille, de leurs amis et de leur culture d'origine. Les groupes de soutien peuvent jouer un rôle crucial dans le maintien de la santé mentale des étudiants étrangers en offrant un espace sécurisé où ils peuvent partager leurs expériences.

⇒ Il est important d'instaurer des groupes de soutien au sein des cités universitaires où les étudiants étrangers peuvent discuter ouvertement des défis culturels auxquels ils sont confrontés, partager des conseils et des stratégies pour s'adapter et recevoir un soutien émotionnel de leurs pairs qui comprennent leur situation.

7) Allocation de l'AMCI :

Les étudiants étrangers qui sont sous la tutelle de l'AMCI bénéficient d'une bourse bimensuelle de 1500 DH à partir du mois de septembre jusqu'au mois de Mars. A partir de

cette période jusqu'à la fin de l'année académique, une somme de 250 DH est prélevée des 1500 DH qui est allouée au paiement des frais d'assurance sans oublier que beaucoup d'étudiants ne reçoivent aucune allocation de leur pays d'origine. Ces étudiants se retrouvent dans des conditions difficiles qui peuvent entraver leur santé mentale.

⇒ Il est important que les instances concernées prennent en considération l'augmentation du coût de la vie pour augmenter la bourse des étudiants étrangers.

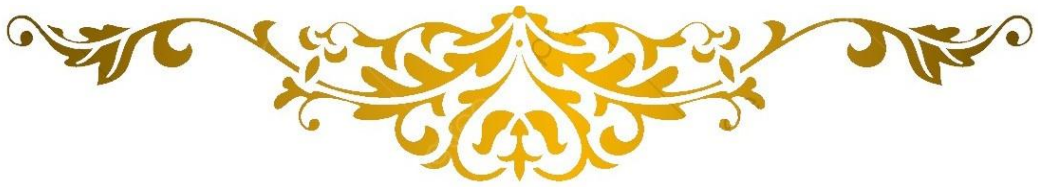
8) Assurance Santé :

Tous les étudiants boursiers de l'AMCI payent chaque année 750 DH pour l'assurance santé. Cette assurance prend en charge le remboursement des frais d'hospitalisation, les consultations en ambulatoire, la maternité, la rééducation et le rapatriement par avion en cas de décès. Cependant, le remboursement des frais de consultations chez le psychologue se fait uniquement si l'étudiant a été référé par un psychiatre.

La prise en charge des consultations chez le psychologue dans l'assurance santé des étudiants étrangers au Maroc reste cruciale, surtout lorsqu'on considère les implications financières qui peuvent souvent constituer un obstacle majeur pour ces étudiants. Le coût élevé de ces services peut rendre leur accès difficile, voire impossible, pour de nombreux étudiants qui ont déjà des contraintes budgétaires importantes liées au logement et aux autres dépenses liées à la vie estudiantine.

⇒ Il est important que tous les étudiants étrangers aient le choix de consulter directement un psychologue avant que leur santé mentale ne soit détériorée.

CONCLUSION



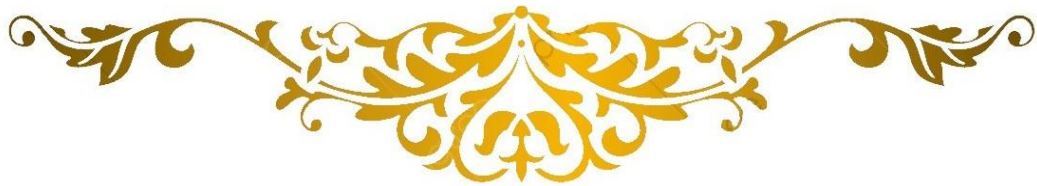
Cette thèse se propose d'explorer la prévalence de la dépression, de l'anxiété et du stress parmi les étudiants étrangers de la région de Rabat-Salé en examinant les facteurs de risque qui contribuent à ces états mentaux. En effet, les résultats de notre étude n'ont pas trouvé un taux important de dépression, d'anxiété et de stress chez les étudiants étrangers de la région de Rabat-Salé qui était estimé respectivement à 6.7%, 9.4% et à 0.5%.

Cela nous a également permis de trouver les éventuels facteurs de risque de détresse psychologique chez les étudiants. Les facteurs statistiquement associés à la dépression chez les étudiants étrangers comprenaient l'âge, le sexe masculin, les loisirs, la difficulté à valider les modules, les antécédents psychiatriques familiaux. Les facteurs statistiquement associés à l'anxiété chez les étudiants étrangers comprenaient le sexe masculin, le fait d'avoir des enfants, les loisirs, la difficulté à valider les modules, les antécédents psychiatriques personnels, les antécédents psychiatriques familiaux et ceux qui sont associés au stress chez les étudiants étrangers comprenaient le sexe masculin, la parentalité, la volonté d'étudier au Maroc, les loisirs, la difficulté à valider les modules, les antécédents psychiatriques personnels et les antécédents psychiatriques familiaux.

Pour ce qui est des limites de notre travail de recherche, nous avons tenu compte des biais de réponses à savoir les contraintes de la langue et les études plus ou moins stressantes.

