

Année 2023

THESE TM 26/23

PREVALENCE ET DETERMINANTS DES TROUBLES DEPRESSIFS CHEZ LES ETUDIANTS DE LA FMPT

These

Présentée et soutenue publiquement le 15/11/2023

Par :

Monsieur TAZI Badr

Pour l'obtention du diplôme de
Docteur en Médecine

Mots Clé : Etudiants ; dépression ; faculté de médecine ; Prévalence ;
Déterminants

Membres Du Jury :

Monsieur EL HANGOUCHE Abdelkader Jalil Président du jury
Professeur de Cardiologie (Physiologie)

Monsieur NAJDI Adil Directeur de these
Professeur de Médecine Communautaire

Monsieur BELFKIH Rachid Juge
Professeur de Neurologie



Serment d'hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je
m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

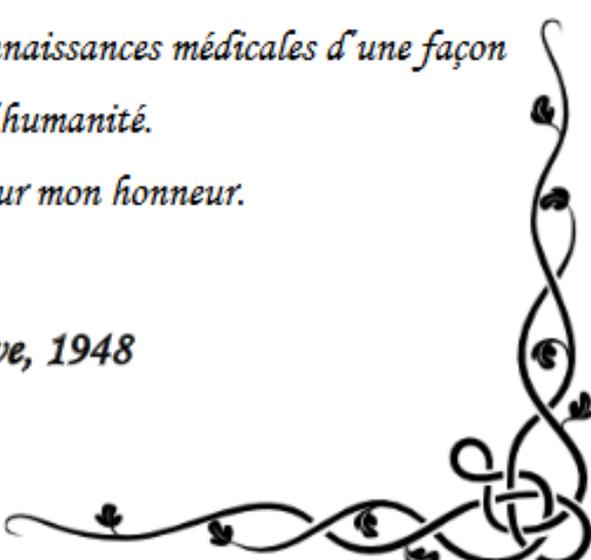
*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération
politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES
PROFESSEURS

DOYENS HONORAIRES :

Pr Mohamed Nourdine El Amine El Alami : 2014-2019

ORGANISATION DECANALE :

Doyen : Pr. Ahalat Mohamed

Vice doyen chargé des affaires pédagogiques : Pr. Oulmaati Abdallah

Vice doyen chargé de la recherche scientifique Pr. Ait Laalim Said

Vice doyen chargée à la pharmacie : Pr. Chahboune Rajaa

Secrétaire générale : Mme. Hanane Hammiche

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. Ahallat Mohamed	Chirurgie Générale
Pr. Khallouk Abdelhak	Urologie
Pr. EL HFID Mohamed	Radiothérapie
Pr. Ait Laalim Said	Chirurgie Générale
Pr. Sbai Hicham	Anesthésie-Réanimation
Pr. Oulmaati Abdallah	Pédiatrie
Pr. Labib Smael	Anesthésie-Réanimation
Pr. Mellouki Ihsane	Gastro-entérologie
Pr. Chater Lamiae	Chirurgie Pédiatrique
Pr. Alloubi Ihsan	Chirurgie Thoracique
Pr. Abourazzak Fatima Ezzahra	Rhumatologie
Pr. Aggouri Mohamed	Neuro-Chirurgie
Pr. Gallouj Salim	Dermatologie

Pr. El Madi Aziz	Chirurgie Pédiatrique
Pr. Shimi Mohammed	Traumatologie-Orthopédie
Pr. Fourtassi Maryam	Médecine physique et réadaptation Fonctionnelle
Pr. Benkirane Mtitou Saad	Gynécologie-Obstétrique
Pr. Rissoul Karima	Analyses Biologiques Médicales et Microbiologie-Virologie
Pr. Raissuni Zainab	cardiologie
Pr. Hammi Sanaa	pneumologie
Pr. Najdi Adil	Médecine Communautaire

PROFESSEURS AGREGES :

Pr. Soussi Tanani Driss	Pharmacologie
Pr. El Hangouche Abdelkader Jalil	Cardiologie (Physiologie)
Pr. Bourkia Myriem	Médecine Interne
Pr. Chraibi Mariame	Anatomie et Cycologie Pathologique
Pr. El mrabet Ftima Zahra	Oncologie Médicale
Pr. Madani Mouhcine	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. Aggouri Younes	Chirurgie Générale (Anatomie)
Pr. Benkacem Mariame	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pr. Belfkih Rachid	Neurologie
Pr. El bahloul Meriem	Ophtalmologie
Pr. El boussaadni yousra	Pédiatrie
Pr. Kharbach Youssef	Urologie
Pr. Idrissi Serhrouchni Karima	Histologie-Embryologie-Cytogénétique

Pr. Rkain Ilham

Oto-Rhino-laryngologie

Pr. El ammouri Adil

Psychiatrie

Pr. Rachidi Alaoui Siham

Radiologie

Pr. Khalki Hanane

Analyses Biologiques Médicales(Biochimie)

Pr. Ait Benali Hicham

Traumatologie Orthopédie (Anatomie)

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. Chahboune Rajaa

Biologie Moléculaire

Pr. Essendoubi Mohammed

Biophysique Moléculaire



Dédicaces

**Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut,
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance,
Aussi, c'est tout simplement que**



Je dédis cette thèse à ...

A Fatiha et Said, mes admirables parents,

Il est impossible de trouver des mots suffisamment sincères pour refléter la profonde affection et l'amour que j'ai pour vous. Vos inlassables sacrifices et votre dévouement ont été la source ultime de ma motivation. Je vous remercie du fond du cœur pour m'avoir inculqué ces précieuses valeurs qui sont maintenant mes principes de vie. Ma gratitude est éternelle pour votre soutien indéfectible, vos conseils, et votre amour inconditionnel durant les moments les plus merveilleux comme les plus difficiles.

Maman, ta préoccupation constante pour mon bonheur et mon bien-être, ainsi que ton amour quotidien et ta tendresse, ont illuminé mon chemin de vie. Papa, je te remercie de m'avoir guidé, de m'avoir transmis ta passion pour la médecine, ta rigueur, ton sens de l'honneur et de la justice. Vous êtes mes modèles, et grâce à vous, je suis devenue la personne que je suis aujourd'hui.

Ce modeste travail, qui est avant tout le vôtre, représente mes souhaits les plus profonds, ceux que vous avez formulés dans vos prières. Que Dieu vous comble de bonheur, de santé, et vous accorde une longue vie. J'espère que je pourrai toujours être à la hauteur de l'amour et du soutien que vous m'avez prodigués.

À mes sœurs exceptionnelles, Houda et Mariam et Hanae,

Vous représentez le trésor le plus précieux que la vie puisse offrir. Non seulement êtes-vous mes sœurs, mais vous êtes également mes premières amies, les plus merveilleuses, mes complices et mes confidentes. Votre amour et votre soutien inconditionnels sont une source d'inspiration constante. Je vous suis reconnaissante de croire en moi, de m'encourager à aller toujours plus loin, de me comprendre, de m'accompagner, et de m'inspirer. Vous avez toujours veillé attentivement à mon bonheur, et pour cela, je suis comblée.

J'ai la chance d'avoir la meilleure grande sœur qui puisse exister, ainsi que la meilleure petite sœur que l'on puisse souhaiter. Comme le dit l'adage, "Nulle amie ne vaut deux sœurs." Je dédie ce travail en signe de ma profonde affection et de mon attachement inébranlable envers vous. Puisseons-nous rester unies pour toujours, que Dieu vous comble de bonheur et de réussite.

Votre amour est un trésor que je chérirai éternellement.

À la Professeur Fadila Bousgheiri,

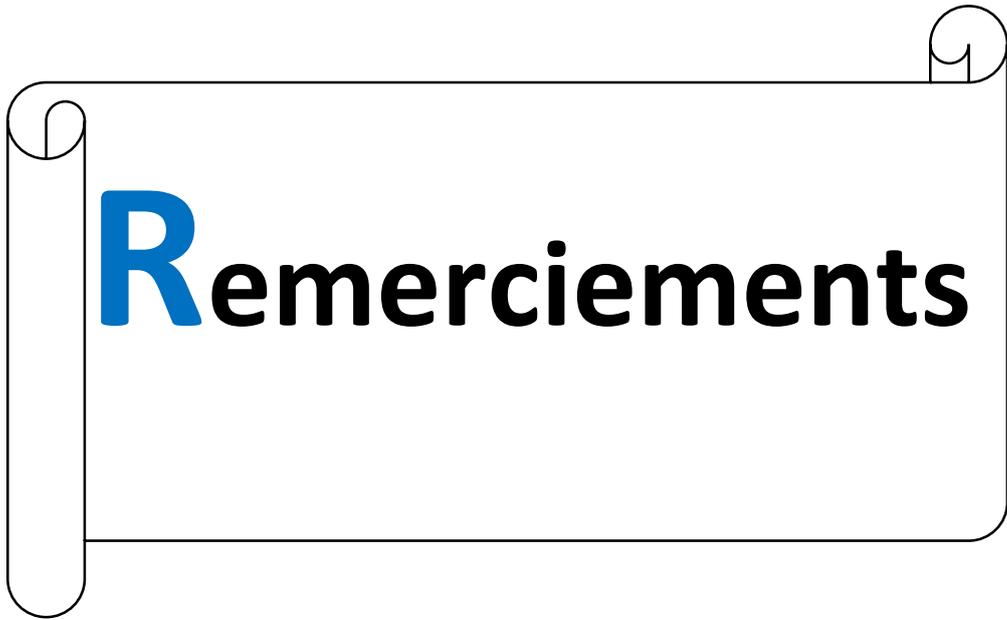
Professeur De Medecine Communautaire et de santé publique

Faculté de médecine et de pharmacie de Tanger

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour toute l'assistance que vous m'avez apportée tout au long de la réalisation de ce travail. Sans votre précieux soutien et vos encouragements, ce projet n'aurait pas pu voir le jour. Que Dieu vous accorde la santé et le bonheur, à vous ainsi qu'à votre famille.

À mes collègues de promotion,

Les souvenirs que nous avons partagés sur les bancs de la faculté et au cours de nos stages ont été le creuset de notre personnalité et ont joué un rôle essentiel dans la formation des médecins que nous sommes devenus aujourd'hui.

A graphic of a white scroll with a black outline, featuring a vertical strip on the left side and a small circular detail at the top right corner. The word "Remerciements" is written across the scroll in a bold, sans-serif font. The letter "R" is blue, and the remaining letters "emerciements" are black.

Remerciements

**À NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE MONSIEUR LE PROFESSEUR A.
NAJDI PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR DE
MEDECINE COMMUNAUTAIRE**

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

Votre gentillesse, votre bienveillance, votre patience, votre quiétude ont été une source d'inspiration pour moi. Je vous remercie pour vos conseils et vos encouragements.

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

**À NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE MONSIEUR LE PROFESSEUR J.
EL HANGOUCHE PROFESSEURS AGREGES DE CARDIOLOGIE
ET PHYSIOLOGIE**

Vous nous honorez tous, et moi en particulier, par votre présence. Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de tous.

Je tiens à vous remercier pour l'accueil aimable et bienveillant, c'était très touchant dans ces temps assez stressants. Je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse.

Veillez, cher Maître, trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération, de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE MAITRE ET JURY DE THESE MONSIEUR LE PROFESSEUR R.

BELFKIH PROFESSEURS AGREGES DE NEUROLOGIE

Nous vous remercions pour la simplicité que vous avez témoignée en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Permettez-nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles.

En acceptant de juger ce travail, vous nous accordez un très grand honneur.

Veillez agréer, mon professeur, à mon plus grand respect et ma sincère reconnaissance.



Liste des
Illustration

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des étudiants selon l'âge

Figure 2 : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude

Figure 3: Répartition des étudiants de l'échantillon selon le genre

Figure 4 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon le milieu de résidence

Figure 5 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la nationalité

Figure 6 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la situation familiale

Figure 7 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon le logement

Figure 8 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la situation des parents

Figure 9 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la consommation parentale de drogue ou d'alcool

Figure 10 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon le tabagisme

Figure 11 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon le jeu avec des jeux compulsifs

Figure 12 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les antécédents psychiatriques personnels

Figure 13 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les antécédents médicaux personnels

Figure 14 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les antécédents psychiatriques familiaux

Figure 15 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les antécédents judiciaires

Figure 16 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les parents

Figure 17 Répartition des étudiants de l'échantillon selon les évènements négatifs durant l'enfance ou l'adolescence

Figure 18 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la prévalence des troubles dépressifs

Figure 19 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la prévalence du risque suicidaire

Figure 20 : la répartition des cas qui ont un trouble dépressif en fonction du sexe

Figure 21 : la répartition des étudiants qui ont un trouble dépressif en fonction du niveau d'étude

Figure 22 : la répartition des étudiants déprimés en fonction du logement

Figure 23 : la répartition des étudiants déprimés et non déprimés en fonction des antécédents médicaux

Figure 24 : la répartition des étudiants déprimés et non déprimés en fonction des antécédents psychiatriques personnels

Figure 25 : la répartition des étudiants déprimés et non déprimés en fonction des antécédents psychiatriques familiaux

Figure 26 : la répartition des étudiants déprimés en fonction de prise médicamenteuse qui aident à dormir

Figure 27 : la répartition des étudiants déprimés en fonction de Violence Psychologique

Figure 28 : la répartition des étudiants déprimés en fonction des événements négatifs durant l'enfance

Figure 29 : la répartition des étudiants déprimés en fonction du risque suicidaire

Figure 30 : la répartition des étudiants déprimés en fonction des troubles anxieux

Figure 31 : la répartition des étudiants ayant un risque suicidaire et sans risque suicidaire en fonction des antécédents psychiatriques personnels

Figure 32 : la répartition des étudiants déprimés et non déprimés en fonction des antécédents psychiatriques familiaux

Figure 33 : la répartition des étudiants ayant un risque suicidaire et sans risque en fonction des Antécédents Judiciaires

Figure 34 : la répartition des étudiants ayant risque suicidaire en fonction de Violence physique

Figure 35 : la répartition des étudiants ayant risque suicidaire en fonction de Violence Psychologique

Figure 36 : la répartition des étudiants déprimés en fonction des évènements négatifs durant l'enfance

Figure 37 : la répartition des étudiants ayant un risque suicidaire en fonction des troubles anxieux

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Critère DSM 5 pour le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé (EDC).

Tableau II: Taux de participation selon l'âge

Tableau III : Taux de participation selon le niveau d'étude

Tableau IV : Taux de participation selon la consommation du tabac

Tableau V : Taux de participation selon la consommation d'alcool

Tableau VI : Taux de participation selon la consommation du cannabis

Tableau VII : Taux de participation selon les violences

Tableau Récapitulatif VIII : les données de la fiche d'exploitation des étudiants de notre échantillon

Tableau récapitulatif IX : la prévalence des troubles dépressifs et risque suicidaire de notre échantillon

Tableau Récapitulatif X des correspondances de la dépression avec les variables étudiées

Tableau Récapitulatif XI le risque suicidaire en fonction des variables étudiées

Tableau XII Facteurs associés à la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine de Tanger en analyse multivariée

Tableau XIII: Comparatif de la prévalence des troubles dépressifs chez les étudiants en médecine des différentes études.

Tableau XIV : Comparatif de la dépression en fonction du genre.

Tableau XV : Comparatif de la dépression en fonction de niveau d'étude.

Tableau XVI : Comparatif de la dépression en fonction du logement.

Tableau XVII : Comparatif de la dépression en fonction de divorce de parents.

Tableau XVIII : Comparatif de la dépression en des ATCD psychiatriques personnels

Tableau XIX : Comparatif de la dépression en des ATCD psychiatriques familiaux

Tableau XX: Comparatif de la dépression en des ATCD médicaux personnels

Tableau XXI : Comparatif de la dépression en des conduites addictives

Tableau XXII : Comparatif de la dépression en fonction des violences physique

Tableau XXIII : Comparatif de la dépression en fonction des violences psychologiques

Tableau XXIV : Comparatif de la dépression en fonction des violences sexuelles

Tableau XXV : Comparatif de la dépression en fonction des événements négatif de l'enfance

Tableau XXVI : Comparatif de la dépression en fonction d'un revenu bas et moyen

Tableau XXVII : Comparatif de la dépression en fonction des troubles anxieux

Tableau XXVIII : Comparatif du risque suicidaire en fonction des troubles dépressifs



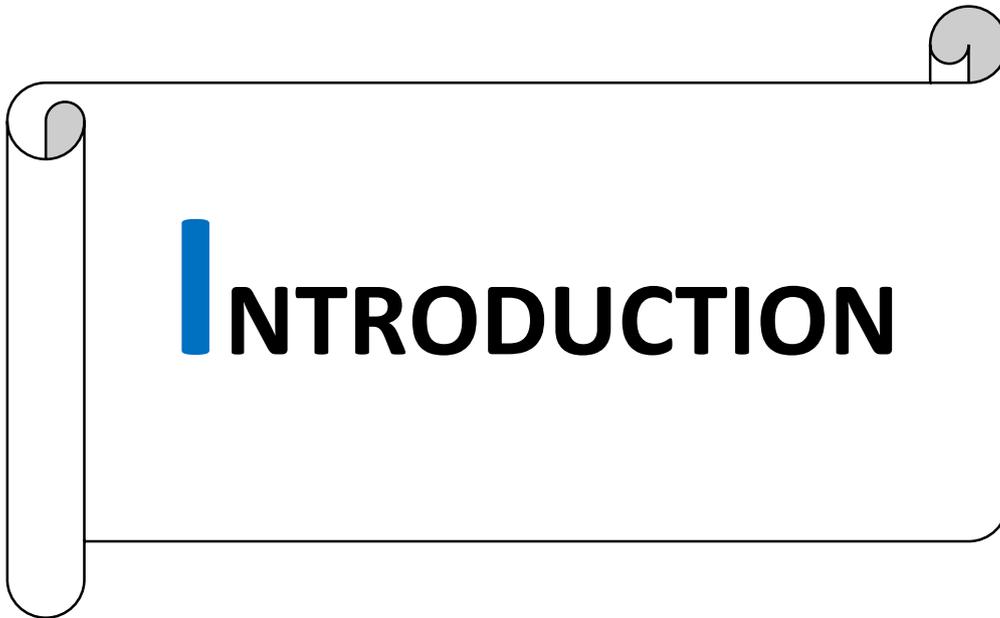
Liste des
Abréviations

- AMP : l'Association Mondiale de Psychiatrie
- ATCD : Antécédent
- CEHUT : Comité d'éthique hospitalio-universitaire de Tanger
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CHR : Centre Hospitalier Régional
- CRP : C Réactif Protéine
- DH : Dirham
- DSM : Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- ECT : Électroconvulsivothérapie
- EDM : L'épisode dépressif majeur
- EDC : L'épisode dépressif caractérisé
- FMPT : Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger
- HAM-D : L'échelle de dépression de Hamilton
- IRSNa : Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
- IRND : Les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine
- ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
- MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview
- NFS : Numération des formules sanguines