A l'issu de ce travail, nous avons conclu qu'il est important de porter un regard sur les éventuelles recommandations à savoir la sensibilisation des étudiants, la prise en charge des consultations chez le psychologue par l'assurance santé, la mise à disposition d'un centre psychologique au sein de la cité universitaire internationale, une augmentation de la bourse de l'AMCI, des groupes de soutien, la formation du personnel et des enseignants, des activités de bien-être, la formation à la résilience pour lutter contre la dépression et l'anxiété chez les étudiants étrangers afin d'améliorer leur santé mentale et de surcroit prévenir les complications potentielles associées à ces troubles psychologiques au sein de la population estudiantine étrangère au Maroc.

LES RÉSUMÉS



Résumé

Titre : Stress, anxiété et dépression chez les étudiants étrangers au Maroc (Etude de prévalence dans la région de Rabat-Salé)

Auteur : Christelle Despagne

Directeur de thèse : Pr. Mohamed Kadiri

Mots clés : Stress, Anxiété, Dépression, Etudiant étranger.

Contexte : La dépression constitue un lourd fardeau mondial et les étudiants ne font pas exception. Les exigences académiques élevées et la pression psychosociale peuvent conduire les étudiants à développer des symptômes dépressifs, ce qui peut compromettre leur bien-être ainsi que les résultats académiques.

Notre étude vise donc à déterminer la prévalence de la dépression, du stress et de l'anxiété et à évaluer les différents facteurs de risque de ces pathologies, tels que déclarés par les étudiants eux-mêmes.

Méthodes : Nous avons mené une étude transversale analytique et descriptive sur un échantillon de 436 étudiants à l'aide d'un auto-questionnaire. Depression anxiety and stress scale (Dass-21) a été utilisé pour évaluer la dépression, le stress et l'anxiété.

Résultats : Les résultats de notre étude ont trouvé un taux de dépression à 6.7%, un taux d'anxiété à 9.4 % et un taux de stress à 0.5 %. Les facteurs statistiquement associés à la dépression chez les étudiants étrangers comprenaient l'âge, le sexe masculin, les loisirs, la difficulté à valider les modules, les antécédents psychiatriques familiaux. Les facteurs statistiquement associés à l'anxiété chez les étudiants étrangers comprenaient le sexe masculin, le fait d'avoir des enfants, les loisirs, la difficulté à valider les modules, les antécédents psychiatriques personnels, les antécédents psychiatriques familiaux et ceux qui sont associés au stress chez les étudiants étrangers comprenaient le sexe masculin, la parentalité, la volonté d'étudier au Maroc, les loisirs, la difficulté à valider les modules, les antécédents psychiatriques personnels et les antécédents psychiatriques familiaux.

Conclusion : Les troubles anxiodépressifs sont fréquents chez les étudiants, soulignant ainsi le besoin de mesures de dépistage et de prévention pour prévenir l'aggravation de leur santé mentale.

Abstract

Title: Stress, Anxiety, and Depression Among Foreign Students in Morocco (Prevalence Study in the Rabat-Sale Region)

Author: Christelle Despagne

Thesis Supervisor: Prof. Mohamed Kadiri

Keywords: Stress, Anxiety, Depression, International Student.

Background: Depression constitutes a significant global burden and students are no exception. High academic demands and psychosocial pressure can lead students to develop depressive symptoms, compromising their well-being and academic results. Our study aims to determine the prevalence of depression, stress, and anxiety, and assess various risk factors for these conditions, as reported by the students themselves.

Methods: We conducted a cross-sectional analytical and descriptive study on a sample of 436 students using a self-administered questionnaire. The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) was used to assess depression, stress, and anxiety.

Results: The results of our study found a depression rate of 6.7%, an anxiety rate of 9.4%, and a stress rate of 0.5%. Factors statistically associated with depression among foreign students included age, male gender, leisure activities, difficulty in module validation, and family psychiatric history. Factors statistically associated with anxiety among foreign students included male gender, having children, leisure activities, difficulty in module validation, personal psychiatric history, and family psychiatric history. Factors associated with stress among foreign students included male gender, parenthood, willingness to study in Morocco, leisure activities, difficulty in module validation, personal psychiatric history, and family psychiatric history.

Conclusion: Anxiodepressive disorders are common among students, highlighting the need for screening and preventive measures to prevent the exacerbation of their mental health

الملخص

عنوان البحث: الإجهاد، القلق والاكتئاب لدى الطلاب الأجانب في المغرب (دراسة انتشار في منطقة الرباط-سلا)

المؤلف: كريستيل ديسباجن

مشرف الأطروحة: البروفيسور محمد قادري

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب، القلق، الإجهاد، الطالب الأجنبي.

السياق: يعتبر الاكتئاب عبئاً كبيراً على مستوى العالم، يؤثر على السكان في جميع أنحاء الكوكب، والطلاب ليسوا استثناء. يمكن أن تؤدي المتطلبات الأكاديمية المرتفعة والضغوط النفسية الاجتماعية إلى تطور الأعراض الاكتئابية لدى الطلاب، مما قد يهدد رفاهيتهم وأداءهم الأكاديمي.