Plan

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	9
MATERIELS ET METHODES	13
1. Type d'étude	14
2. Date et lieu de l'étude	14
3. Population cible	14
4. Instrument ou questionnaire	14
5. Déroulement de l'enquête et recueil de données	16
6. Méthode statistique	16
7. Conflit d'intérêts	17
8. Les considérations éthiques	17
9. Comité d'éthique hospitalio-universitaire de Tanger	17
RÉSULTATS	18
➤ Etude descriptive	19
➤ Etude Analytique.....	38
A. Analyse univariée	38
B. Analyse multivariée	56
DISCUSSION	57
RECOMMANDATIONS	80
CONCLUSION	84
ANNEXE	86
RESUMES	124
BIBLIOGRAPHIE	128



La santé englobe un état de bien-être total, tant sur le plan physique, mental que social, et ne se limite pas simplement à l'absence de maladie ou d'infirmité¹. La santé mentale selon OMS « englobe notre capacité à faire face aux défis et aux sources du stress de la vie, à exploiter pleinement notre potentiel, à apprendre de manière efficace, à travailler de manière productive et à contribuer positivement à notre communauté ».² Les troubles mentaux sont définis, selon l'OMS, par « des altérations notables, d'un point de vue clinique, dans la manière dont une personne pense, régule ses émotions et se comporte ».³ Cela peut entraîner une détresse émotionnelle et des difficultés à fonctionner dans des aspects cruciaux de la vie.³ Ils constituent un problème majeur de la santé publique et peuvent influencer négativement la productivité au travail, l'accomplissement éducatif, les relations avec les autres et la qualité de vie globale.⁴ En effet, les troubles de la santé mentale représentent un problème majeur de santé publique. Ils ont un impact significatif sur la société dans son ensemble et nécessitent une attention.⁵ La dépression, selon OMS, est « un état pathologique marqué par une profonde tristesse, un sentiment de désespoir, une réduction de l'activité psychomotrice et la capacité à prendre des décisions ».⁶

L'incidence mondiale des troubles de la santé mentale indique que plus de 25 % des individus rencontreront au moins un trouble mental ou comportemental au cours de leur vie.⁷ Les troubles dépressifs qui englobent l'épisode dépressif majeur (EDM) et la dysthymie touchent environ 9 % des personnes à l'échelle mondiale.⁸ Chez les jeunes, la dépression est plus fréquente que dans d'autres groupes d'âge.⁹ Ils présentent une vulnérabilité accrue à l'apparition d'un épisode dépressif majeur, en raison de plusieurs facteurs, notamment la pression socioculturelle ainsi que des événements de vie négatifs tels que des déceptions sentimentales, des échecs scolaires ou des problèmes de santé physique.⁹ La fréquence de l'épisode dépressif majeur chez les jeunes était estimée à environ 14 %.¹⁰

Au Maroc, près de la moitié de la population souffre d'au moins un problème mental.¹¹ La dépression ou trouble de l'humeur dépressive constitue le trouble mental le plus fréquent.¹² À l'échelle nationale, les chiffres indiquent que 26 % des Marocains souffrent de troubles de l'humeur, l'épisode dépressif majeur est plus fréquemment repéré chez les femmes avec 34% contre 20.5% chez les hommes.¹¹ Chez les veufs (39%) ou les divorcés (52 %) et chez les

personnes sans emploi (30 %).¹¹ La prévalence de l'EDM chez les jeunes au Maroc est 16% chez la tranche d'âge entre 15-19 ans, et 25 % chez la tranche d'âge entre 20 et 29 ans.¹³

En effet, les jeunes médecins en formation sont exposés à un double risque, d'une part, les études médicales, connues pour leur longue durée, leur difficulté, leur exigence académique élevée et leur dépendance financière vis-à-vis des parents.¹⁴ D'autre part, ils sont directement confrontés à la souffrance, à la mort et à des responsabilités lourdes dans le cadre de leur immersion précoce dans le milieu hospitalier.¹⁴ En plus, il existe des facteurs de risque communs avec les autres sujets jeunes, tels que les addictions et les habitudes alimentaires et sexuelles.¹⁵

La dépression peut perturber le sommeil et l'appétit, ce qui a un impact sur la santé globale, et chez les jeunes, ce trouble peut entraîner des difficultés à maintenir leur niveau de productivité au travail ou à l'étude.⁹ De plus, cela peut potentiellement conduire à des pensées sombres, voire à des idées suicidaires.¹⁶ Chaque année, 700 000 personnes mettent fin à leurs jours par suicide, et les deux tiers de ces cas sont attribués à la dépression.¹⁷ Malgré plusieurs études menées sur la dépression, elles demeurent insuffisantes dans notre contexte et notre région surtout, D'où l'intérêt de mener une étude sur la dépression à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger (FMPT).

Notre étude est la première au niveau de la région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima qui étudie la prévalence de la dépression à la FMPT, Nous nous engageons à atteindre les objectifs suivants :

- Évaluer la prévalence de la dépression chez les étudiants de la FMPT.
- Décrire en détail ces troubles et analyser les déterminants qui les mettent en jeu.



REVUE DE LA
LITTERATURE

Assurer la vitalité mentale chez les jeunes est primordial, car les troubles qui surviennent à l'âge adulte résultent fréquemment d'un manque d'attention envers le bien-être psychologique au cours des premières années de la vie¹⁸.

Dans le secteur médical, il existe diverses perspectives sur la signification de la santé mentale, L'une de ces approches est celle avancée par l'Association Mondiale de Psychiatrie (AMP), qui énonce que la santé mentale repose sur un équilibre entre les individus et leur environnement. ¹⁹Cet équilibre se manifeste par l'harmonie, le bien-être, la maîtrise de soi et la capacité à exploiter pleinement leur potentiel intellectuel, émotionnel et social.¹⁹ Les troubles de santé mentale sont des circonstances qui altèrent la pensée, l'état émotionnel, les comportements et les sensations d'un individu, souvent provoquant un malaise significatif et ayant des répercussions sur les tâches du quotidien.²⁰ Les troubles mentaux chez les jeunes peuvent également avoir un impact négatif sur leur santé physique, contribuant à des habitudes de vie peu saines telles que la diminution de l'activité physique et l'abus de toxiques.²¹

La santé mentale des étudiants en médecine a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs depuis les années 1950, et les troubles anxieux caractérisés et dépressifs ont été les sujets les plus fréquemment étudiés.²² Selon une revue de la littérature menée par Dyrbye et Al en 2006, des études réalisées aux États-Unis et au Canada indiquent une prévalence élevée des troubles dépressifs parmi les étudiants en médecine.²¹ Il est intéressant de noter que ce taux élevé de problèmes psychiques chez les futurs médecins n'est pas uniquement observé en Amérique du Nord, mais aussi en Europe, où il est également élevé par rapport aux taux de la population générale.²³

Dans le monde arabe, Richa et Mehanna (2006) ont constaté qu'une part importante des étudiants de la Faculté de Médecine de Beyrouth présentait des problèmes de santé mentale, notamment des troubles dépressifs et anxieux.²⁴ Il existe également des résultats de Fawzi et Hamed en 2017 en Égypte, qui ont révélé qu'une proportion considérable, soit plus de 60 %, des étudiants de la faculté de médecine présentaient des troubles dépressifs. Ces résultats ont été obtenus à partir d'un échantillon de 700 étudiants.²⁵

La prévalence de la dépression parmi les étudiants en médecine est de plus en plus reconnue comme un sujet d'actualité.²⁶ Cela se reflète dans le nombre croissant de publications internationales qui examinent cette problématique.²⁶ Les études menées dans divers pays révèlent que les étudiants en médecine présentent des taux plus élevés de symptômes dépressifs par rapport à la population générale.²⁶ et il faut noter que de nombreuses études ont mis en évidence que la période de formation en médecine peut être une période de détresse psychologique significative pour les étudiants en médecine.²⁷

Le Maroc a clairement reconnu l'importance de traiter les questions de santé mentale. Dans le cadre du Plan National de Santé 2012-2016, une emphase a été mise sur la promotion de la santé des populations ayant des besoins spécifiques et le renforcement de la surveillance épidémiologique.²⁸ De plus, ce plan encourage la réalisation d'études et d'enquêtes épidémiologiques, notamment dans le domaine de la santé mentale, comme indiqué dans le Programme de Santé Mentale de 2009.²⁸

✓ **PREVALENCE DES TROUBLES DEPRESSIFS DANS LA POPULATION GENERALE**

Au niveau mondial, les troubles de santé mentale représentent un défi de taille, touchant plus d'un quart de la population, susceptibles de faire face à au moins un trouble mental ou comportemental au cours de leur vie.⁷ Parmi ces troubles, les troubles dépressifs, regroupant l'épisode dépressif majeur (EDM) et la dysthymie, affectent environ 9 % de la population mondiale.⁸

Au Maroc, il est intéressant de noter qu'environ la moitié de la population a été identifiée comme ayant expérimenté au moins un trouble de la santé mentale au cours de son parcours de vie.¹¹ Parmi les diverses catégories de troubles mentaux, ce sont principalement les troubles de l'humeur qui se démarquent avec la prévalence la plus élevée.¹² Ce phénomène est particulièrement marqué chez les adolescents et les adultes, où la prévalence atteint 26,4% avec 16,5% de personnes qui énoncent des idées suicidaires.¹¹

Plus spécifiquement, La prévalence du trouble de l'humeur dépressive est chiffrée à 34.4% chez les femmes, par rapport à 20.3% chez les hommes.¹¹ Il est notable que les épisodes dépressifs majeurs se distinguent par leur fréquence accrue chez les femmes et que plus de la moitié des personnes divorcées souffrent de troubles dépressifs.²⁹

La prévalence de la dépression indique que 26% de la population marocaine souffre d'un épisode dépressif majeur.¹¹ Chez les adolescents, la fréquence de l'EDM est fixée en 16%, chez les jeunes adultes, la valeur est 25 % .¹¹ Ce problème est plus fréquemment identifié dans les milieux urbains (31 %) que dans les milieux ruraux (22%).¹¹ La fréquence de ce trouble est également plus élevée parmi les individus âgés de plus de 20 ans.¹¹

On remarque que les données nationales présentent des taux plus élevés que les statistiques mondiales, ce qui reflète la situation mentale de la société marocaine.¹¹

✓ ETIOPATHOGENIE DE LA DEPRESSION :

L'épisode de dépression peut être inclus à la fois dans les catégories des troubles dépressifs et des troubles bipolaires.³⁰ De plus, il peut être corrélé avec d'autres troubles tels que les troubles psychotiques et les troubles anxieux.³⁰

La dépression représente une maladie complexe qui peut résulter de l'interaction de multiples facteurs, incluant des éléments biologiques (tels que des déséquilibres chimiques dans le cerveau et Les fluctuations hormonales chez la femme), psychologiques (Des événements de vie stressants, des traumatismes psychiatriques, et une faible estime de soi), environnementaux (tels que la situation familiale, le soutien social) et génétiques .^{31 32,33}

Les événements traumatiques vécus pendant l'enfance laissant des séquelles, les conditions socio-économiques défavorables peuvent résulter la dépression, les troubles médicaux sous-jacents et la consommation abusive d'alcool et de drogues peuvent contribuer à l'augmentation du risque.³⁴ En outre, la présence d'une comorbidité psychiatrique, où plusieurs troubles mentaux coexistent, ou maladie physique peut également jouer un rôle dans le tableau complexe de la dépression.³⁴

✓ METHODE DE MESURE ET DIAGNOSTIC DE LA DEPRESSION

a. Critère DSM 5

En 2013, l'Association Psychiatrique Américaine a rendu publique la 5ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), Ce document offre la possibilité de classifier et de diagnostiquer les problèmes psychologiques. ³⁵Il propose des critères détaillés pour chaque trouble (avec la version française suivant en 2015), facilitant

ainsi le travail des experts en santé mentale pour formuler des diagnostics précis et faciliter la communication.³⁵ Contrairement au DSM-4, le DSM-5 a incorporé de nouveaux troubles et modifications.³⁵

Pour poser **Le diagnostic du trouble** dépressif repose sur l'observation et l'analyse minutieuse du tableau clinique présenté par le patient.³⁶ Ce tableau clinique est généralement composé de plusieurs symptômes doivent être présents pendant une période minimale de 15 jours, avec une intensité suffisamment marquée pour entraîner une détérioration significative du fonctionnement quotidien du patient.³⁶

Tableau I Critère DSM 5 pour le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé (EDC).

Les critères diagnostiques de l'EDC selon le DSM-5 sont : ³⁵	
A	<p>Au moins 5 des signes suivants doivent être présents au cours d'une même période de 2 semaines et avoir constitué un changement relativement à l'état précédent ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt</p> <p>N'inclure aucun symptôme qui clairement résulte d'une condition médicale générale, de croyances délirantes ou d'hallucinations qui ne sont pas en accord avec l'état émotionnel.</p>
	1. Une humeur dépressive persistante, qui se manifeste pratiquement toute la journée, presque tous les jours, que ce soit par les déclarations du sujet ou par des observations extérieures (pleurs).
	2. Réduction significative d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les actions, presque tous les jours, pratiquement toute la journée.
	3. Une réduction ou un regain de poids notable (5 %) sans régime, ou changement de l'appétit tous les jours. chez les enfants, l'absence de la croissance de poids attendue doit être considéré .
	4. Trouble de sommeil (insomnie, hypersomnie) quasiment tous les jours.
	5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
	6. Faiblesse ou manque d'énergie tous les jours.
	7. sentiment de dépréciation ou de culpabilité excessif ou inapproprié, souvent présent presque chaque jour (sans se limiter à des pensées normales de regret ou de culpabilité pour être malade).

	8.	réduction notable de la capacité à réfléchir, à se concentrer ou à prendre des décisions presque chaque jour (constatée par le sujet lui-même ou par d'autres personnes).
	9.	des pensées fréquentes de décès (pas seulement la crainte de mourir), des idées récurrentes de suicide sans plan concret, ou alors des projets détaillés pour mettre fin à sa vie.
B		les symptômes engendrent une détresse cliniquement notable ou perturbent le fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels ou autres qui sont importants
C		Les symptômes ne peuvent pas être attribués aux conséquences physiologiques directes d'une substance ou d'une maladie médicale générale.
D		L'épisode dépressif ne satisfait pas aux critères du trouble schizoaffectif, et il ne se superpose pas à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un autre trouble psychotique. En plus, il n'y a aucun antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque.
E		Il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque antérieurement.

Il est important de noter que la réponse normale à un événement impliquant **une perte significative**, comme un deuil ou une ruine financière, peut comporter **des symptômes tels que la tristesse, la rumination, l'insomnie, la perte d'appétit et la perte de poids**.³⁵

Cependant, la présence de **symptômes supplémentaires** tels qu'un sentiment de **dévalorisation, des idées suicidaires** (autres que le désir de rejoindre un être aimé décédé), **un ralentissement psychomoteur** et **une altération sévère** du fonctionnement général suggèrent la possibilité d'un **épisode dépressif caractérisé** en plus de la réaction normale à la perte significative.³⁵

b. Échelle de dépression de Hamilton

L'échelle de dépression de Hamilton (HAM-D), publiée par Max Hamilton en 1960, permet d'évaluer **l'intensité** des symptômes dépressifs.³⁷ Il est important de noter que cette échelle est applicable à toutes les personnes, y compris les personnes âgées, bien que certains aspects puissent parfois ne pas s'appliquer (par exemple, ceux liés aux activités professionnelles, étant donné que certaines personnes sont à la retraite).³⁸

L'évaluation se fait généralement toutes les deux semaines.

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

- 0 Absent.
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 Idées ou gestes de suicide.
- 4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

- 0 Absent.
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

9) Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

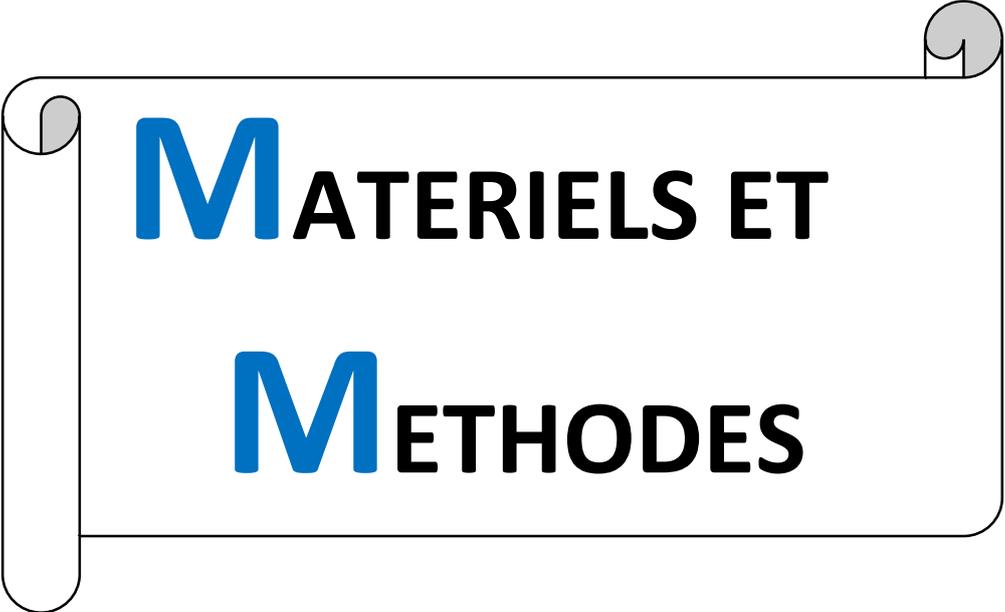
- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

La gravité de la dépression est évaluée en fonction du score obtenu à l'échelle de dépression de Hamilton, comme suit : ³⁷

- **Score de 10 à 13** : Indique des symptômes dépressifs légers.
- **Score de 14 à 17** : Indique des symptômes dépressifs allant de légers à modérés.
- **Score supérieur à 18** : Indique des symptômes dépressifs modérés à sévère



MATERIELS ET

METHODES

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale, analytique et descriptive menée auprès d'un échantillon représentatif des étudiants de médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger (FMPT) par l'intermédiaire d'un questionnaire qui s'appelle le MINI associé à une fiche d'exploitation (Annexe 1 et 2) .

2. Date et lieu de l'étude :

L'étude a été menée entre le 10 mars 2023 et le 27 septembre 2023, englobant la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger, le CHU Mohamed VI à Tanger et le CHR Mohamed V à Tanger .

3. Population cible :

Cette étude a été conduite auprès des étudiants inscrits de la 1ère à la 7ème année à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger pour l'année académique 2022-2023. La participation des étudiants était volontaire et anonyme. Le nombre d'étudiants inclus dans notre étude était de 199.

- ✓ **Critères d'inclusion** : Les étudiants qui étaient présents au moment de l'enquête et inscrits à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger.
- ✓ **Critères d'exclusion** : Les étudiants qui n'avaient pas répondu au questionnaire, ceux provenant d'autres facultés de médecine, ceux qui avaient refusé de participer à l'étude

4. Instrument ou questionnaire : (Annexe 1 et 2)

Tout d'abord, Le questionnaire abrégé est accompagné d'une fiche d'exploitation (annexe 1) qui examine diverses informations :

- **Les données sociodémographiques** : le sexe, l'âge, la nationalité, le statut marital, nombre d'enfants, niveau d'étude, revenu mensuel de ménage, ville, milieux et quartier de résidence et vit avec qui.
- **La situation des parents** : Vivants ou décédés, divorcés ou séparés, Consommation parentale d'alcool ou de drogue et la taille de la fratrie.
- **L'utilisation de substances psychoactives** : Consommation des substances psychoactive, d'alcool, Cannabis ou dérivés ou autres substances.