هدف الدراسة: تهدف دراستنا إلى تحديد معدل انتشار الاكتئاب، الإجهاد والقلق، وتقييم العوامل المختلفة التي قد تزيد من خطر هذه الحالات الصحية كما أبلغ عنها الطلاب أنفسهم.

الطرق: أجرينا دراسة تحليلية وصفية عرضية على عينة من 436 طالبا باستخدام استبيان ذاتي. تم استخدام مقياس الاكتئاب والقلق والإجهاد (DASS-21) لتقييم مستويات الاكتئاب، الإجهاد والقلق.

النتائج: أظهرت نتائج دراستنا أن نسبة الاكتئاب بين الطلاب الأجانب بلغت 6.7%، ونسبة القلق 9.4%، ونسبة الإجهاد 0.5%. العوامل المرتبطة إحصائياً بالاكتئاب بين الطلاب الأجانب تشمل العمر، الجنس الذكري، الأنشطة الترفيهية، صعوبة تجاوز المقررات، والتاريخ العائلي للأمراض النفسية. أما العوامل المرتبطة بالقلق فتشمل الجنس الذكري، وجود أطفال، الأنشطة الترفيهية، صعوبة تجاوز المقررات، التاريخ الشخصي والعائلي للأمراض النفسية، والعوامل المرتبطة بالإجهاد تشمل الجنس الذكري، الأبوة، الرغبة في الدراسة في المغرب، الأنشطة الترفيهية، صعوبة تجاوز المقررات، والتاريخ الشخصي والعائلي للأمراض النفسية.

الخلاصة: تعتبر الاضطرابات النفسية المرتبطة بالقلق والاكتئاب شائعة بين الطلاب، مما يبرز الحاجة إلى إجراءات الفحص والوقاية لمنع تفاقم الحالة الصحية العقلية للطلاب.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES



1. Stress [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/stress>
2. Bollaert MPPE, Levy MPB. Approche individuelle et pluridimensionnelle de la perception du stress et perspectives de prise en charge.
3. Selye H. Stress and the General Adaptation Syndrome. Br Med J. 1950 Jun 17;1(4667):1383–92.
4. Laraoui O, Laraoui S, Tripodi D, Caubet A, Verger C, Laraoui CH. Évaluation du stress chez le personnel de santé au Maroc : à propos d’une étude multicentrique. Arch Mal Prof Environ. 1 déc 2008;69(5):672-82.
5. La Fondation Ramsay Générale de Santé créé son Observatoire du stress* - Espace presse | Ramsay Santé [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://presse.ramsaygds.fr/communique/164073/La-Fondation-Ramsay-Generale-de-Sante-cree-Observatoire-du-stress?cm=1>
6. Stress au travail. Conséquences pour l’entreprise - Risques - INRS [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/stress/consequences-entreprise.html>
7. ThéraSerena [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Causes du stress : les 5 principaux facteurs de stress au quotidien. Disponible sur: <https://www.theraserena.com/stress/dossiers/decouvrez-les-5-causes-majeures-du-stress>
8. van Dis EAM, van Veen SC, Hageraars MA, Batelaan NM, Bockting CLH, van den Heuvel RM, et al. Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 1 mars 2020;77(3):265–73.
9. Campos JJ, Frankel CB, Camras L. On the nature of emotion regulation. Child Dev. 2004;75(2):377–94.

10. (PDF) Bénéfices d'une séance de respiration profonde et lente sur le tonus vagal et l'anxiété chez les adultes jeunes et âgés [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/354922326_Benefits_from_one_session_of_deep_and_slow_breathing_on_vagal_tone_and_anxiety_in_young_and_older_adults
11. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* juin 2015;78(6):519-28.
12. Crum AJ, Jamieson JP, Akinola M. Optimizing Stress: An Integrated Intervention for Regulating Stress Responses. *Emot Wash DC.* févr 2020;20(1):120-5.
13. Arida RM, Teixeira-Machado L. The Contribution of Physical Exercise to Brain Resilience. *Front Behav Neurosci.* 20 janv 2021;14:626769.
14. Camirand N. Chapitre 6 - Anxiété. In: Camirand N, éditeur. *Axe Cerveau-Intestin-pelvis et Ostéopathie* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2019 [cité 30 janv 2024]. p. 55-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294764301000068>
15. Troubles anxieux [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
16. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry.* févr 2022;9(2):137-50.
17. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Chatterji S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety.* mars 2018;35(3):195-208.
18. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

19. Fondacci C. Les dépressions. Paris Berlin Heidelberg [etc.]: Springer; 2008. (Comprendre, prévenir, traiter).
20. Mojs E, Warchol-Biedermann K, Głowacka MD, Strzelecki W, Ziemska B, Marcinkowski JT. Are students prone to depression and suicidal thoughts? Assessment of the risk of depression in university students from rural and urban areas. 31 déc 2012;19(4):770-4.
21. Williams SZ, Chung GS, Muennig PA. Undiagnosed depression: A community diagnosis. SSM - Popul Health. 28 juill 2017;3:633-8.
22. Khabcher S. Comment la formation dans le domaine de la prise en charge de la dépression est-elle perçue par les jeunes médecins généralistes à l'issue de leur enseignement à la faculté de Montpellier-Nîmes.
23. Coudert P, Rubat Coudert C. Les traitements de la dépression. Actual Pharm. nov 2020;59(600):34-8.
24. Colle R, Corruble E. La vortioxétine : un nouvel antidépresseur pour traiter les épisodes dépressifs caractérisés. L'Encéphale. 1 févr 2016;42(1):48-58.
25. Csillik A, Aguerre C, Bay M. Psychothérapie positive de la dépression : spécificités et apports cliniques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 oct 2012;170(8):541-6.
26. Burckel A. Thérapie cognitivo-comportementale et psychanalyse : une efficacité comparable au cours de la crise dépressive ? L'Encéphale. 1 avr 2021;47(2):102-6.
27. Rahioui H, Blecha L, Bottai T, Depuy C, Jacquesy L, Kochman F, et al. La thérapie interpersonnelle de la recherche à la pratique. L'Encéphale. 1 avr 2015;41(2):184-9.
28. Coopération Académique | AMCI [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.amci.ma/cooperation-academique>

29. ERSSM - Ecole Royale du Service de Santé Militaire : Formation, métiers... [Internet]. [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.guide-metiers.ma/ecole/erssm-ecole-royale-du-service-de-sante-militaire/>
30. kamal. ERPPLM 2020 بالرباط عسكريين ممرضين الصف ضباط مباراة. البوابة. 2020 [cité 1 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.albawaba.ma/concours/ممرضين-صف-ضباط-مباراة-عسكريين>
31. Blanchette I, Stipanovic A. L'EFFET DES ÉVÈNEMENTS POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUES SUR L'INTERPRÉTATION DES STIMULI AMBIGUS: RÔLE DES ÉMOTIONS NÉGATIVES.
32. Alfnsson S, Wallin E, Maathz P. Factor structure and validity of the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 in Swedish translation. J Psychiatr Ment Health Nurs. mars 2017;24(2-3):154-62.
33. Nahaboo S, Hicks R, Gilles PY. Développement des échelles de dépression, anxiété et stress (DASS-21) pour la population mauricienne. Publ Univ Provence. 1 juin 2013;
34. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
35. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
36. Conseil Économique, Social et Environnemental. La santé mentale et les causes de suicide au Maroc [Internet]. <https://www.cese.ma/media/2022/12/ebook-Rapport-SanteMentaleVF.pdf>

37. Ministère de santé, Organisation Mondiale de la santé, Évaluation des fonctions essentielles de santé publique au Maroc. 2016 : <https://www.sante.gov.ma/documents/2016/02/3%20rapport%20evaluation%20fesp.pdf>
38. Moussaoui D. La santé mentale au Maroc : enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies. In: L' Encéphale (Paris) [Internet]. 2007 [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=19979710>
39. - Conseil Économique, Social et Environnemental. La santé mentale et les causes de suicide au Maroc: <https://www.cese.ma/media/2022/12/ebook-Rapport-SanteMentaleVF.pdf>
40. Plan-de-santé-2025.pdf [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.draatafilalet.ma/images/Publications-pdf/Plan-de-sant%C3%A9-2025.pdf>
41. International Organization for Migration [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Définition d'un « migrant » selon l'OIM. Disponible sur: <https://www.iom.int/fr/definition-dun-migrant-selon-loim>
42. MSF_Morocco18_Exec_Summ_fr.pdf [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: https://www2.ohchr.org/english/bodies/cmw/docs/ngos/MSF_Morocco18_Exec_Summ_fr.pdf
43. PSNSI 2021-2025 (DELM).pdf [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.sante.gov.ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/2021/PSNSI%202021-2025%20\(DELM\).pdf](https://www.sante.gov.ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/2021/PSNSI%202021-2025%20(DELM).pdf)
44. Renforcement des services de santé mentale et de soutien psychosocial et leur accès aux populations migrantes au Maroc [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: <https://morocco.iom.int/fr/news/renforcement-des-services-de-sante-mentale-et-de-soutien-psychosocial-et-leur-acces-aux-populations-migrantes-au-maroc>

45. PSNSI 2021-2025 (DELM).pdf [Internet]. [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.sante.gov.ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/2021/PSNSI%202021-2025%20\(DELM\).pdf](https://www.sante.gov.ma/Publications/Guides-Manuels/Documents/2021/PSNSI%202021-2025%20(DELM).pdf)
46. Kabir R, Isha SN, Chowdhury MTH, Siddika N, Jahan SS, Saha AK, et al. Depression among the Non-Native International Undergraduate Students Studying Dentistry in Bangladesh. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2021;18(11):5802.
47. Ejim OC, Livanou M, Khan H, Lindenmeyer A, Uwom C, Manaseki-Holland S. Depression, Anxiety and Stress Among International Postgraduate Students in a Uk University: A Cross-Sectional Study [Internet]. 2021 [cité 8 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.researchsquare.com/article/rs-287018/v1>
48. Alharbi E, Smith A. Review of the Literature on Stress and Wellbeing of International Students in English-Speaking Countries. *Int Educ Stud*. 29 mai 2018;11:22.
49. Gebregergis WT. Major Causes of Acculturative Stress and Their Relations with Sociodemographic Factors and Depression among International Students. *Open J Soc Sci*. 9 oct 2018;6(10):68-87.
50. <https://www.apa.org> [Internet]. [cité 7 mars 2024]. What's the difference between stress and anxiety? Disponible sur: <https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-difference>
51. Ramón-Arbués E, Gea-Caballero V, Granada-López JM, Juárez-Vela R, Pellicer-García B, Antón-Solanas I. The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. *Int J Environ Res Public Health*. oct 2020;17(19):7001.
52. Singh M, Goel N, Sharma M, Bakshi R. Prevalence of Depression, Anxiety and Stress among Students of Punjab University, Chandigarh. 14 janv 2023;11-2017.
53. Achille R, Dorival D, Jacques H, Ordena S, Ciceron J. Soutenu publiquement le 11 janvier 2024 pour l'obtention du grade de licencié en psychologie à l'Université d'état de Haïti, Faculté des sciences humaines et sociales.