- **Les jeux compulsifs** et fréquence.
- **Antécédents personnels** : Présence d'un problème médical et prise médicamenteuse, présence d'un problème psychiatrique et prise médicamenteuse pour la dépression, l'anxiété ou la toxicomanie.
- **Antécédent familiaux** : problème psychiatrique
- **Les antécédents de la petite enfance** : grandissement avec des parents biologiques ou parents biologiques, Violence physique, psychique et sexuelle, le type de violence et la répétition du violence, vivre un évènement négatif marquant durant l'enfance ou l'adolescence.

Après la fiche d'exploitation, Le questionnaire **M.I.N.I DSM-IV** (Mini International Neuropsychiatric Interview) basé sur le DSM-IV est un entretien diagnostique structuré d'une durée de passation brève. Il explore de manière standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du **DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)**. Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens après une courte formation. Cependant, les enquêteurs non-cliniciens doivent recevoir une formation plus intensive pour son utilisation correcte (Annexe 2). il a été traduit à la langue **arabe dialectale marocaine** par le **Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Rochd à Casablanca**, avec la contribution des docteurs Nadia Kadri, Mohamed Agoub et Samir El Gnaoui. Le questionnaire M.I.N.I DSM-IV est un outil qui aide au **diagnostic** des différents troubles psychiatriques de l'axe I du DSM IV, notamment :

- ✓ Episode Dépressif Majeur (EDM), EDM avec caractéristiques mélancoliques, Dysthymie , Risque Suicidaire, Episode (Hypo-)Maniaque.
- ✓ Trouble Panique, Agoraphobie, Phobie Sociale, Trouble Obsessionnel Compulsif, Etat de Stress post-traumatique.
- ✓ Alcool (Dépendance /Abus), Drogues (Dépendance /Abus).
- ✓ Troubles Psychotiques.
- ✓ Anorexie Mentale, Boulimie .
- ✓ Anxiété généralisée.
- ✓ Trouble de la personnalité Antisociale.

Il est conçu pour évaluer les **symptômes** et les critères **diagnostiques** associés à ces troubles, ce qui permet aux professionnels de la santé mentale de poser un diagnostic précis et de proposer un traitement approprié en fonction **des résultats de l'évaluation**.

Le M.I.N.I. est organisé en modules, chacun identifié par une lettre correspondant à une catégorie **diagnostique** spécifique. Chaque module débute par une ou plusieurs questions ou filtres présentés dans un encadré gris, qui correspondent aux **critères principaux** du trouble en question. À la conclusion de chaque module, on trouve une ou plusieurs boîtes diagnostiques qui permettent au clinicien de déterminer si les critères diagnostiques sont remplis.

5. Déroulement de l'enquête et recueil de données :

L'enquête a débuté en mars 2023 et s'est étalée sur une période de 6 mois, en évitant délibérément les périodes d'examens des semestres (2, 4, 6, 8, 10) ainsi que des examens cliniques de la 7ème année, dans le but de minimiser toute influence potentielle sur la santé mentale des étudiants. Les données ont été collectées dans divers endroits fréquentés par les étudiants, notamment la bibliothèque de la faculté, la cafétéria universitaire et les hôpitaux locaux. Après avoir expliqué en détail l'objectif de l'étude et obtenu leur consentement, les réponses ont été recueillies sur place.

6. Méthode statistique :

✓ Saisie des données :

La saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel Redcap, un outil intuitif et sécurisé pour la conception et la gestion des enquêtes et des bases de données. Le CHU Mohamded IV est l'un des quatre partenaires institutionnels disposant de la licence d'utilisation de ce logiciel au Maroc.

✓ Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée en utilisant le logiciel SPSS version 21. Les résultats ont été présentés à travers des tableaux et des graphiques pour mettre en évidence les tendances.

❖ L'analyse descriptive :

- ✓ Les variables quantitatives ont été exprimées en termes de moyennes \pm écart-type.
- ✓ Les variables qualitatives ont été représentées en pourcentages.

❖ **L'analyse univariée :**

Nous avons employé :

- ✓ Le test de Student pour comparer les moyennes des groupes.
- ✓ Le test du chi-carré (χ^2) pour comparer les pourcentages.

❖ **L'analyse multivariée :**

- ✓ La régression linéaire multiple.
- ✓ La régression logistique.

7. Conflit d'intérêts :

Nous tenons à souligner qu'aucun conflit d'intérêts n'est associé à cette étude.

8. Les considérations éthiques :

Nous avons respecté les considérations éthiques en obtenant le consentement éclairé des participants avant l'administration des questionnaires. Aucun risque potentiel pour les participants n'a été identifié, et les données collectées ont été sécurisées dans le laboratoire de recherche de la faculté, avec un accès restreint aux membres de l'équipe de recherche

9. Comité d'éthique hospitalio-universitaire de Tanger :

Comité d'éthique hospitalio-universitaire de Tanger (CEHUT) numéro d'ordre 15/2023



I. Etude descriptive :

1. Les Caractéristiques Sociodémographiques

1.1. AGE

L'âge moyen des participants à l'étude était de **22,09** ans, avec un écart-type de **2,553** ans. La tranche d'âge la plus fréquente dans notre échantillon était celle de plus de **24** ans, avec des âges allant de **17 à 26** ans.

Tableau II : Taux de participation selon l'âge

Age	Nombre (n)	Pourcentage (%)
17 à 20 ans	46	23.2%
20 à 22 ans	37	18.6%
22 à 24 ans	37	18.6%
>ou égale 24	79	39,6 %
Total	199	100%

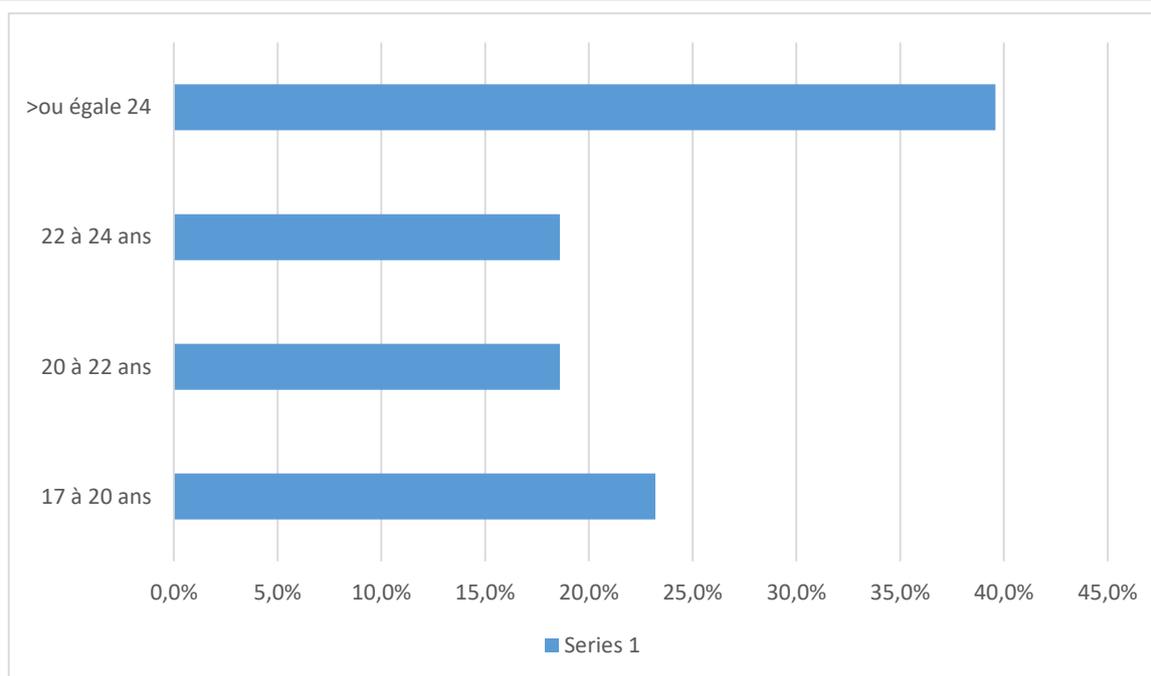


Figure 1 : Répartition des étudiants selon l'âge

1.2. NIVEAU D'ETUDE

L'étude la répartition des étudiants par année d'étude a révélé que la participation était la plus élevée pour les étudiants de 7eme année, représentant 32,2 % (64) du total des répondants, tandis que les étudiants de 6e année présentaient la participation la plus faible, soit 7,5 % (15).

Tableau III : Taux de participation selon le niveau d'étude

Année	Nombre (n)	Pourcentage (%)
1 ^{er} Année	28	14.1%
2 ^{eme} Année	25	12.6 %
3 ^{eme} Année	21	10.6%
4 ^{eme} Année	22	11.1%
5 ^{eme} Année	24	12.1 %
6 ^{eme} Année	15	7.5 %
7 ^{eme} Année	64	32.2 %
Total	199	100.0 %

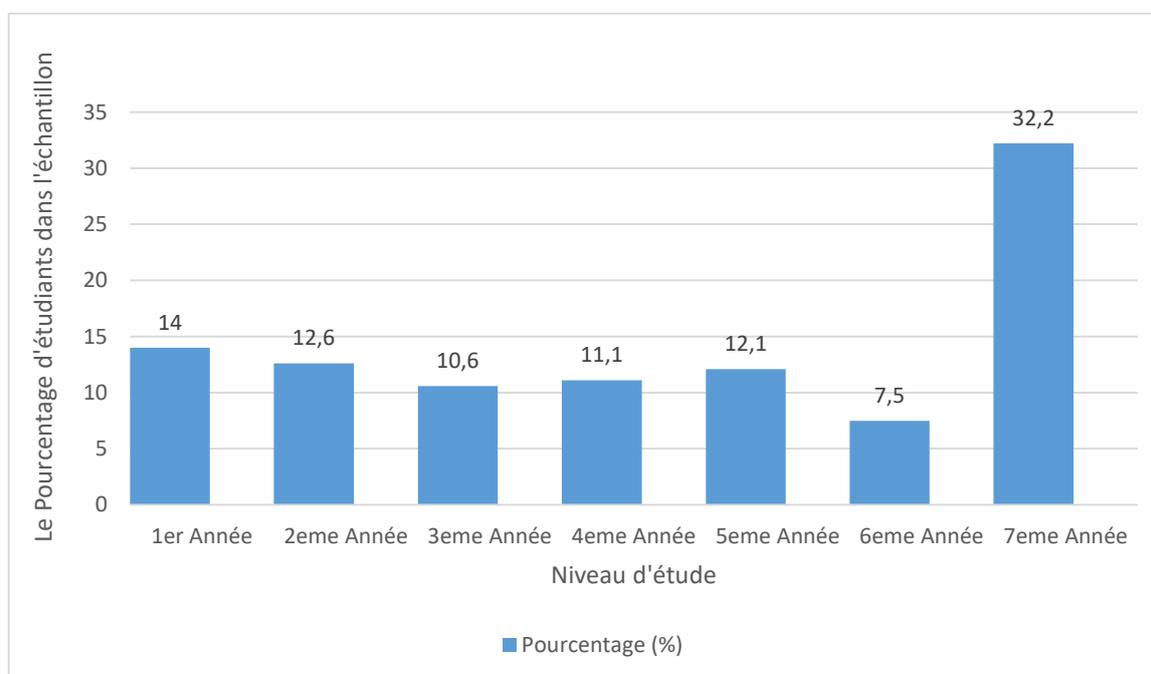


Figure 2 : Répartition des étudiants selon le niveau d'étude

1.3. GENRE :

Dans notre échantillon, les femmes représentaient 46,2 % (92) et les hommes 53,8 % (107), ce qui donne un sexe ratio hommes/femmes de 1,16 (N=199).

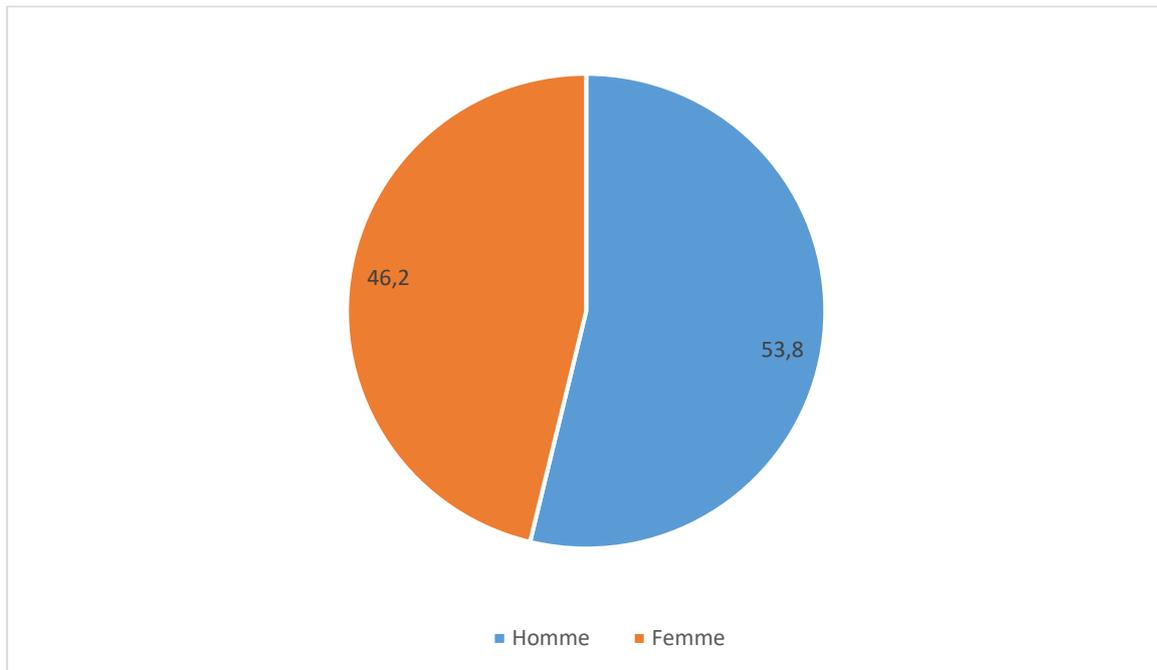


Figure 3 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon le genre

1.4. MILIEU DE RESIDENCE :

La majorité des participants provenaient d'un milieu urbain, soit **86,4 % (172)** de l'échantillon, tandis que **13,6 %** des étudiants habitaient dans un milieu rural (**27**).

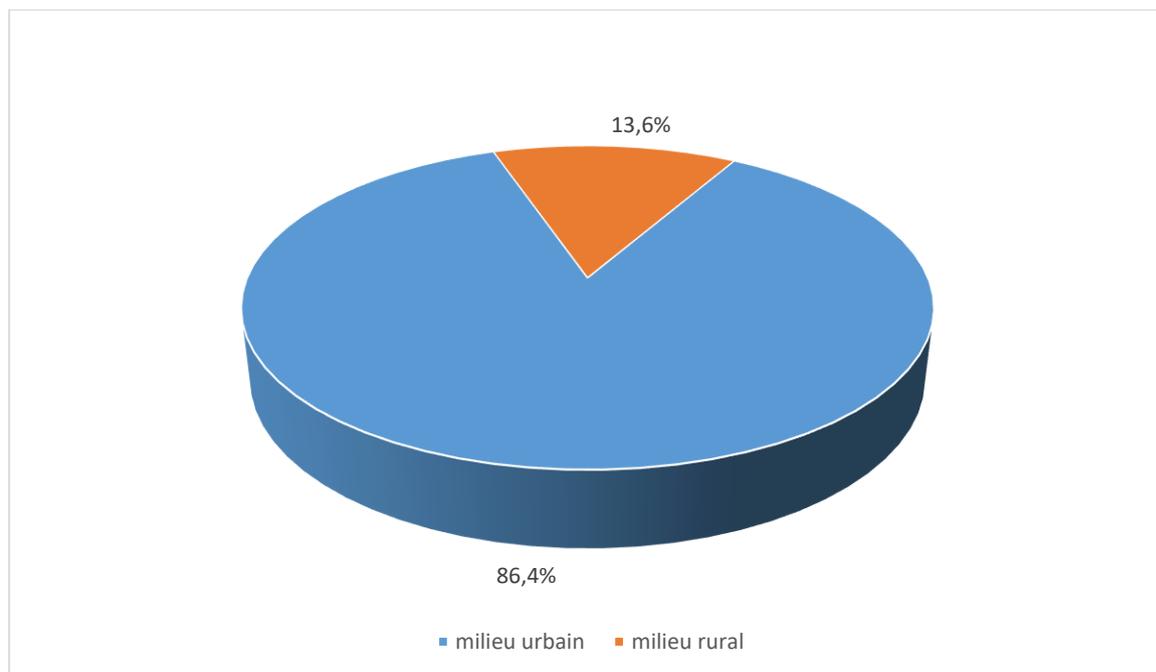


Figure 4 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon le milieu de résidence

1.5. NATIONALITE :

Il existe 6,5 % (n=13) des étudiants sont étrangers, le reste est de nationalité marocaine

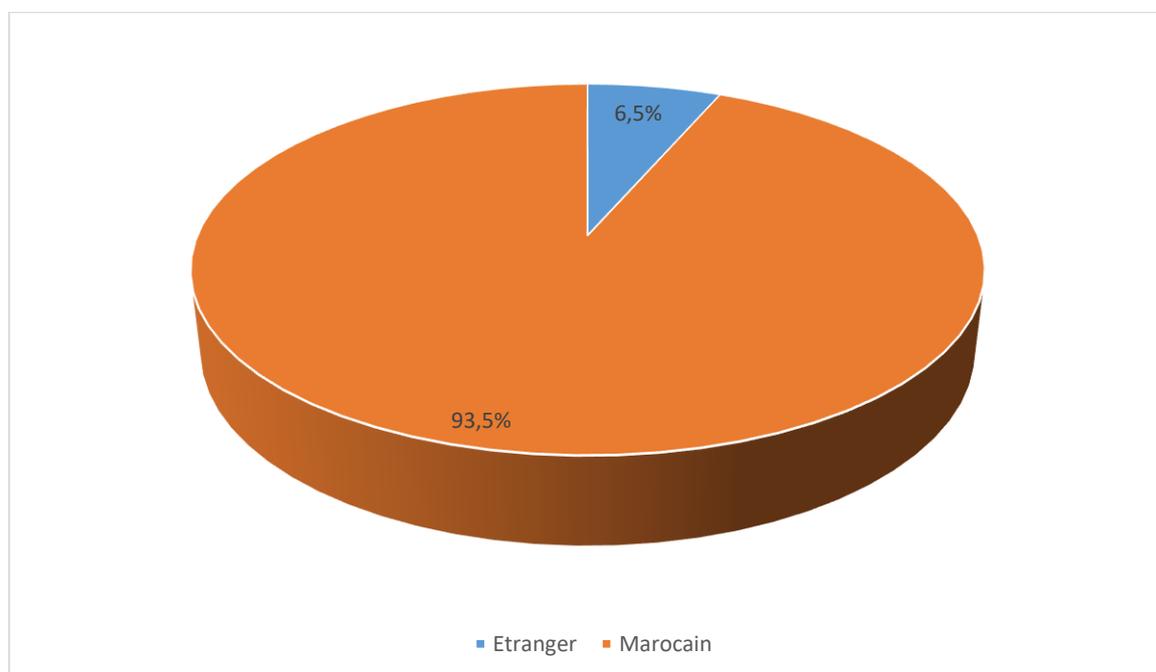


Figure 5 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la nationalité

1.6. SITUATION FAMILIALE :

La plupart des étudiants étaient célibataires **91.5%**, tandis que **8 %** étaient mariés et **0.5%** étaient séparés. Un étudiant marié a 2 enfants, les autres ont 0 enfant.

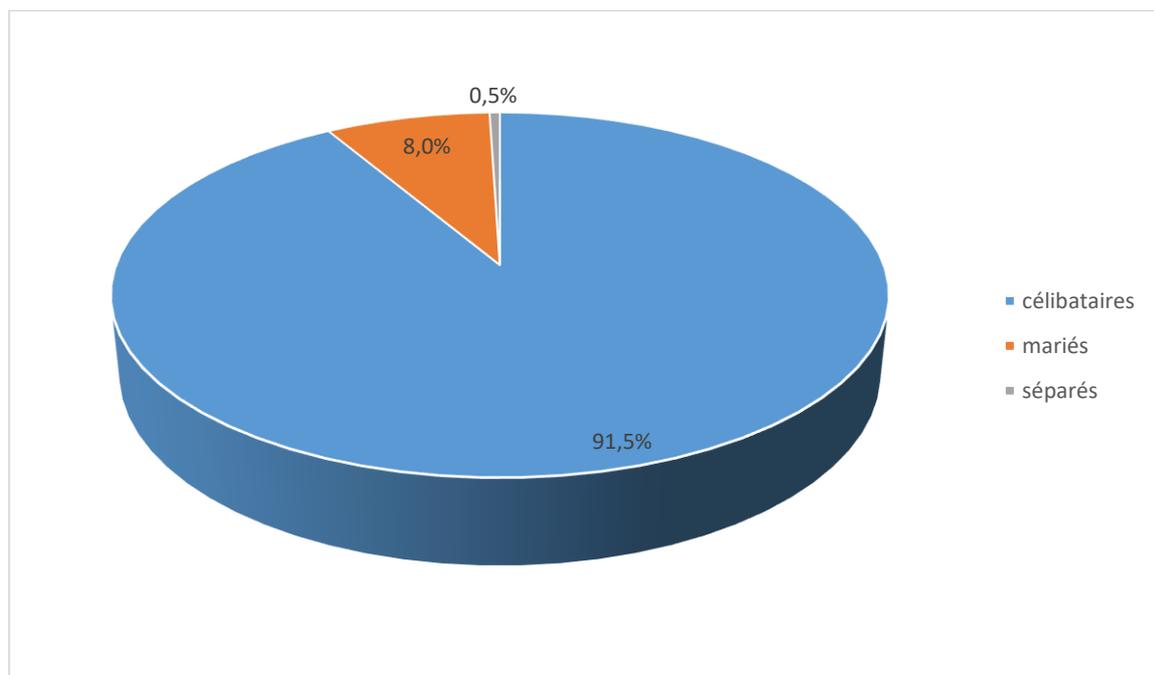


Figure 6 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la situation familiale

1.7. VIT AVEC QUI :

La majorité des étudiants vivent avec leur famille, **soit 59,3 % (n= 118)**, tandis que **35,7 % (n= 71)** vivent seuls. Le reste se divise avec **3,5 % (n= 7)** vivant dans le cité universitaire, **1 %(n=2)** avec leur mère et **0,5 % (n=1)** avec leur père.

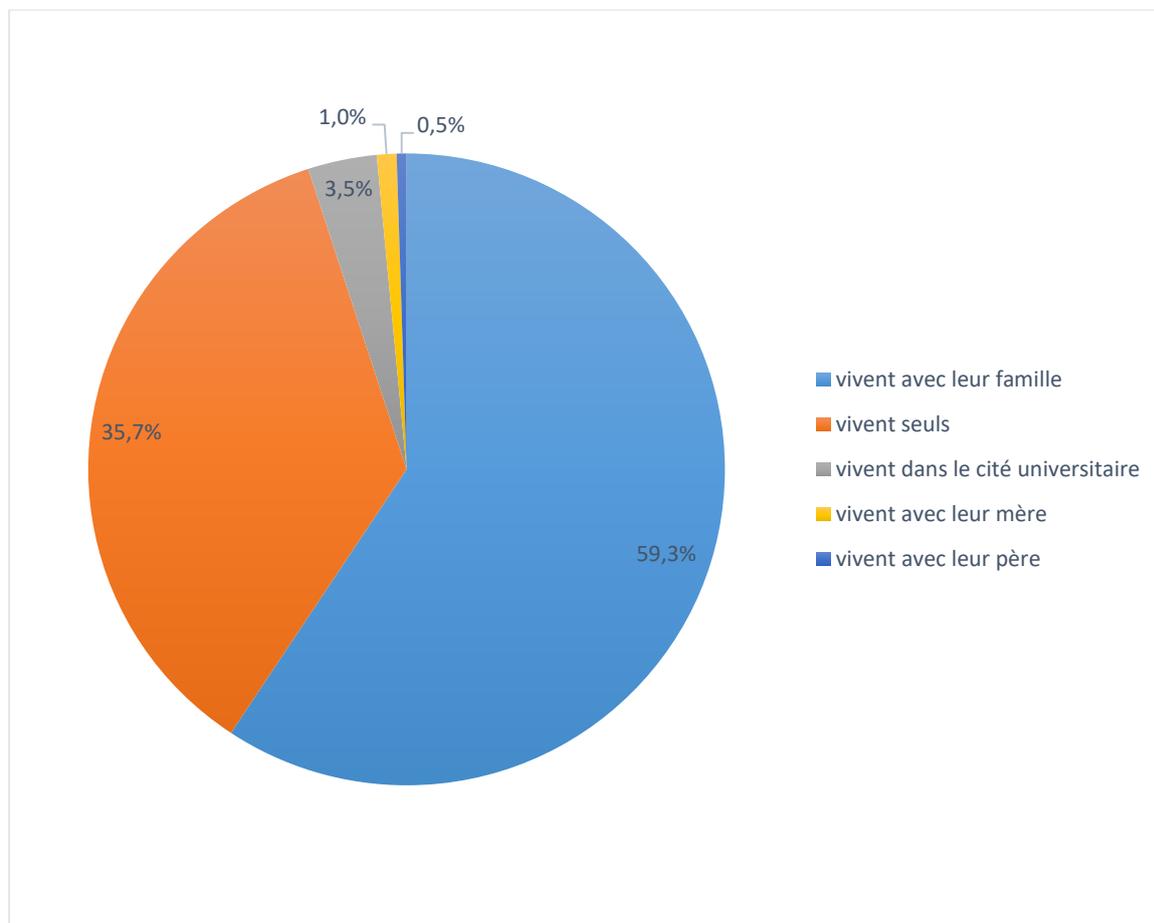


Figure 7 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon le logement

1.8. REVENU MENSUEL DE MENAGE

La médiane du revenu mensuel moyen est de 1500,0 Dh, avec des valeurs extrêmes allant de 0 Dh à 50 000 Dh.

1.9. SITUATION DES PARENTS

Parmi les étudiants de notre échantillon, 97 % (n=193) ont un père vivant, tandis que seulement 3 % (n=6) ont un père décédé et 97,5 % (n=194) ont une mère vivante, tandis que seulement 2,5 % (n=5) ont une mère décédée.

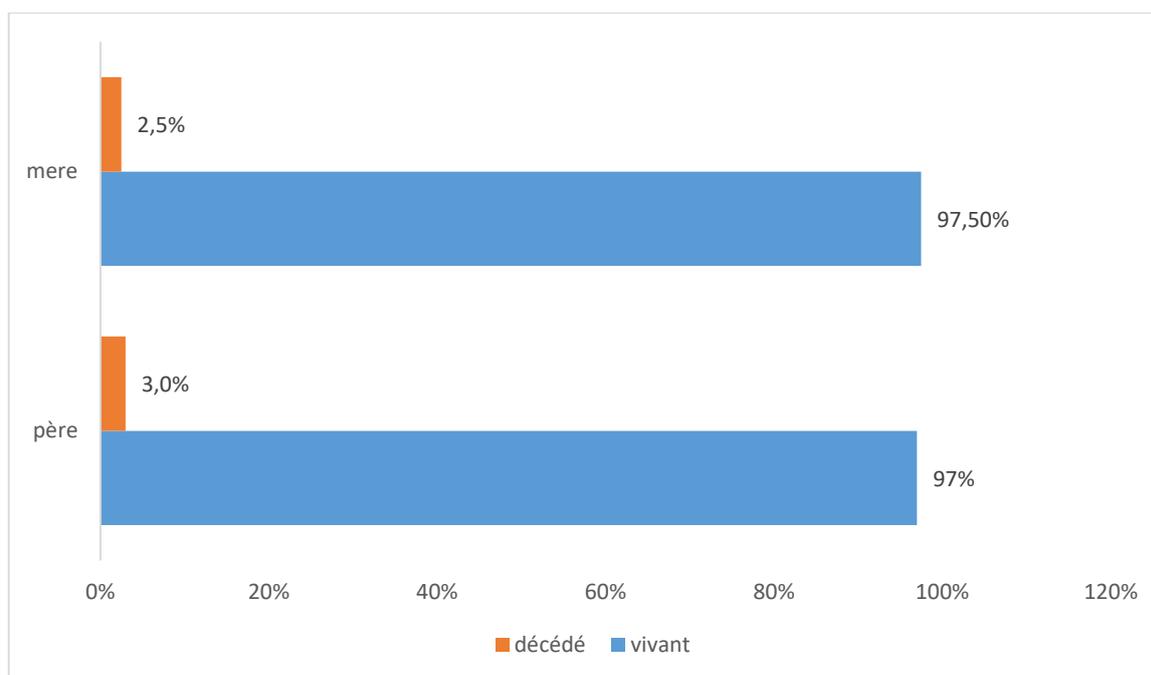


Figure 8 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la situation des parents

1.10. CONSOMMATION PARENTALE D'ALCOOL OU DE DROGUE

Seulement **2,5% (n=5)** des étudiants ont des parents qui consomment de l'alcool ou des drogues, tandis que la grande majorité, soit **97,5 % (n=194)** ont des parents qui ne consomment rien de tel.

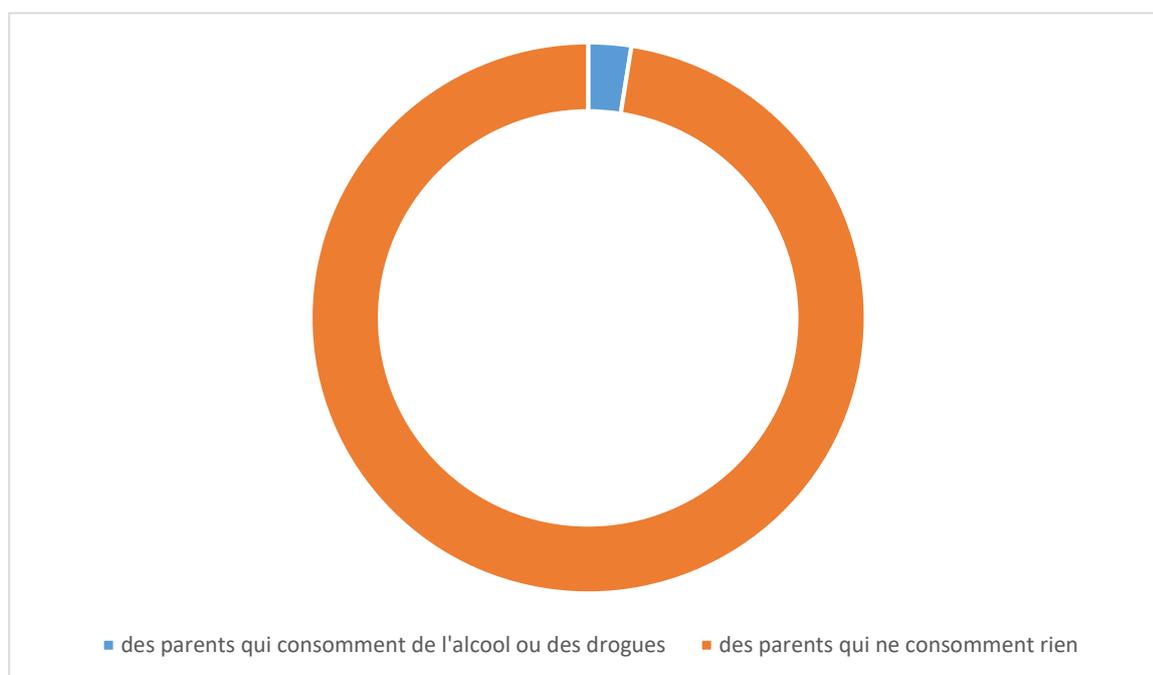


Figure 9 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la consommation parentale de drogue ou d'alcool

2. Conduites Addictives

2.1. CONSOMMATION DU TABAC

Dans notre échantillon, la prévalence totale du tabagisme s'élevait à **13,1% (n=26)**, se décomposant en :

- **1,5 % (n=3)** ont arrêté de fumer
- **11,6 % (n=23)** n'ont pas arrêté de fumer

L'âge moyen de début de consommation était de 17.32 ans

Tableau IV : Taux de participation selon la consommation du tabac

Étudiants		Nombre	Pourcentage
Non Consommateurs		173	86,6%
Consommateurs	Consommateurs Anciens	3	1,5%
	Consommateurs Actuels	23	11,6%
Total		199	100%

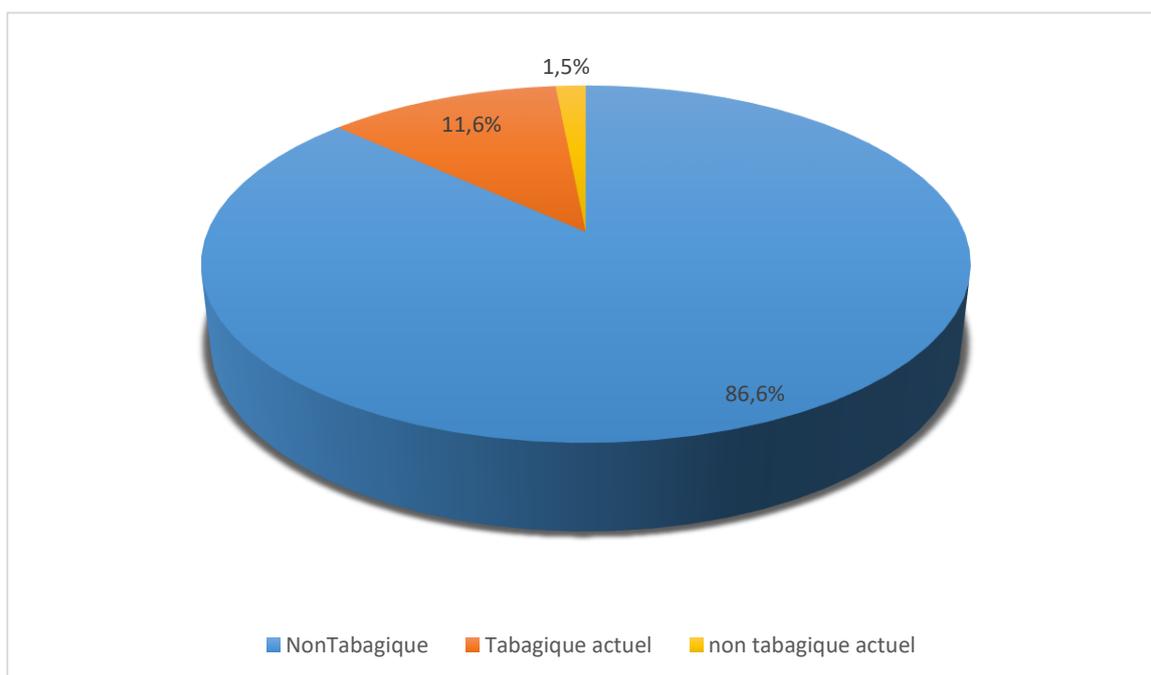


Figure 10 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon le tabagisme

2.2. CONSOMMATION D'ALCOOL

La prévalence globale de la consommation d'alcool dans notre échantillon était de **9%** (**n=18**), avec **4% (n=8)** des étudiants qui en consomment parfois et **1% (n=2)** d'étudiants qui en consomment souvent.

L'âge moyen de début de consommation était de 19,11

Tableau V : Taux de participation selon la consommation d'alcool

Étudiants	Nombre	Pourcentage
Non Consommateurs	181	91 %
Une seule fois dans la vie	4	2%
Parfois	8	4%
Souvent	2	1%

2.3. CONSOMMATION DU CANNABIS

La prévalence globale de la consommation du Cannabis dans notre échantillon était de **8%** (**n=16**), avec **6,5% (n=13)** des étudiants qui en consomment parfois et **0,5% (n=1)** d'étudiants qui en consomment souvent et **0,5 % (n=1)** qui consomment les Cannabis Chaque jours

L'âge moyen de début de consommation était de 19 ans.

Tableau VI : Taux de participation selon la consommation du cannabis

Étudiants	Nombre	Pourcentage
Non Consommateurs	183	92 %
Une seule fois dans la vie	1	0,5 %
Parfois	13	6,5 %
Souvent	1	0,5 %
Chaque jour	1	0,5 %
Total	199	100%

2.4. CONSOMMATION D'AUTRE SUBSTANCE

Les autres substances les plus consommées sont codéine et opiaces avec une prévalence de 0.5 %.