54. Azim SR, Baig M. Frequency and perceived causes of depression, anxiety and stress among medical students of a private medical institute in Karachi: a mixed method study. *J Pak Med Assoc.* 2019;69(6).
55. Kumaraswamy N. Academic Stress, Anxiety and Depression among College Students- A Brief Review. 2013;5(1).
56. Gao W, Ping S, Liu X. Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: A longitudinal study from China. *J Affect Disord.* 15 févr 2020;263:292-300.
57. Stress amongst dental students: a systematic review - Alzahem - 2011 - *European Journal of Dental Education* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0579.2010.00640.x>
58. Średniawa A, Drwiła D, Krotos A, Wojtaś D, Kostecka N, Tomasik T. Insomnia and the level of stress among students in Krakow, Poland. *Trends Psychiatry Psychother.* 4 févr 2019;41:60-8.
59. Une revue systématique du stress chez les étudiants en médecine dentaire - Elani - 2014 - *Journal of Dental Education* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/j.0022-0337.2014.78.2.tb05673.x>
60. Kandola A, Vancampfort D, Herring M, Rebar A, Hallgren M, Firth J, et al. Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. *Curr Psychiatry Rep.* 24 juill 2018;20(8):63.
61. Full article: The impact of stress on students in secondary school and higher education [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02673843.2019.1596823>

62. Quek TTC, Tam WWS, Tran BX, Zhang M, Zhang Z, Ho CSH, et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 31 juill 2019;16(15):2735.
63. Van der Walt S, Mabaso WS, Davids EL, De Vries PJ. The burden of depression and anxiety among medical students in South Africa: A cross-sectional survey at the University of Cape Town. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneeskde*. 12 déc 2019;110(1):69-76.
64. Fawzy M, Hamed SA. Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Res*. sept 2017;255:186-94.
65. Al-Khani AM, Sarhandi MI, Zaghloul MS, Ewid M, Saquib N. A cross-sectional survey on sleep quality, mental health, and academic performance among medical students in Saudi Arabia. *BMC Res Notes*. 21 oct 2019;12(1):665.
66. Moutinho ILD, Maddalena N de CP, Roland RK, Lucchetti ALG, Tibiriçá SHC, Ezequiel O da S, et al. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. 1 janv 2017;63(1):21-8.
67. Mahroon ZA, Borgan SM, Kamel C, Maddison W, Royston M, Donnellan C. Factors Associated with Depression and Anxiety Symptoms Among Medical Students in Bahrain. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. févr 2018;42(1):31-40.
68. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety and depression among medical undergraduate students and their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res*. mars 2015;141(3):354-7.
69. Moreira de Sousa J, Moreira CA, Telles-Correia D. Anxiety, Depression and Academic Performance: A Study Amongst Portuguese Medical Students Versus Non-Medical Students. *Acta Med Port*. 28 sept 2018;31(9):454-62.

70. Manana M, Ntuli ST, Mokwena K, Maaga K. Prevalence and Risk Factors for Anxiety Symptoms among Student Nurses in Gauteng Province of South Africa. *Behav Sci.* 28 juill 2023;13(8):630.
71. Savitsky B, Findling Y, Ereli A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract.* 1 juill 2020;46:102809.
72. Ma Z, Zhao J, Li Y, Chen D, Wang T, Zhang Z, et al. Mental health problems and correlates among 746 217 college students during the coronavirus disease 2019 outbreak in China. *Epidemiol Psychiatr Sci.* janv 2020;29:e181.
73. Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic | Psychiatry and Behavioral Health | JAMA Network Open | JAMA Network [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/2772154>
74. Mutinta G. Mental distress among university students in the Eastern Cape Province, South Africa. *BMC Psychol.* 18 août 2022;10:204.
75. Full article: Depression and anxiety among medical students: Examining scores of the beck depression and anxiety inventory and the depression anxiety and stress scale with student characteristics [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23311908.2017.1283829>
- 76.: : JKAN :: Journal of Korean Academy of Nursing [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.jkan.or.kr/DOIX.php?id=10.4040/jkan.20125>
77. Prevalence and factors associated with depressive and anxiety symptoms among Palestinian medical students | BMC Psychiatry | Full Text [Internet]. [cité 6 mars 2024]. Disponible sur: https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02658-1?umt_campaign=BMCS_AWA_JW01_GL_trendmd_2021_BPSY_BMCPsychiatry_HP