2.5. DES JEUX COMPULSIFS

Un pourcentage de **13,6 %** des étudiants jouent à des jeux compulsifs alors que **76,4 %** n'en jouent pas

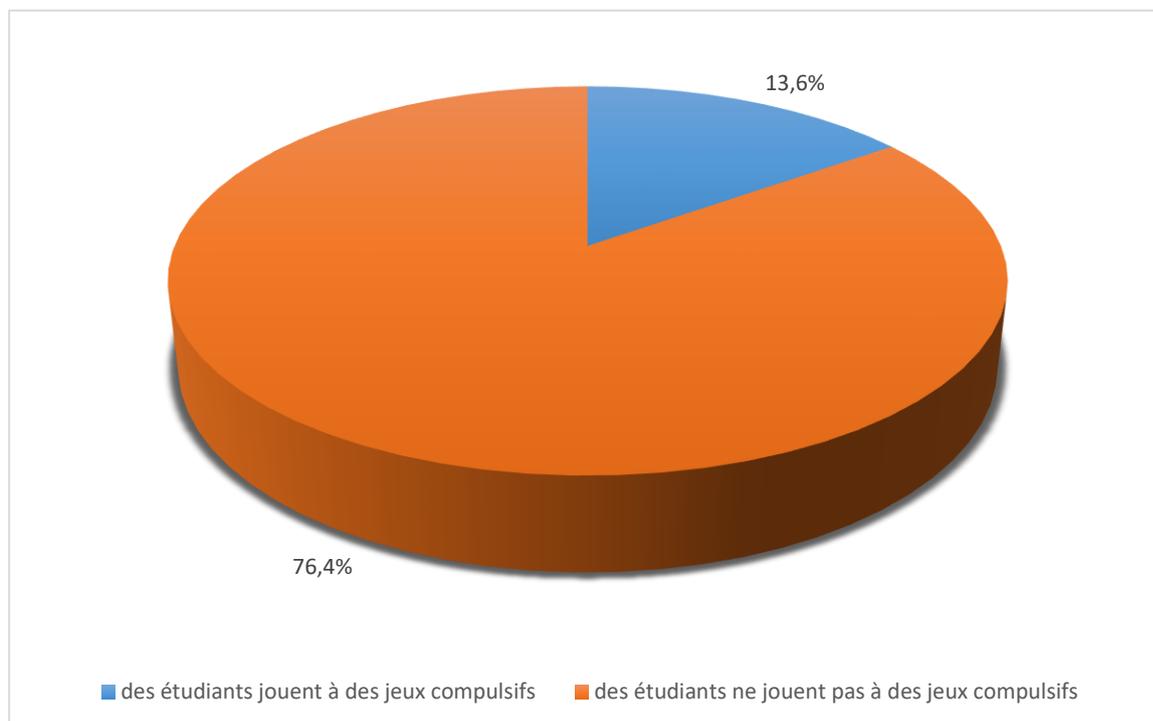


Figure 11 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon le jeu avec des jeux compulsifs

3. Les Antécédents et Biographie

3.1. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUE PERSONNELS

Parmi les étudiants de notre échantillon, **4,5% (n=9)** avaient des antécédents personnels en psychiatrie, tandis que **95,5% (n=190)** ne présentaient aucun antécédent psychiatrique. L'antécédent le plus courant était La dépression, observée chez **1,5% (n=3)** des participants, suivie de l'anxiété, présente chez **1% (n=2)** d'entre eux.

Dix étudiants, soit **4,5 %** de l'échantillon, ont pris ou prennent des médicaments pour traiter la dépression, l'anxiété ou la toxicomanie.

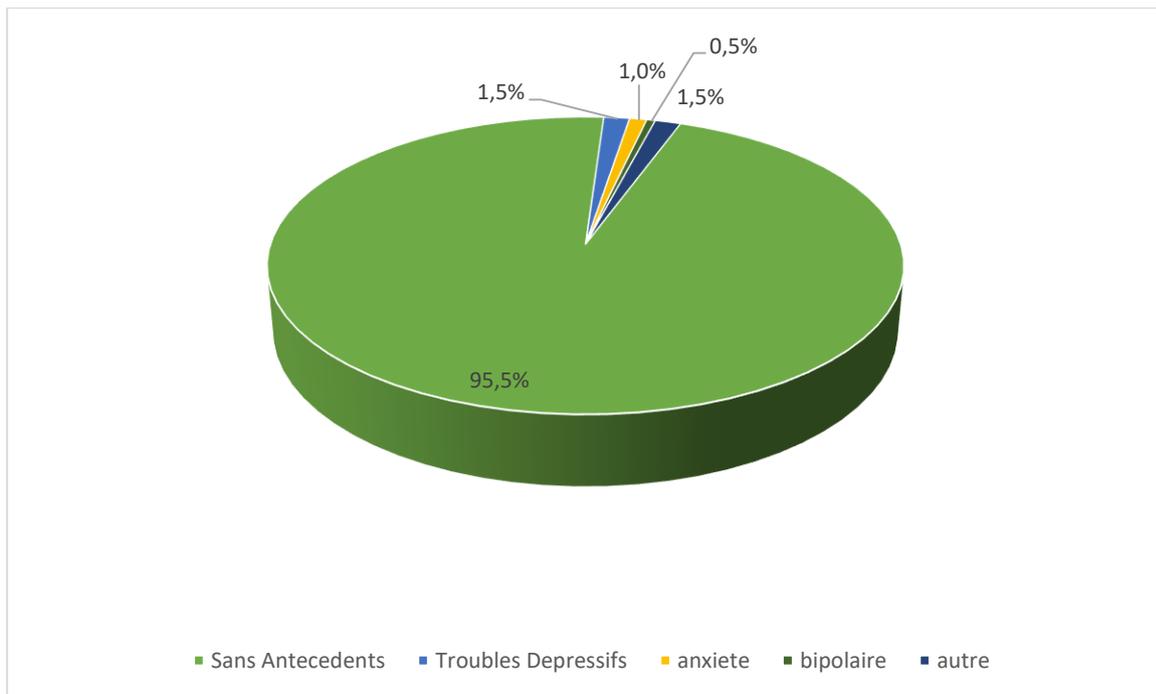


Figure 12 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les antécédents psychiatriques personnels

3.2. ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS

Il existe **9,5 % (n=19)** des étudiants sont actuellement suivis pour des problèmes médicaux, les pathologies les plus courantes étant **l'asthme 1% et l'anémie 1%**.

Le reste est suivi pour plusieurs pathologies telles que : **Côlon Irritable 1%, diabète 0,5 %, urticaire chronique 0,5 % et autre.**

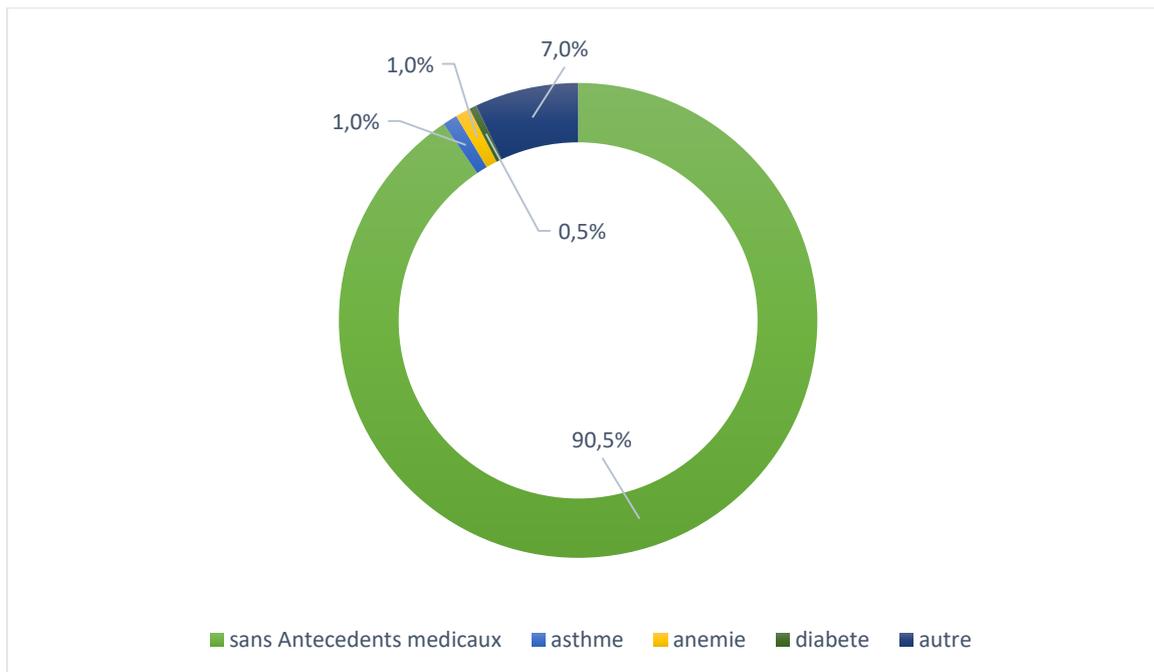


Figure 13 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les antécédents médicaux personnels

Un taux de **6 %** des étudiants prennent des médicaments pour leurs pathologies

Les médicaments les plus utilisés :

- Supplémentation en Fer pour **2%** de l'échantillon
- Les Bronchodilatateurs (salbutamol) pour **0,5 %** de l'échantillon
- Les Antihistaminique : **0,5 %** de l'échantillon
- L'insuline : **0,5%** de l'échantillon

3.3. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

Un taux de 10,1 % (n=20) des étudiants ont un membre de leur famille proche suivi pour un problème psychiatrique, tandis que **89,9 %** n'en ont pas.

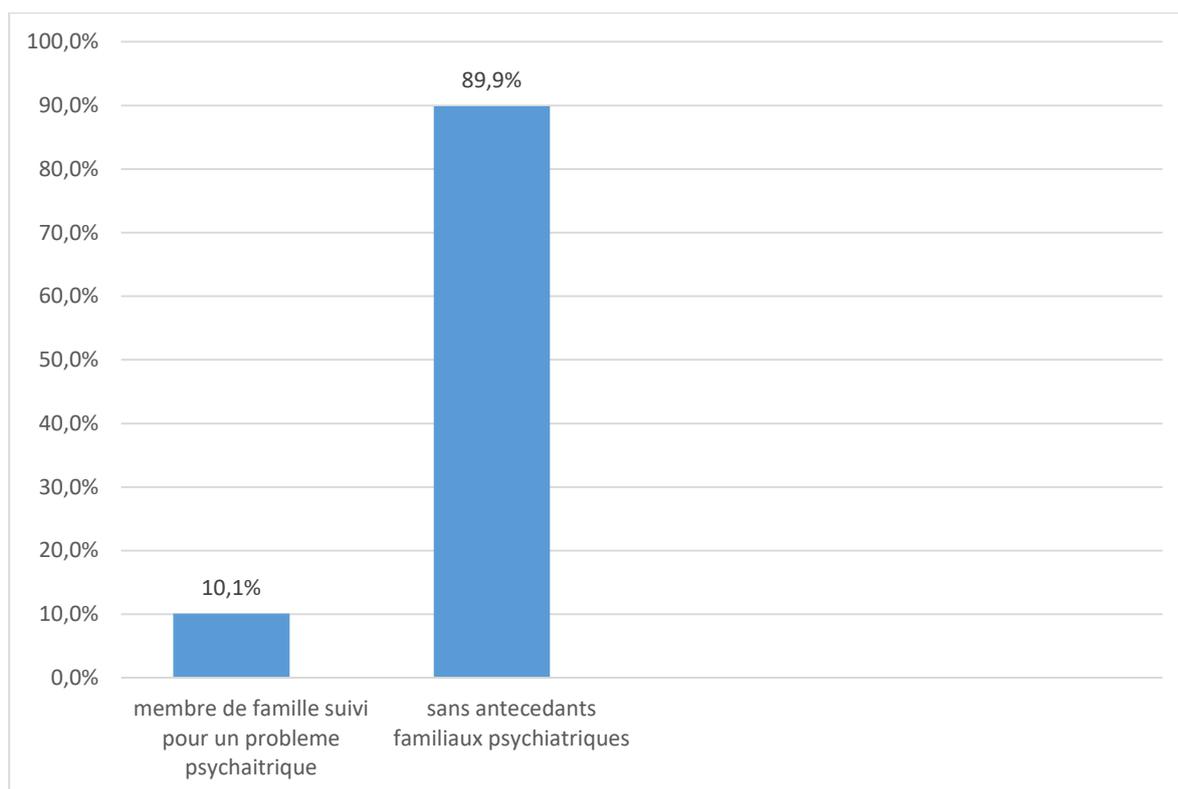


Figure 14 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les antécédents psychiatriques familiaux

3.4. ANTECEDENTS JUDICIAIRES

Environ de 2 % (n=4) des cas ont déjà eu des problèmes avec la police, et tous ces étudiants n'ont eu ce problème qu'une seule fois.

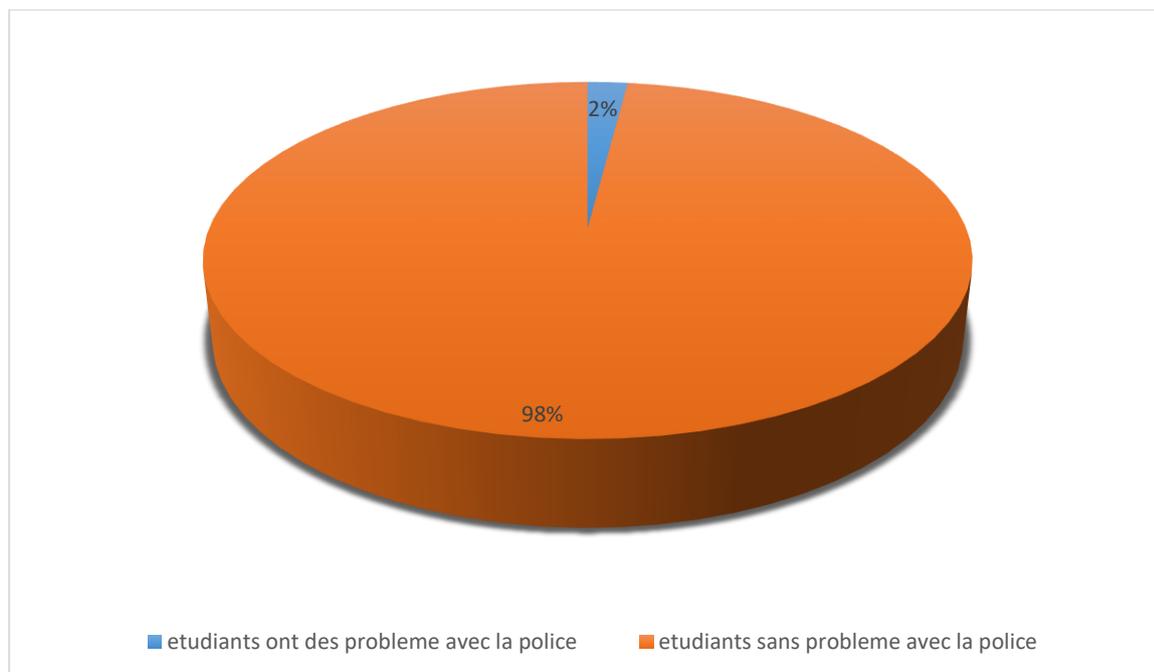


Figure 15 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les antécédents judiciaires

3.5. LES PARENTS

Presque la quasi-totalité des étudiants (**99,5%**) ont grandi avec des parents biologiques sauf un seul étudiant (**0,5%**)

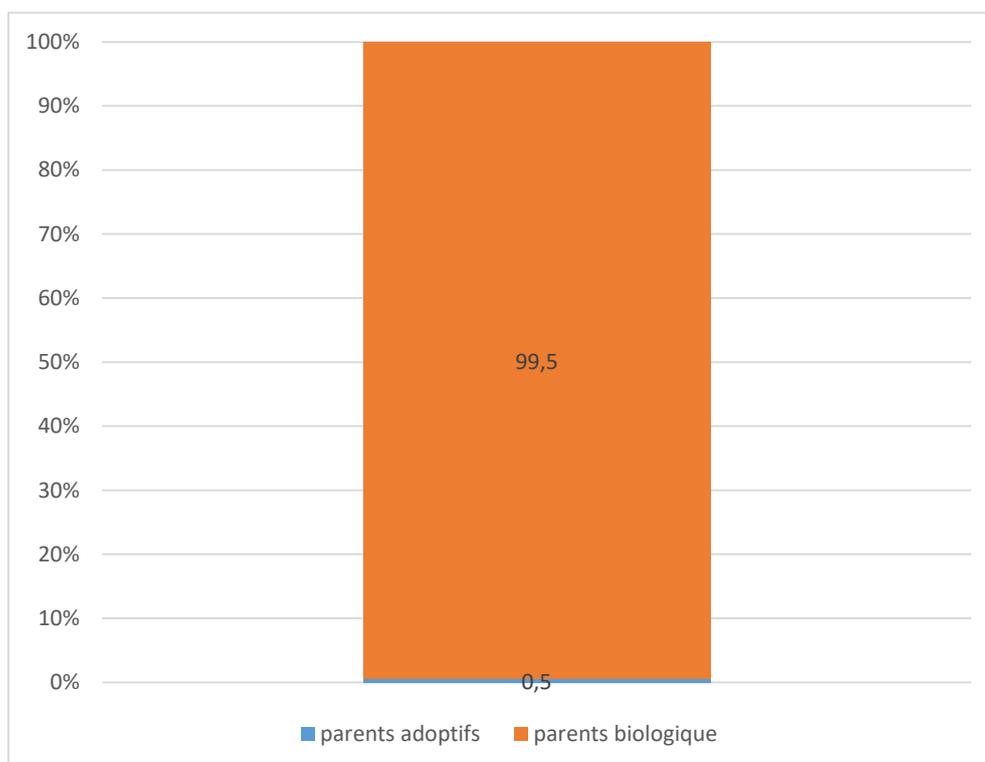


Figure 16 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les parents

3.6. LES VIOLENCES

Tableau VII : Taux de participation selon les violences

	Prévalence		Répétition de la violence		Par qui
	n	%	n	%	
Violence physique	28	14,1	13	6,5	12 % (n=24) par les parents (85% des violences physiques) Autres = entourage , école..
Violence psychique	22	11,1	14	7	10,1 % (n=20) Par les parents (90% des violences psychiques) Autres = entourage , école..
Violence sexuelle	1	0,5	1	0,5	L étudiant n'a pas répondu à cette question

3.7. LES EVENEMENTS NEGATIFS DURANT L'ENFANCE

Un pourcentage de **10,6% (n=21)** des étudiants ont vécu un événement négatif marquant au cours de leur enfance ou de leur adolescence, parmi lesquels, le plus fréquent, à hauteur de **4 %**, est le décès d'un être cher.

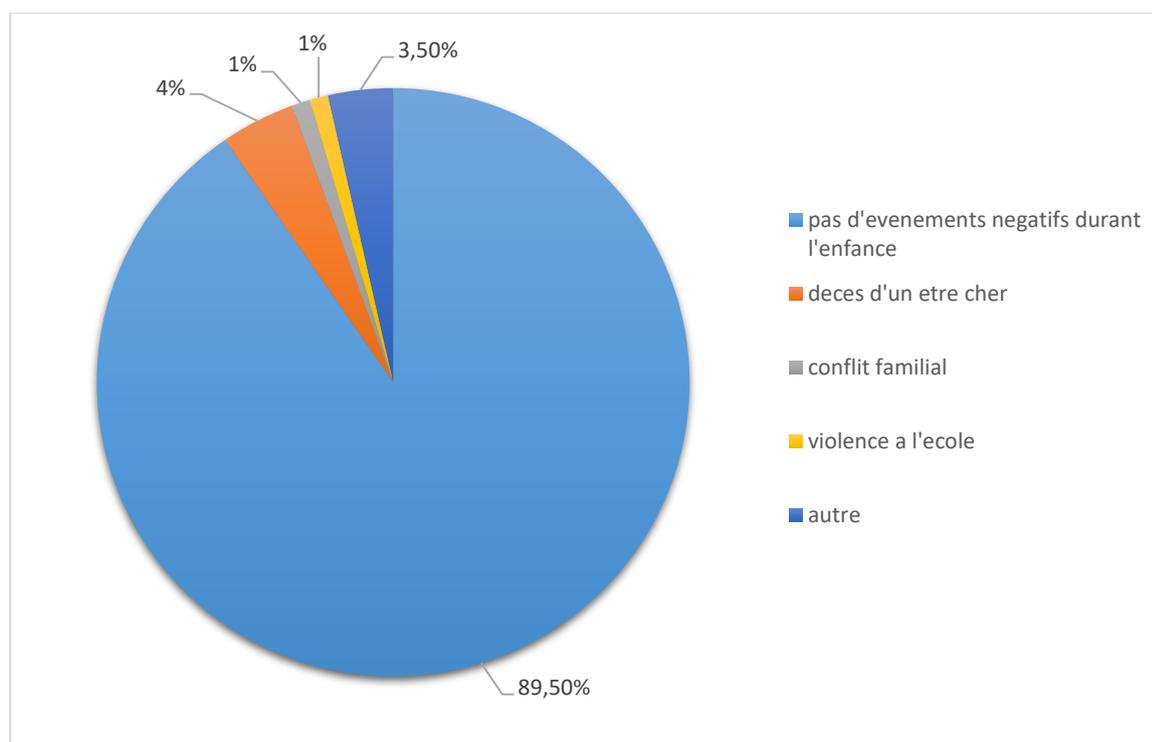


Figure 17 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon les évènements négatifs durant l'enfance ou l'adolescence

Tableau Récapitulatif VIII : les données de la fiche d'exploitation des étudiants de notre échantillon

Caractéristique	Effectif	pourcentage
Niveau d'étude :		
- 1ere année	28	14.1%
- 2eme année	25	12.6 %
- 3eme année	21	10.6%
- 4eme année	22	11.1%
- 5eme année	24	12.1 %
- 6eme année	15	7.5 %
- 7eme année	64	32.2 %
Age :		
- 17 à 20 ans	46	23,2%
- 20 à 22 ans	37	18.6%
- 22 à 24 ans	37	18.6%
- >ou égale 24	79	39,6 %
Situation des parents :		
❖ Père Vivant	191	97%
❖ Mère Vivante	192	97,5%

❖ Père décédé	6	3%
❖ Mère décédée	5	2,5%
Conduites addictives :		
❖ Consommation d'alcool		
✓ Oui	18	9%
✓ Non	181	91%
❖ Consommation de tabac		
✓ Oui	26	13%
✓ Non	173	87%
❖ Consommation de Cannabis		
✓ Oui	16	8%
✓ Non	183	92%
❖ Consommation d'autre substances		
✓ Oui	1	0,5 %
✓ Non	198	99,5%
❖ Les jeux Compulsifs		
✓ Oui	27	13,5%
✓ Non	172	86,5%
Les antécédents :		
❖ Antécédents psychiatrique personnels		
✓ Oui	9	4,5%
✓ Non	190	95,5%
❖ Antécédents Médicaux personnels		
✓ Oui	19	9,5%
✓ Non	180	90,5%
❖ Antécédents psychiatriques familiaux		
✓ Oui	20	10%
✓ Non	179	90%
❖ Antécédents judiciaires		
✓ Oui	4	2%
✓ Non	195	98%
Les violences :		
❖ Violence physique		
✓ Oui	28	14%
✓ Non	171	76%
❖ Violence psychique		
✓ Oui	22	11%
✓ Non	177	89%
❖ Violence sexuelle		
✓ Oui	1	0,5%
✓ Non	198	99,5%
Les évènements négatifs durant votre enfance ou adolescence :		
✓ Oui	21	10,6%
✓ Non	178	89,4%

4. La Prévalence des troubles dépressifs.

La prévalence de la dépression chez les étudiants de la FMPT est de 32,1 %. Cela signifie que parmi les **199** étudiants de l'échantillon, 64 d'entre eux ont été identifiés comme souffrant au moins d'un trouble dépressif.

La prévalence de l'épisode dépressif majeur dans l'échantillon étudié est de :

- **11,1 % (n=22)** ont actuellement un épisode dépressif majeur.
- **17,5 % (n=35)** ont connu un épisode dépressif majeur dans le passé.
- **7,5 % (n=15)** ont présenté un épisode dépressif majeur (passe ou actuel) avec des caractéristiques mélancoliques.

La prévalence de la dysthymie est de **10,6% (21 cas)**.

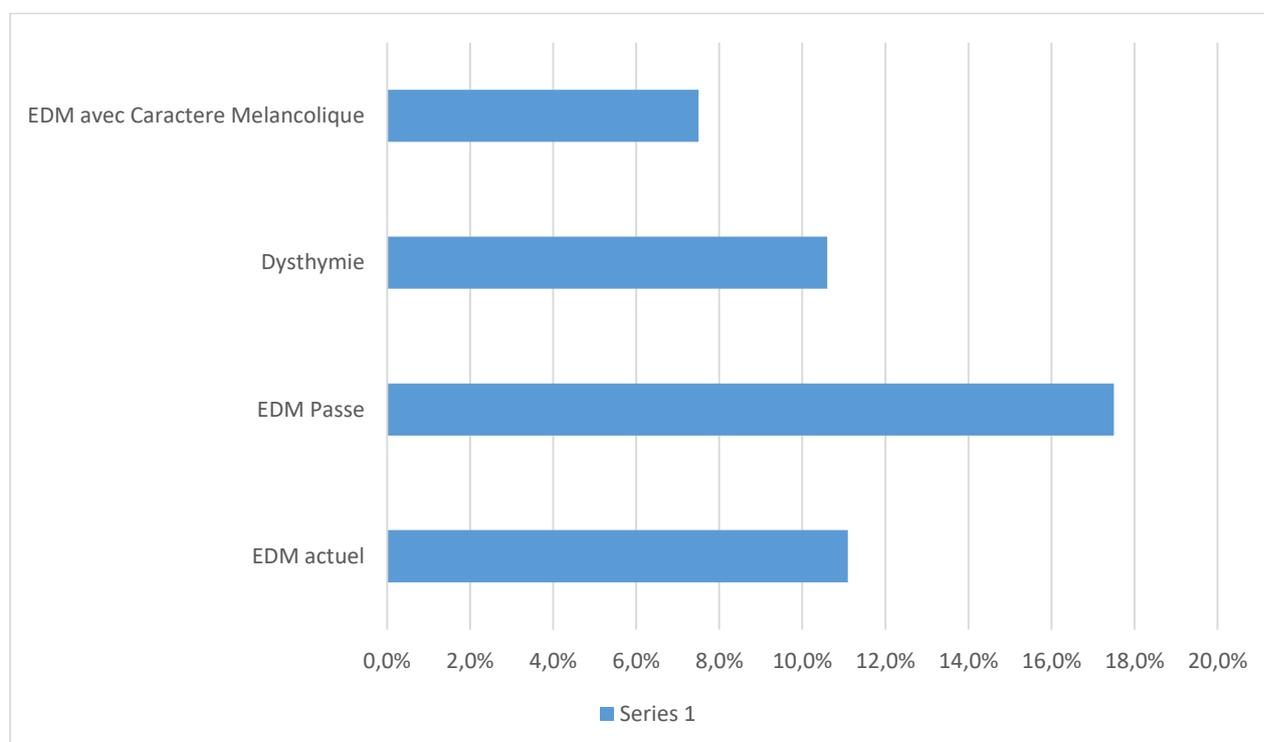


Figure 18 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la prévalence des troubles dépressifs

5. Prévalence du risque suicidaire :

Parmi les étudiants inclus dans notre échantillon, 4,5 %, soit 9 étudiants, présentent un risque suicidaire, tandis que 95,5 %, soit 190 étudiants, ne présentent pas de risque suicidaire. Dont 3,5%(n=7) Présentent un risque léger 1,5%(n=3) un risque moyen et 0,5%(n=1) un risque élevé.

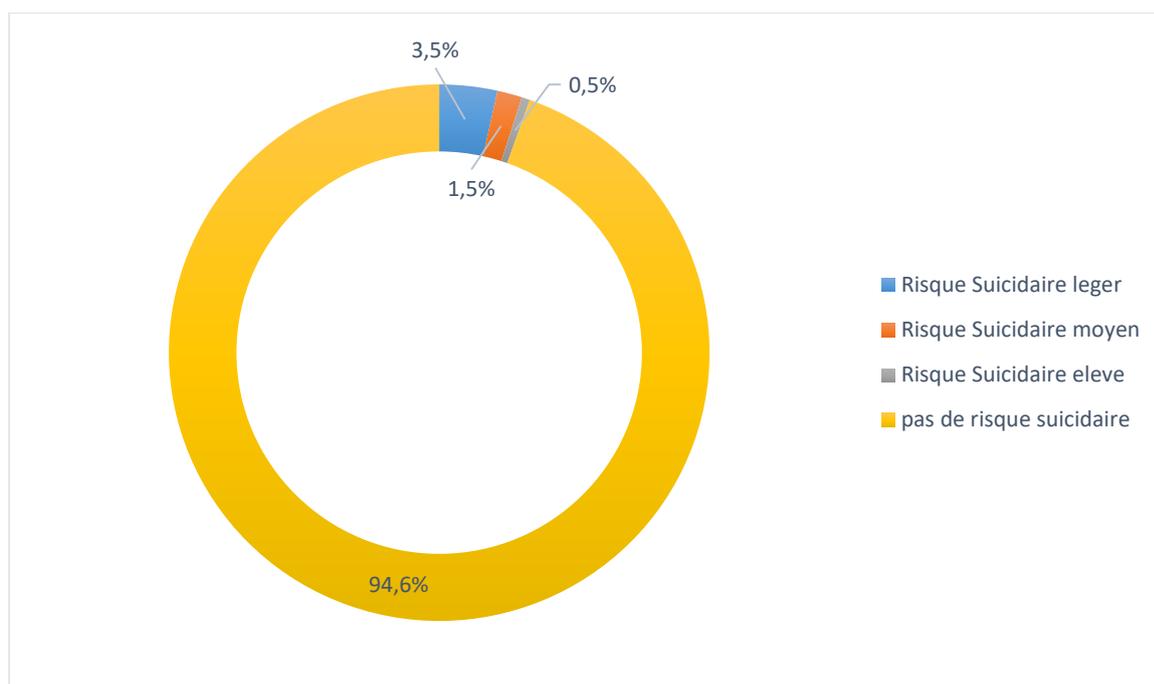


Figure 19 : Répartition des étudiants de l'échantillon selon la prévalence du risque suicidaire

Tableau récapitulatif IX : la prévalence des troubles dépressifs et risque suicidaire de notre échantillon

Troubles	Effectifs	Pourcentages
Episode Dépressif Majeur :		
❖ Actuel		
• Oui	22	11,1%
• Non	177	88,9%
❖ Passe		
• Oui	35	17,5%
• Non	165	82,5%
❖ Avec Caractère mélancolique		
• Oui	15	7,5%
• Non	184	92,5%
Dysthymie		
• Oui	21	10,6%
• Non	178	89,4%
Risque Suicidaire		
❖ Oui	9	4,5%
❖ Non	190	95,5%

II. Etude Analytique

A. ANALYSE UNIVARIEE

1. L'étude de la dépression :

a. Comparatif de la dépression en fonction du sexe :

Un Pourcentage de **57.1%** des personnes qui ont un trouble dépressif sont des hommes alors que **42,9 %** sont des femmes

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la prévalence des troubles dépressifs et le sexe (Valeur $p > 0.05$)

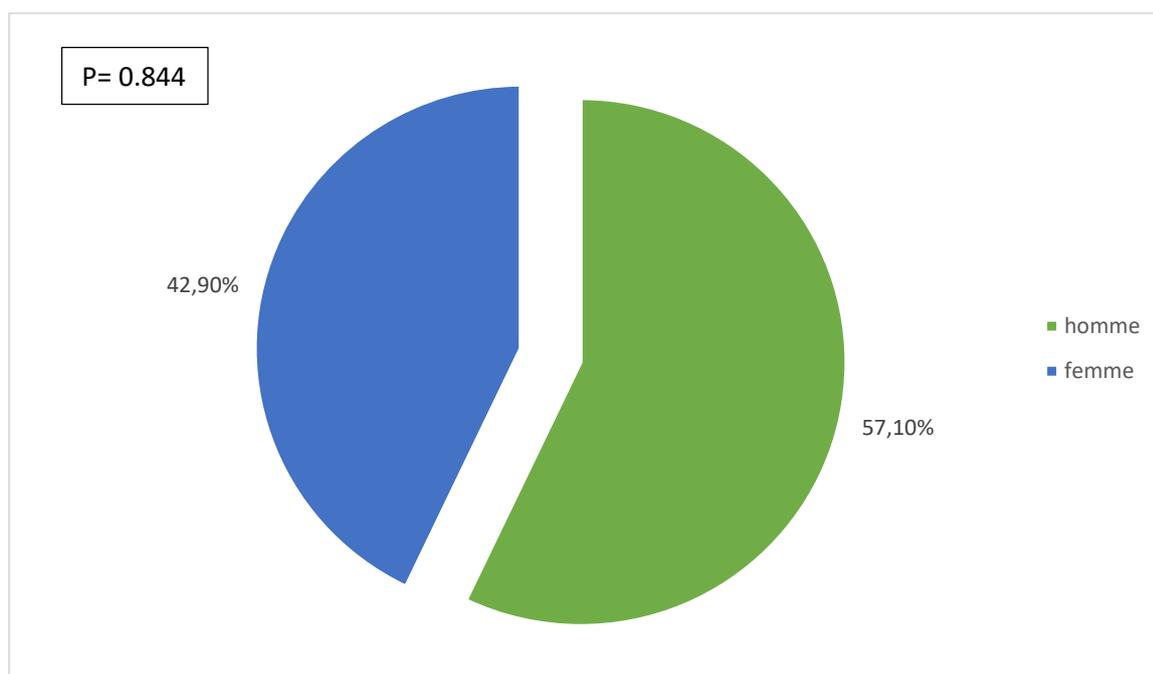


Figure 20 : la répartition des cas qui ont un trouble dépressif en fonction du sexe

b. Comparatif de la dépression en fonction Niveau d'études :

La répartition selon le niveau d'études des étudiants déprimés a mis en évidence les résultats suivants :

- ❖ **30,4 %** des troubles dépressifs sont présents chez Les étudiants du 1er cycle.
- ❖ **28.6 %** des troubles dépressifs sont présents chez Les étudiants du 2eme cycle.
- ❖ **41.1 %** des troubles dépressifs sont présents chez Les étudiants du 3eme cycle.

- ❖ Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la prévalence des troubles dépressifs et le niveau d'études (Valeur $p > 0.05$).

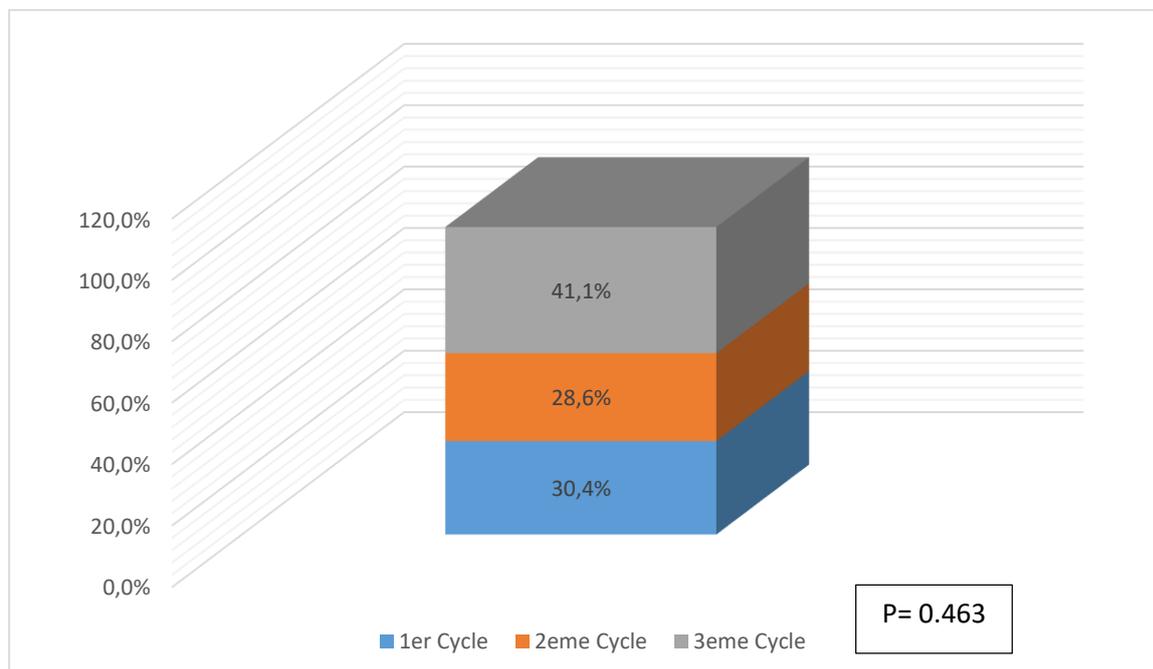


Figure 21 : la répartition des étudiants qui ont un trouble dépressif en fonction du niveau d'études

c. Comparatif de la dépression en fonction du logement :

La plupart des étudiants déprimés (62,5 %) vivent avec leur famille, tandis que 37,5 % des étudiants souffrant de troubles dépressifs vivent seuls.

La relation entre la prévalence des troubles dépressifs et le mode du logement n'est pas statistiquement significative ($p > 0.05$)

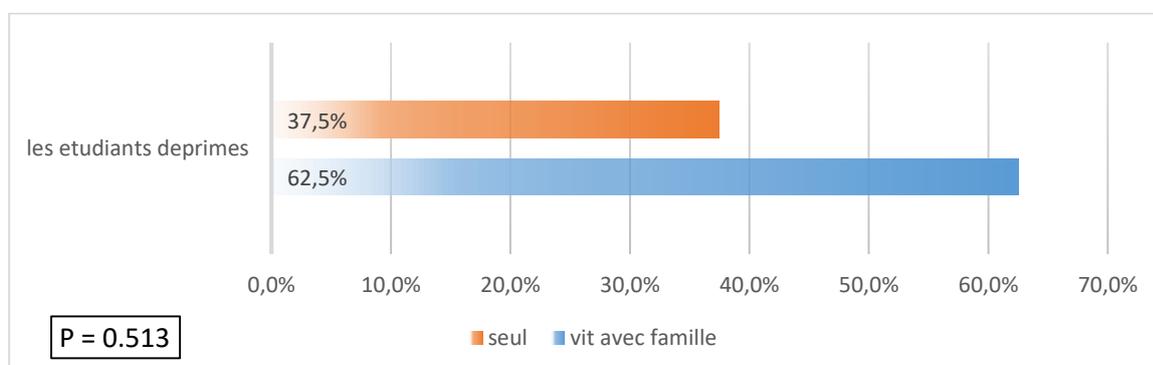


Figure 22 : la répartition des étudiants déprimés en fonction du logement

d. Comparatif de la dépression en fonction de la Situation des parents :

❖ **Parents divorces**

Il existe 5.4% des étudiants déprimés ont des parents divorcés, tandis que 94.6% des étudiants atteints de troubles dépressifs ont des parents non séparés.

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la prévalence des troubles dépressifs et le divorce des parents (Test de Fisher non significatif, $p > 0.05$).

❖ **Décès d'un parent**

Tous les étudiants déprimés ont des parents vivants.