78. Hoff TA, Heller S, Reichel JL, Werner AM, Schäfer M, Tibubos AN, et al. Cigarette Smoking, Risky Alcohol Consumption, and Marijuana Smoking among University Students in Germany: Identification of Potential Sociodemographic and Study-Related Risk Groups and Predictors of Consumption. *Healthc Basel Switz*. 16 déc 2023;11(24):3182.
79. Talih F, Daher M, Daou D, Ajaltouni J. Examining Burnout, Depression, and Attitudes Regarding Drug Use Among Lebanese Medical Students During the 4 Years of Medical School. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. avr 2018;42(2):288-96.
80. Masha'al D, Shahrour G, Aldalaykeh M. Anxiety and coping strategies among nursing students returning to university during the COVID-19 pandemic. *Heliyon*. janv 2022;8(1):e08734.
81. Mohebbi Z, Setoodeh G, Torabizadeh C, Rambod M. State of Mental Health and Associated Factors in Nursing Students from Southeastern Iran. *Investig Educ En Enfermeria*. 23 oct 2019;37(3):e04.
82. Li D, Zou L, Zhang Z, Fu W, Mao J, Cao S. The Psychological Effect of COVID-19 on Home-Quarantined Nursing Students in China. *Front Psychiatry* [Internet]. 26 mars 2021 [cité 6 mars 2024];12. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.652296/full>
83. Asif S, Mudassar A, Shahzad TZ, Raouf M, Pervaiz T. Frequency of depression, anxiety and stress among university students. *Pak J Med Sci*. 2020;36(5):971-6.
84. Stanton R, Best T, Williams S, Vandelanotte C, Irwin C, Heidke P, et al. Associations between health behaviors and mental health in Australian nursing students. *Nurse Educ Pract*. 1 mai 2021;53:103084.

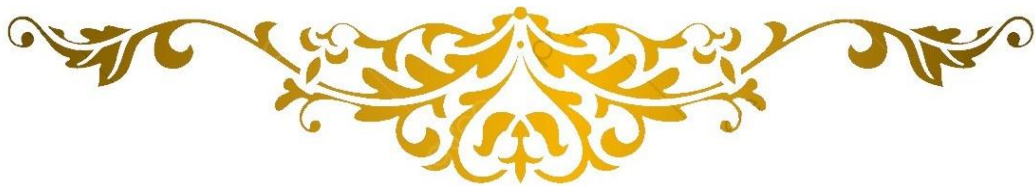
85. Kunwar D, Risal A, Koirala S. Study of Depression, Anxiety and Stress among the Medical Students in two Medical Colleges of Nepal. Kathmandu Univ Med J KUMJ. 2016;14(53):22-6.
86. Ci H, Hb P, Nm M, Ch S, Ch R, Rm P, et al. Anxiety, depression and quality of life of medical students in Malaysia. 2019;74(1).
87. Ngasa SN, Sama CB, Dzekem BS, Nforchu KN, Tindong M, Aroke D, et al. Prevalence and factors associated with depression among medical students in Cameroon: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. 9 juin 2017;17(1):216.
88. Hamel S, Lavoie AM, Morneau-Sévigny F, Belleville G. DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE CHEZ LES ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES : RECENSION SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE. Rev Québécoise Psychol. 2021;42(3):197.
89. King DA, Buchwald AM. Sex differences in subclinical depression: administration of the Beck Depression Inventory in public and private disclosure situations. J Pers Soc Psychol. mai 1982;42(5):963-9.
90. Rezaeian M. Suicide among young Middle Eastern Muslim females. Crisis. 2010;31(1):36-42.
91. Dedieu SD (2013). La santé mentale des femmes. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 164(5), 158–164. <https://doi.org/10.4414/sanp.2013.00158>
92. Lemay V, Hoolahan J, Buchanan A. Impact of a Yoga and Meditation Intervention on Students' Stress and Anxiety Levels. Am J Pharm Educ. juin 2019;83(5):7001.
93. Pacôme NK, Emmanuel D, Aimé AM, Youssef A, Ahmed AOT, Antoine TN. Etude des Statuts de Stress et Anxio-Depressif Associés aux Troubles de Comportement Alimentaire chez des Etudiants en Première Année Académique à l'Université Félix Houphouët Boigny (Abidjan). Eur Sci J ESJ [Internet]. 8 déc 2022 [cité 5 févr 2024];12. Disponible sur: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/16196>