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la prévalence des troubles dépressifs et le décès d'un parent (Test de Fisher non significatif, $p > 0.05$).

e. Comparatif de la dépression en fonction du milieu de résidence :

Un pourcentage de 19.6% des étudiants déprimés vivent en milieu rural, tandis que 80.4% des étudiants ayant un trouble dépressif résident en milieu urbain.

La relation entre la prévalence des troubles dépressifs et le milieu de résidence n'est pas statistiquement significative ($p > 0.05$)

f. Comparatif de la dépression en fonction du revenu mensuel de ménage

Le revenu moyen des étudiants déprimés est de 7404.5 MAD, avec un écart type de 14303.7 MAD, Cependant les étudiants sans trouble dépressif ont un revenu moyen de 2159.6 MAD, avec un écart type de 3928.5 MAD.

Il y a une association statistiquement significative entre la présence des troubles dépressifs et le revenu mensuel de ménage. (**$p < 0.017$**)

g. Comparatif de la dépression en fonction du consommation parentale d'alcool ou de drogue :

Environ de 3.6 % des étudiants déprimés ont des parents qui consomment d'alcool ou drogue, tandis que 96.4% des étudiants ayant des parents qui ne consomment pas l'alcool ou drogue.

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la prévalence des troubles dépressifs et la consommation parentale d'alcool ou de drogue n'est pas statistiquement significative (Test de Fisher non significatif, $p > 0.05$).

h. Répartition des troubles dépressifs selon les antécédents :

❖ Antécédents médicaux personnels :

Les étudiants déprimés ayant des antécédents médicaux représentent 19.2% des étudiants atteints de troubles dépressifs, tandis que les étudiants non déprimés et avec antécédents médicaux représentent 6.5% des étudiants sans troubles dépressifs.

La relation entre la présence des troubles dépressifs et les antécédents médicaux est statistiquement significative ($p < 0.019$)

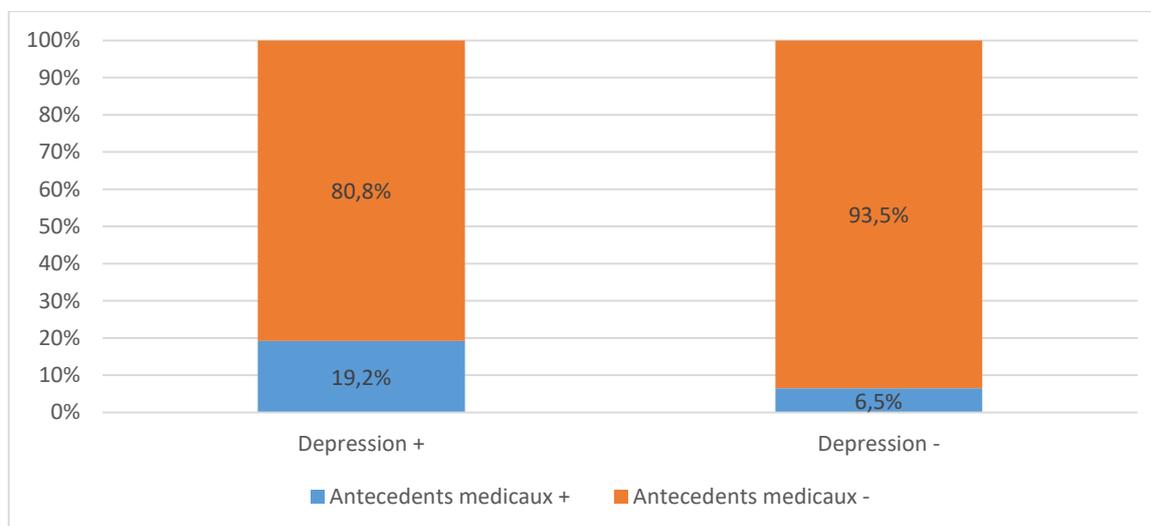


Figure 23 : la répartition des étudiants déprimés et non déprimés en fonction des antécédents médicaux

❖ Antécédents psychiatriques personnels :

Les étudiants déprimés ayant des antécédents psychiatriques représentent 14.3% des étudiants atteints de troubles dépressifs, tandis que les étudiants non déprimés et avec antécédents psychiatriques représentent 0.9 % des étudiants sans troubles dépressifs.

La relation entre la présence des troubles dépressifs et les antécédents psychiatriques est statistiquement très significative ($p < 0.001$)

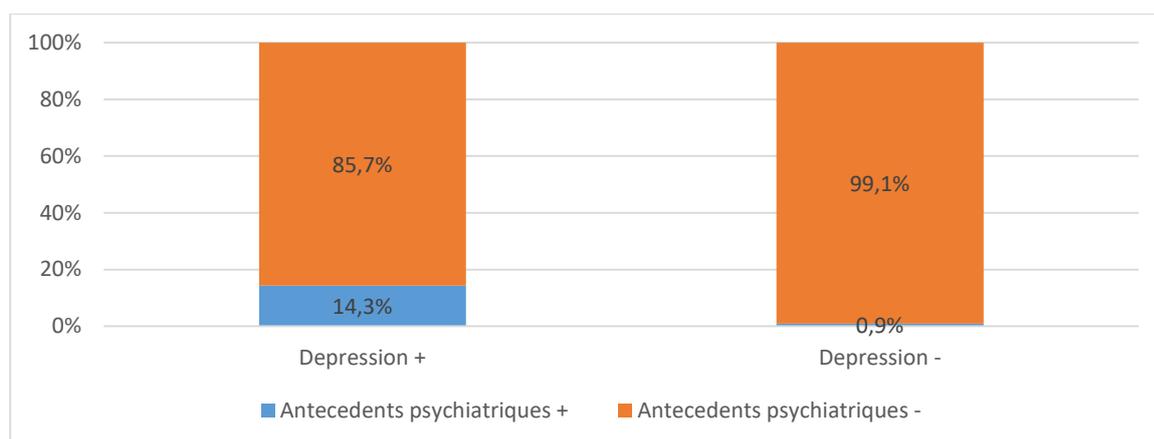


Figure 24 : la répartition des étudiants déprimés et non déprimés en fonction des antécédents psychiatriques personnels

❖ **Antécédents psychiatriques familiaux :**

Les étudiants déprimés ayant des antécédents psychiatriques familiaux représentent 23.2% des étudiants atteints de troubles dépressifs, et les étudiants non déprimés et avec antécédents psychiatriques familiaux représentent 6 % des étudiants sans troubles dépressifs.

La relation entre la présence des troubles dépressifs et les antécédents psychiatriques est statistiquement très significative ($p < 0.001$)

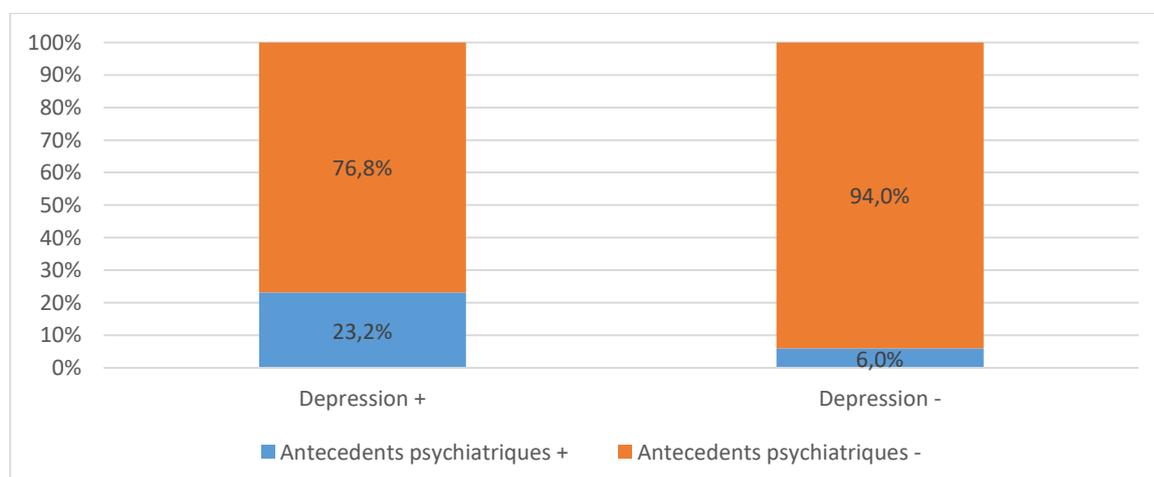


Figure 25 : la répartition des étudiants déprimés et non déprimés en fonction des antécédents psychiatriques familiaux

i. Comparatif de la dépression en fonction des Conduites addictives :

❖ **Alcool**

Un Taux de **13.5%** des étudiants déprimés consomment de l'alcool, tandis que **86.5%** des étudiants ayant un trouble dépressif ne le consomment pas.

La relation entre la présence des troubles dépressifs et la consommation d'alcool n'est pas statistiquement significative (**$p > 0.05$**)

❖ **Cannabis**

Un taux de **14.1%** des étudiants déprimés consomment de l'alcool, tandis que **85.7%** des étudiants ayant un trouble dépressif ne le consomment pas.

La relation entre la présence des troubles dépressifs et la consommation du cannabis n'est pas statistiquement significative (**$p > 0.05$**)

❖ **Tabac**

Un Taux de **12.5%** des étudiants déprimés consomment de l'alcool, tandis que **87.5%** des étudiants ayant un trouble dépressif ne le consomment pas.

La relation entre la présence des troubles dépressifs et la consommation du cannabis n'est pas statistiquement significative (**$p > 0.05$**)

j. Répartition des troubles dépressifs en fonction de la prise de médicaments aidant à dormir :

Environ de **17.3%** des étudiants déprimés prennent des médicaments pour dormir, tandis que **82.7%** des étudiants ayant un trouble dépressif n'en prennent pas. De plus, aucun des étudiants sans trouble dépressif ne prend de tels médicaments.

La relation entre la présence des troubles dépressifs et de la prise de médicaments aidant à dormir est statistiquement très significative (**$p < 0.001$**)

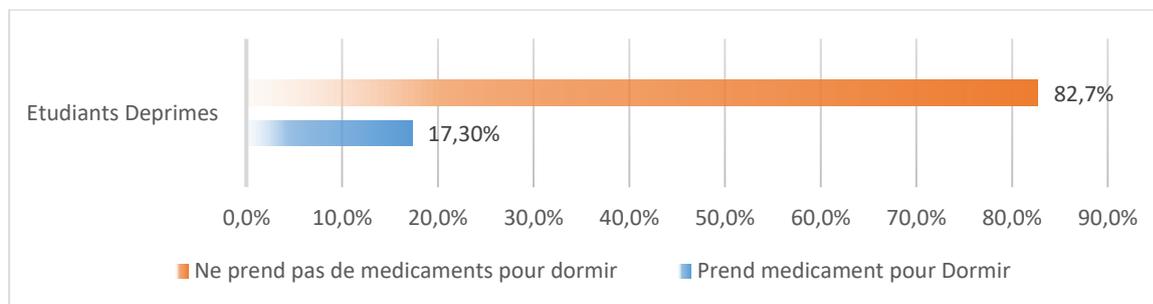


Figure 26 : la répartition des étudiants déprimés en fonction de prise médicamenteuse qui aident à dormir

k. Comparatif de la dépression en fonction des violences :

❖ **Violence Physique**

Environ de 23.2% des étudiants déprimés sont victimes de violence physique, tandis que 76.8% des étudiants ayant un trouble dépressif ne le sont pas.

La relation entre la présence des troubles dépressifs et la présence de violence physique n'est pas statistiquement significative ($p > 0.05$)

❖ **Violence Psychologique**

Un taux de 26.8% des étudiants déprimés sont victimes de violence Psychologique, tandis que juste 6% des étudiants sans un trouble dépressif ne le sont pas.

Il y a une association statistiquement significative entre la présence des troubles dépressifs et la violence psychologique. ($p < 0.001$)

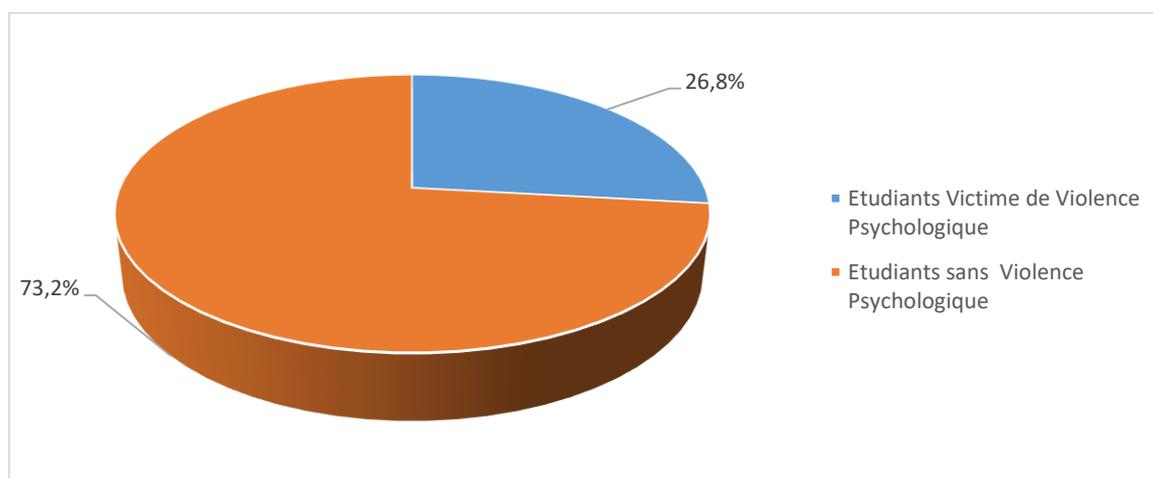


Figure 27 : la répartition des étudiants déprimés en fonction de Violence Psychologique

❖ **Violence Sexuelle**

Un pourcentage de 1.8% des étudiants déprimés sont victimes de violence sexuelle et 98.2 % des étudiants avec trouble dépressif ne le sont pas, alors que 100% des étudiants sans un trouble dépressif ne le sont pas.

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la présence des troubles dépressifs et la violence sexuelle n'est pas statistiquement significative (Test de Fisher non significatif, $p > 0.05$).

I. Répartition des troubles dépressifs selon Les évènements négatifs durant l'enfance ou l'adolescence :

Un taux 23.2% des étudiants déprimés ont vécu des événements négatifs durant l'enfance ou l'adolescence, tandis que seulement 6.8% des étudiants sans un trouble dépressif ont connu de tels événements.

Il y a une association statistiquement significative entre la présence des troubles dépressifs et les événements négatifs durant l'enfance ou l'adolescence ($p < 0.002$).

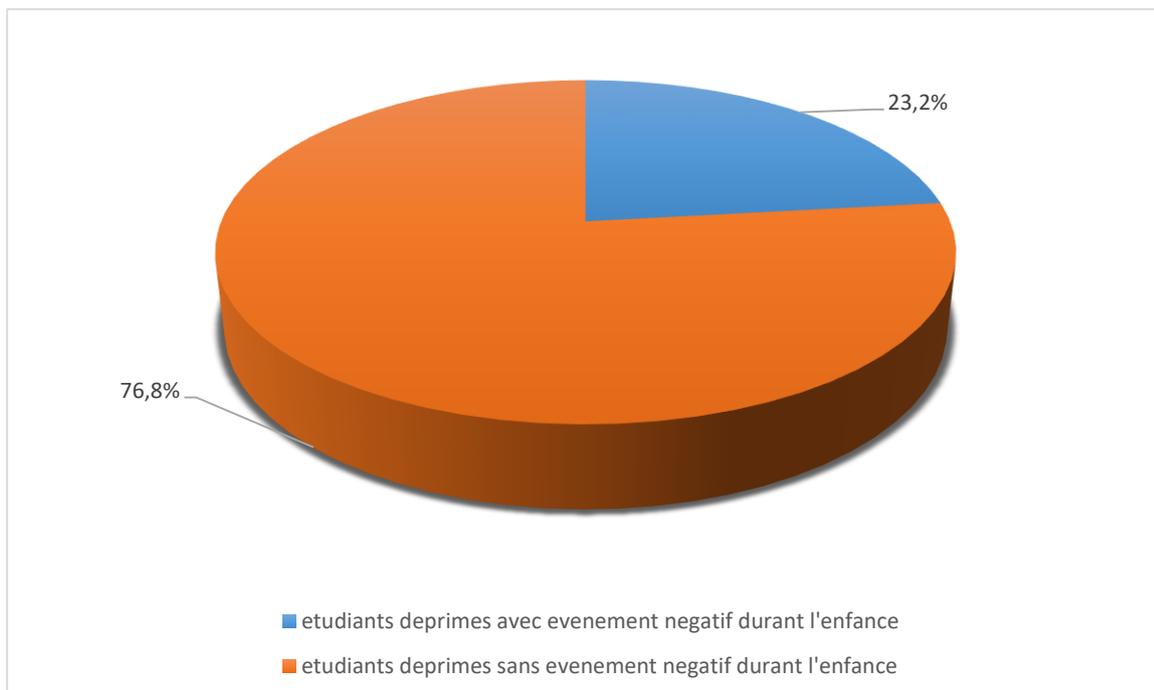


Figure 28 : la répartition des étudiants déprimés en fonction des évènements négatifs durant l'enfance

m. Comparatif de la dépression en fonction de la présence de risque suicidaire :

Environ de 16.1% (n=9) des étudiants déprimés présentent un risque suicidaire actuel, tandis que 85.9% n'en présentent pas.

Il y a une association statistiquement significative entre la présence des troubles dépressifs et le risque suicidaire (**p<0.001**).

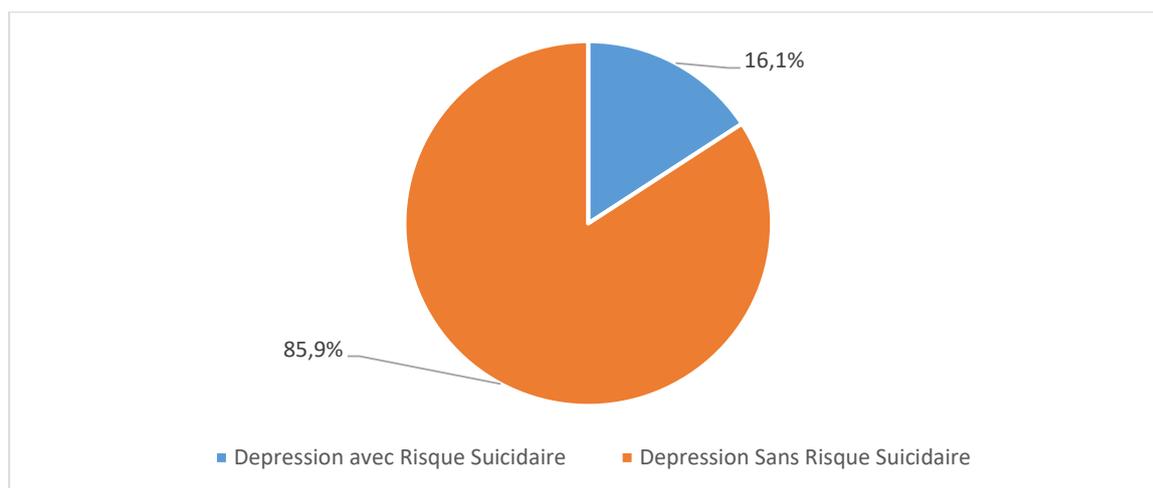


Figure 29: la répartition des étudiants déprimés en fonction du risque suicidaire

n. Comparatif de la dépression en fonction de la présence de troubles anxieux :

Un pourcentage de 57.8% des étudiants déprimés souffrent également de troubles anxieux, tandis que 42.2% des étudiants ayant un trouble dépressif n'en souffrent pas.