94. Camp DL, Hollingsworth MA, Zaccaro DJ, Cariaga-Lo LD, Richards BF. Does a problem-based learning curriculum affect depression in medical students? *Acad Med.* oct 1994;69(10):S25.
95. Abdallah AR, Gabr HM. Depression, anxiety and stress among first year medical students in an Egyptian public university. *Int Res J Med Med Sci.* 14 févr 2014;2(1):11-9.
96. Mungo A, Hein M, Lanquart JP, Loas G. La dépression majeure à caractéristique atypique comme facteur de risque du syndrome d'apnées obstructives du sommeil chez le jeune adulte. *L'Encéphale.* 1 avr 2022;48(2):171-8.
97. Alharbi H, Almalki A, Alabdan F, Haddad B. Depression among medical students in Saudi medical colleges: a cross-sectional study. *Adv Med Educ Pract.* 4 déc 2018;9:887-91.
98. Haleem Abdul Aziz NA, Al-Muwallad OK, Kader Mansour EA. Neurotic Depression and Chocolate among Female Medical Students at College of Medicine, Taibah University Almadinah Almunawwarah, Kingdom of Saudi Arabia. *J Taibah Univ Med Sci.* 1 janv 2011;6(2):139-47.
99. Adeosun II, Adegbohun AA, Jeje OO, Adewumi TA. Experiences of discrimination by people with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *J Public Ment Health.* 9 déc 2014;13(4):189-96.
100. Furnham A, Akande D, Baguma P. Beliefs about health and illness in three countries: Britain, South Africa and Uganda. *Psychol Health Med.* 1 mai 1999;4(2):189-201.
101. Gilchrist G, Gunn J. Observational studies of depression in primary care: what do we know? *BMC Fam Pract.* 2007;8:28.
102. Plante-Jean MA. Facteurs prédictifs de la dépression chez les gens souffrant d'anxiété sociale. 2012

103. Cité Universitaire Internationale de Rabat - 9rayti.Com [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.9rayti.com/article/cite-universitaire-internationale-rabat>
104. Amamou B, Alouani S, Ben Haouala A, Alouani S, Tlili MA, Mhalla A, et al. Depression among medical students in Tunisia: Prevalence and associated factors. *World J Psychiatry*. 19 oct 2023;13(10):772-83.
105. Pillay N, Ramlall S, Burns JK. Spirituality, depression and quality of life in medical students in KwaZulu-Natal. *South Afr J Psychiatry* [Internet]. 2016 [cité 7 avr 2024];22(1). Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/view/132914>
106. Curran T, Hill AP, Williams LJ. The relationships between parental conditional regard and adolescents' self-critical and narcissistic perfectionism. *Personal Individ Differ*. 15 avr 2017;109:17-22.
107. Grebot E, Barumandzadeh T. L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 sept 2005;163(7):561-7.
108. Lemos-Santos P, Blumrich L, Debia JB, Castaldelli-Maia JM, Suen PJC, Malbergier A. Drug use among medical students in São Paulo, Brazil: a cross-sectional study during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Sao Paulo Med J Rev Paul Med*. 2023;142(2):e2022493.
109. Candido FJ, Souza R, Stumpf MA, Fernandes LG, Veiga R, Santin M, et al. The use of drugs and medical students: a literature review. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. mai 2018;64(5):462-8.
110. Casey SM, Varela A, Marriott JP, Coleman CM, Harlow BL. The influence of diagnosed mental health conditions and symptoms of depression and/or anxiety on suicide ideation, plan, and attempt among college students: Findings from the Healthy Minds Study, 2018–2019. *J Affect Disord*. 1 févr 2022;298:464-71.

111. Kebede MA, Anbessie B, Ayano G. Prevalence and predictors of depression and anxiety among medical students in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Ment Health Syst.* 6 mai 2019;13(1):30.
112. Prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les étudiants en médecine: Étude transversale chez les étudiants en médecine de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth - ScienceDirect [Internet]. [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700606762765>
113. Decker JL, Shellenbarger T. Strategies for nursing faculty to promote a healthy work environment for nursing students. *Teach Learn Nurs.* 1 avr 2012;7(2):56-61.
114. Smith GD, Yang F. Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Educ Today.* 1 févr 2017;49:90-5.
115. McConville J, McAleer R, Hahne A. Mindfulness Training for Health Profession Students—The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *EXPLORE.* 1 janv 2017;13(1):26-45.

ANNEXES



Questionnaire pour déterminer la prévalence et les facteurs de risque de dépression chez les étudiants étrangers de la région de Rabat-Salé.

Je suis Christelle Despagne, étudiante en médecine à la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat promotion 2016-2017.

Dans le cadre de l'élaboration de ma thèse intitulée « La dépression chez les étudiants étrangers au Maroc : enquête au niveau de la région de Rabat-Salé » qui a pour objectif de connaître la prévalence et les facteurs de risque de la dépression chez les étudiants étrangers de la région de Rabat-Salé, je vous demanderais de bien vouloir accepter de répondre au questionnaire ci-dessous qui ne prendra que quelques minutes de votre temps.

Je tiens à signaler que vos réponses resteront totalement anonymes et serviront uniquement à l'élaboration de mon travail de fin d'études.

Données socio-démographiques

1-Quel est votre âge en année ?..

2-Quel est votre sexe ?

☐ Homme

☐ Femme

☐ Autre

3-Quelle est votre nationalité ?..

4-Quel est votre statut marital ?

☐ Célibataire

☐ Marié

☐ Divorcé

☐ Veuf (ve)

5-Avez-vous des enfants ?

☐ Oui ☐ Non

6- Quelle est votre faculté ?..

7- Ou êtes-vous logé ?

☐ Cité universitaire internationale

☐ Autre cité

☐ En ville

8- Vous vivez :

☐ Seul

☐ En colocation

Si colocation, veuillez préciser le nombre de résidents...

9- Vous êtes en quel cycle d'études ?

☐ Licence ☐ Master ☐ Doctorat

Veillez préciser votre année d'étude ...

10-Depuis combien de temps êtes-vous au Maroc ?...

11- Pendant combien de temps comptez-vous rester au Maroc ?...

12 – Vos études au Maroc ont été

☐ Volontaire ☐ Désigné

13- Etes-vous boursier (ère) ?

☐ Oui ☐ Non

14- Recevez-vous une allocation de votre pays ?

☐ Oui ☐ Non

15- Quel est votre revenu mensuel ?

☐ < 1500 DH ☐ 1500-3000 DH ☐ 3000-5000 DH ☐ 5000-10000 DH ☐ >10000 DH

16- Quels sont vos loisirs ?...

17- Sont-ils maintenus durant vos études ?

☐ Oui ☐ Non

18-Trouvez-vous des difficultés à valider les modules ?

☐ Oui ☐ Non

19-Visitez-vous votre famille ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser :

☐ Une fois ☐ Deux fois ☐ Occasionnellement ☐ Jamais

Données cliniques

20- Avez-vous des antécédents de suivi psychiatriques ou psychologiques ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, veuillez préciser ...

21- Avez-vous des antécédents personnels médicaux ou chirurgicaux ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, veuillez préciser ...

22- Avez-vous des antécédents familiaux psychologiques ou psychiatriques ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, veuillez préciser ...

Habitudes toxiques

23- Consommez-vous du tabac ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, depuis quel âge consommez-vous du tabac ?...

24- Quelle est votre consommation par jour ?...

25- Quelle est votre consommation par semaine ?...

26- Consommez-vous du cannabis ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, depuis quel âge consommez-vous du cannabis ?...

27- Quelle est votre consommation par jour ?...

28- Quelle est votre consommation par semaine ?...

29- Consommez-vous de l'alcool ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, depuis quel âge consommez-vous de l'alcool ?...

30- Votre consommation :

☐ Occasionnellement ☐ Trois fois par semaine ☐ Chaque jour

31- Quantité

☐ < 3 verres ☐ >3 verres

Autre, veuillez préciser..

1-Manifestations psychiatriques

•Vous vous sentez : ☐ triste ☐ irritable ☐ neutre ☐ joie excessive

•Vous avez le sommeil : ☐ diminué ☐ excessif ☐ conservé

•Je trouve mon appétit : ☐ diminué ☐ élevé ☐ conservé

•Je trouve ma sexualité : ☐ diminuée ☐ élevée ☐ conservée

•Il m'arrive d'avoir des accès de colère : ☐ oui ☐ non

•Il m'arrive d'avoir des crises d'angoisse : ☐ oui ☐ non

•J'ai des idées noires / pessimistes : ☐ oui ☐ non

•Il m'arrive d'avoir des idées de mort / suicidaires : ☐ oui ☐ non

•Je suis violent avec moi-même : ☐ oui ☐ non

•Je suis violent avec les autres : ☐ oui ☐ non

Plaintes somatiques

J'ai des maux de tête persistant : ☐ oui ☐ non

J'ai parfois des troubles digestifs : ☐ oui ☐ non

Je souffre parfois de problèmes cardiaques /respiratoires : ☐ oui ☐ non

J'ai parfois des douleurs musculaires : ☐ oui ☐ non

Je me sens tout le temps fatigué : ☐ oui ☐ non

Autre, veuillez préciser...

Questionnaire Stress Dépression Anxiété

1-J'ai trouvé difficile de décompresser.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

2- J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

3- J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

4 -J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

5- J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

6 -J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

7- J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains).

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

8- J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

9- Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps

- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

10- J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

11- Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

12 -J'ai eu de la difficulté à me détendre.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

13- Je me suis senti(e) abattu(e) et triste.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

14- J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

15- J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

16- J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

17- J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand-chose comme personne.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

18- J'ai eu l'impression d'être assez susceptible.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps

- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

19- J'ai été conscient(e) des palpitations de mon cœur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon cœur venait de sauter).

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

20- J'ai eu peur sans bonne raison.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps

21- J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens.

- ☐ 0 ne s'applique pas du tout à moi
- ☐ 1 s'applique un peu à moi, ou une partie du temps
- ☐ 2 s'applique beaucoup à moi, ou une bonne partie du temps
- ☐ 3 s'applique entièrement à moi, ou la grande majorité du temps



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط



أطروحة رقم: 198

سنة: 2024

الإجهاد، القلق والاكتئاب لدى الطلاب الأجانب في المغرب (دراسة انتشار في منطقة الرباط-سلا) أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/05/27

من طرف: السيدة كريستيل ديسباجن

لنيل دبلوم
دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: الاكتئاب، القلق، الإجهاد، الطالب الأجنبي.

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس اللجنة

السيد فيلالي كريم

أستاذ تخدير العناية المركزة

مدير الأطروحة

السيد قادري محمد

أستاذ الطب النفسي

عضوة

السيدة صبير مريا

أستاذة الطب النفسي

عضو

السيد السباعي الإدريسي كريم

أستاذ الطب الوقائي والصحة العامة والنظافة

عضو

السيد العبودي فؤاد

أستاذ الطب النفسي