Il y a une association statistiquement significative entre la présence des troubles dépressifs et anxieux (**p<0.001**).

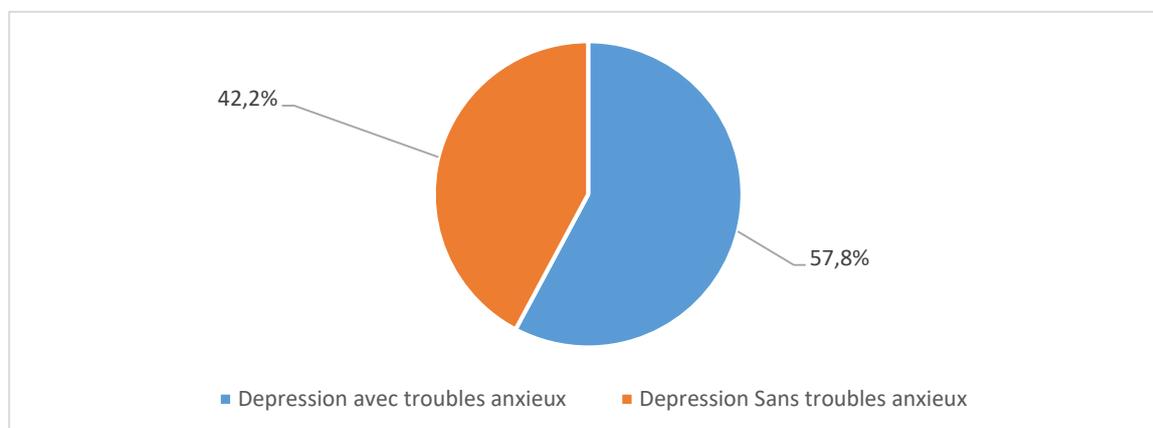


Figure 30 : la répartition des étudiants déprimés en fonction des troubles anxieux

Tableau Récapitulatif X des correspondances de la dépression avec les variables étudiées

Variables		Dépression +	Dépression -	P value
Sexe	Homme	57.1%	55.6%	0.844
	Femme	42.9%	44.4%	
Niveau d'étude	1 ^{er} Cycle	30.4%	23.1%	0.463
	2eme Cycle	28.6%	36.8%	
	3eme Cycle	41.1%	40.2%	
Logement	Vivent seul	37.5%	42.7%	0.513
	Vivent avec famille	62.5%	57.3%	
Parents divorcés	Oui	5.4%	2.6%	0.390
	Non	94.6%	97.4%	
Décès d'un parent	Oui	0%	3.4%	0.308
	Non	100%	96.6 %	
Milieu de résidence	Urbain	80.4%	90.6%	0.059
	Rural	19.6%	9.4%	
Consommation Parentale d'alcool ou de drogue	Oui	3.6%	2.6%	0.659
	Non	96.4%	97.4%	
Antécédents médicaux personnels	Oui	19.2%	6.5%	0.019
	Non	80.8%	93.5%	
Antécédents psychiatriques personnels	Oui	14.3%	0.9%	<0.001
	Non	85.7%	99.1%	
Antécédents psychiatriques familiaux	Oui	23.2%	6%	<0.001
	Non	76.8%	94%	
Alcool	Oui	14.3%	7.7%	0.173
	Non	85.7%	92.3%	
Cannabis	Oui	13.5%	9.7%	0.485
	Non	81.5%	90.3%	
Tabac	Oui	12.5%	12.8%	0.953
	Non	87.5%	87.2%	
Violence Physique	Oui	23.3%	12.8%	0.082
	Non	76.8%	87.2%	
Violence Psychologique	Oui	26.8%	6%	<0.001
	Non	73.2%	94%	
Violence Sexuelle	Oui	1.8%	0%	0.324
	Non	98.2%	100%	
Les évènements négatifs durant l'enfance	Oui	23.2%	6.8%	0.002
	Non	76.8%	93.2%	
Médicaments Pour Dormir	Oui	17.3%	0%	<0.001
	Non	82.7%	100%	
Risque Suicidaire	Présent	16.1%	0%	<0.001
	Absent	85.9%	100	
Troubles Anxieux	Absence	42.2%	73.2%	0.002
	Presence	57.8%	26.8%	

2. L'étude du risque suicidaire

a. Comparatif du risque suicidaire en fonction du sexe :

Environ de **55.6%** des personnes qui ont un risque suicidaire sont des hommes alors que **44.4 %** sont des femmes

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la présence du risque suicidaire et le sexe (Valeur $p > 0.05$)

b. Comparatif du risque suicidaire en fonction Niveau d'étude :

La répartition selon le niveau d'études des étudiants qui ont un risque suicidaire a mis en évidence les résultats suivants :

- ❖ **55.6 %** des risques suicidaires sont présents chez Les étudiants du 1er cycle.
- ❖ **11.1 %** des risques suicidaires sont présents chez Les étudiants du 2eme cycle.
- ❖ **33.3 %** des risques suicidaires sont présents chez Les étudiants du 3eme cycle.

Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la présence d'un risque suicidaire et le niveau d'étude (Valeur $p > 0.05$).

c. Comparatif du risque suicidaire en fonction du logement :

La plupart des étudiants qui ont un risque suicidaire (**77.8 %**) vivent avec leur famille, tandis que **22.2 %** des étudiants dépressifs vivent seuls.

La relation entre la présence d'un risque suicidaire et le mode du logement n'est pas statistiquement significative ($p > 0.05$)

d. Comparatif du risque suicidaire en fonction de la Situation des parents :

- ❖ **Parents divorces**

Un pourcentage de 11.1% des étudiants ayant un risque suicidaire ont des parents divorcés, tandis que 88.9% des étudiants ayant un risque suicidaire ont des parents non séparés.

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la présence d'un risque suicidaire et le divorce des parents (Test de Fisher non significatif, $p > 0.05$).

e. Répartition du risque suicidaire selon les antécédents :

❖ Antécédents psychiatriques personnels :

Les étudiants ayant des antécédents psychiatriques personnels et un risque suicidaire représentent 33.3% des étudiants atteints d'un risque suicidaire, tandis que les étudiants sans risque suicidaire et avec antécédents psychiatriques représentent 3.7 % des étudiants sans risque suicidaire.

La relation entre la présence d'un risque suicidaire et les antécédents psychiatriques est statistiquement significative (Test de Fisher significatif $p < 0.007$)

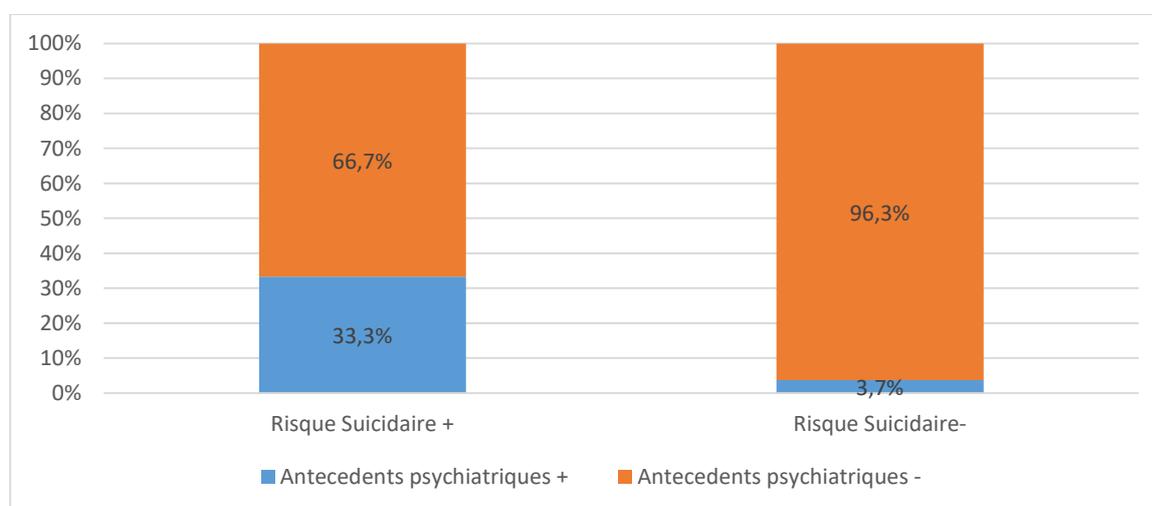


Figure 31 : la répartition des étudiants ayant un risque suicidaire et sans risque suicidaire en fonction des antécédents psychiatriques personnels

❖ **Antécédents psychiatriques familiaux :**

Les étudiants ayant des antécédents psychiatriques familiaux et un risque suicidaire représentent 33.3 % des étudiants atteints de risque suicidaire, et les étudiants sans risque suicidaire et avec antécédents psychiatriques familiaux représentent 8.9 % des étudiants sans risque suicidaire.

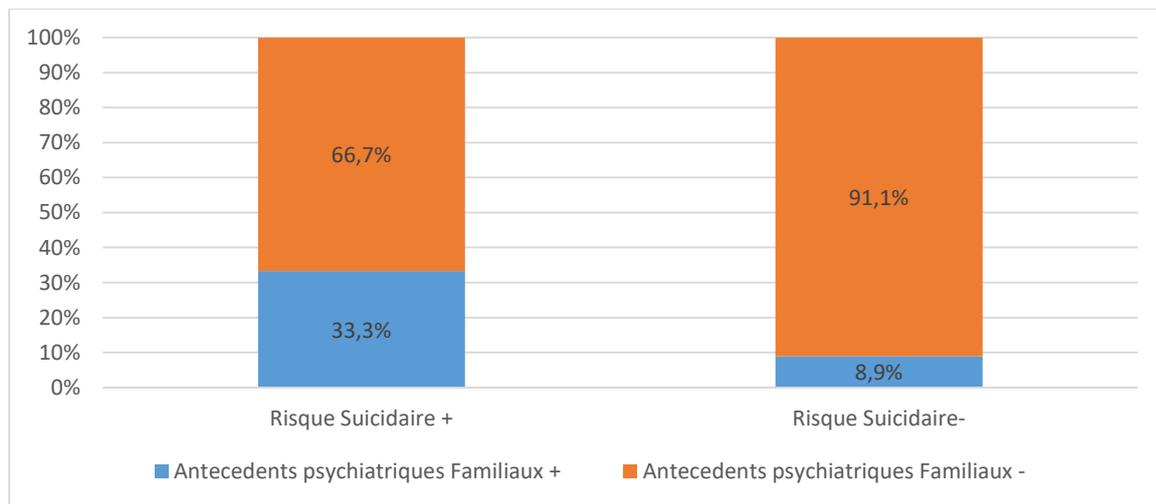


Figure 32 : la répartition des étudiants déprimés et non déprimés en fonction des antécédents psychiatriques familiaux

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la présence d'un risque suicidaire et les antécédents psychiatrique familiaux (Test de Fisher non significatif, $p > 0.05$).

❖ **Antécédents Judiciaires**

Les étudiants ayant des problèmes avec police et un risque suicidaire représentent 22.2 % des étudiants atteints de risque suicidaire, et les étudiants sans risque suicidaire et avec antécédents judiciaires représentent 1.2 % des étudiants sans risque suicidaire.

La relation entre la présence d'un risque suicidaire et les antécédents psychiatriques est statistiquement significative (Test de Fisher significatif $p < 0.012$)

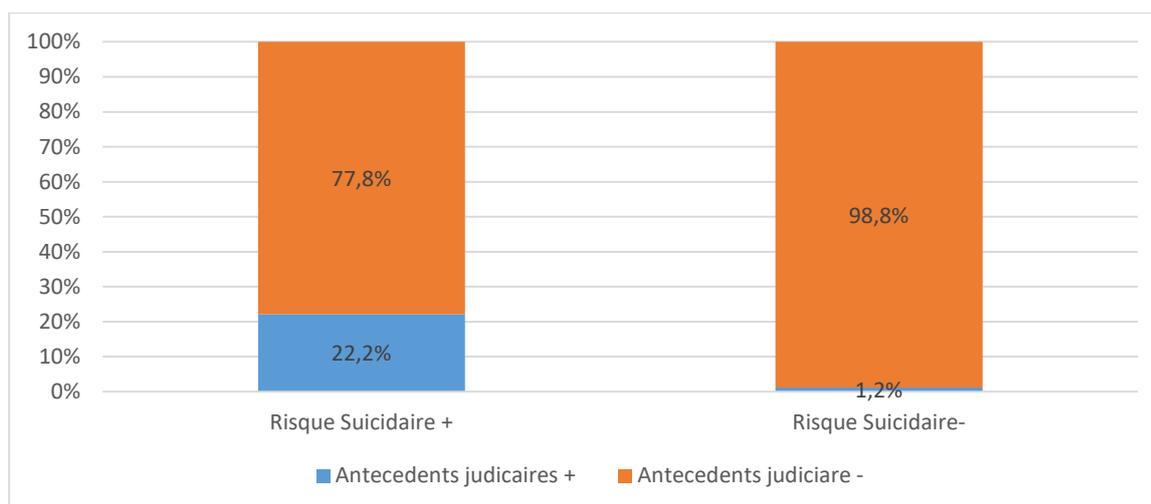


Figure 33 : la répartition des étudiants ayant un risque suicidaire et sans risque en fonction des Antécédents Judiciaires

f. Comparatif du risque suicidaire en fonction des Conduites addictives :

❖ **Alcool**

Un taux de **22.2 %** des étudiants ayant un risque suicidaire consomment de l'alcool, tandis que **8.4 %** des étudiants sans risque suicidaire le consomment.

La relation entre la présence du risque suicidaire et la consommation d'alcool n'est pas statistiquement significative (**p>0.05**).

❖ **Cannabis**

Un pourcentage de **22.2%** des étudiants avec risque suicidaire consomment de l'alcool, tandis que **77.8 %** des étudiants ayant un risque suicidaire ne le consomment pas.

La relation entre le risque suicidaire et la consommation du cannabis n'est pas statistiquement significative (**p>0.05**)

❖ **Tabac**

Un pourcentage de **11.1%** des étudiants avec risque suicidaire consomment du tabac, tandis que **88.9 %** des étudiants ayant un risque suicidaire ne le consomment pas.

La relation entre le risque suicidaire et la consommation du tabac n'est pas statistiquement significative (**p>0.05**)

g. Comparatif du risque suicidaire en fonction des violences :

❖ Violence Physique

Environ de 44.4 % des étudiants ayant risque suicidaire sont victimes de violence physique, tandis que 54.6 % des étudiants ayant ce problème ne le sont pas.

La relation entre la présence du risque suicidaire et la présence de violence physique est statistiquement significative (**Test de Fisher Significatif $p < 0.024$**)

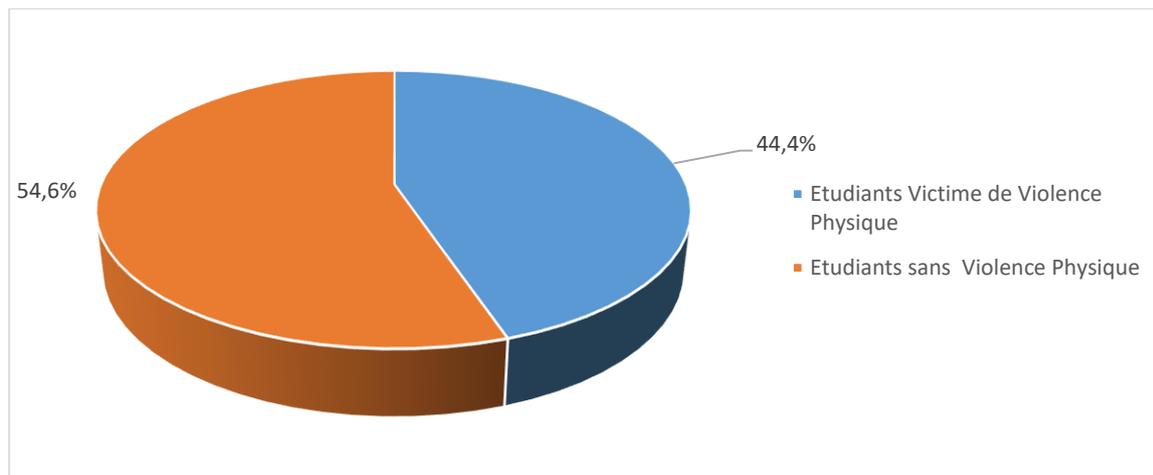


Figure 34 : la répartition des étudiants ayant risque suicidaire en fonction de Violence physique

❖ Violence Psychologique

Environ de 44.4 % des étudiants ayant risque suicidaire sont victimes de violence psychologique, tandis que 54.6 % des étudiants ayant ce problème ne le sont pas.

La relation entre la présence du risque suicidaire et la présence de violence physique est statistiquement significative (**Test de Fisher Significatif $p < 0.01$**)

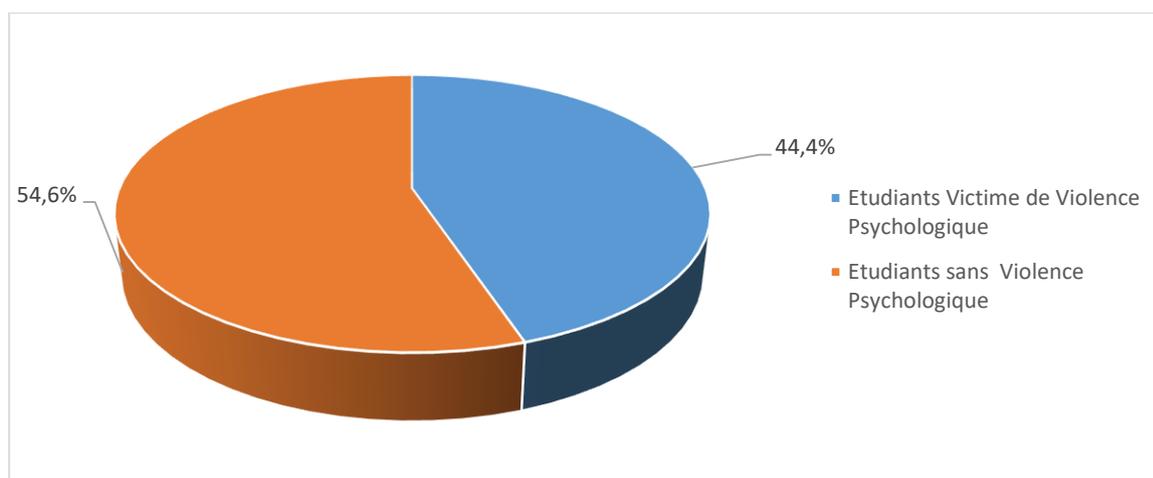


Figure 35 : la répartition des étudiants ayant risque suicidaire en fonction de Violence Psychologique

❖ **Violence Sexuelle**

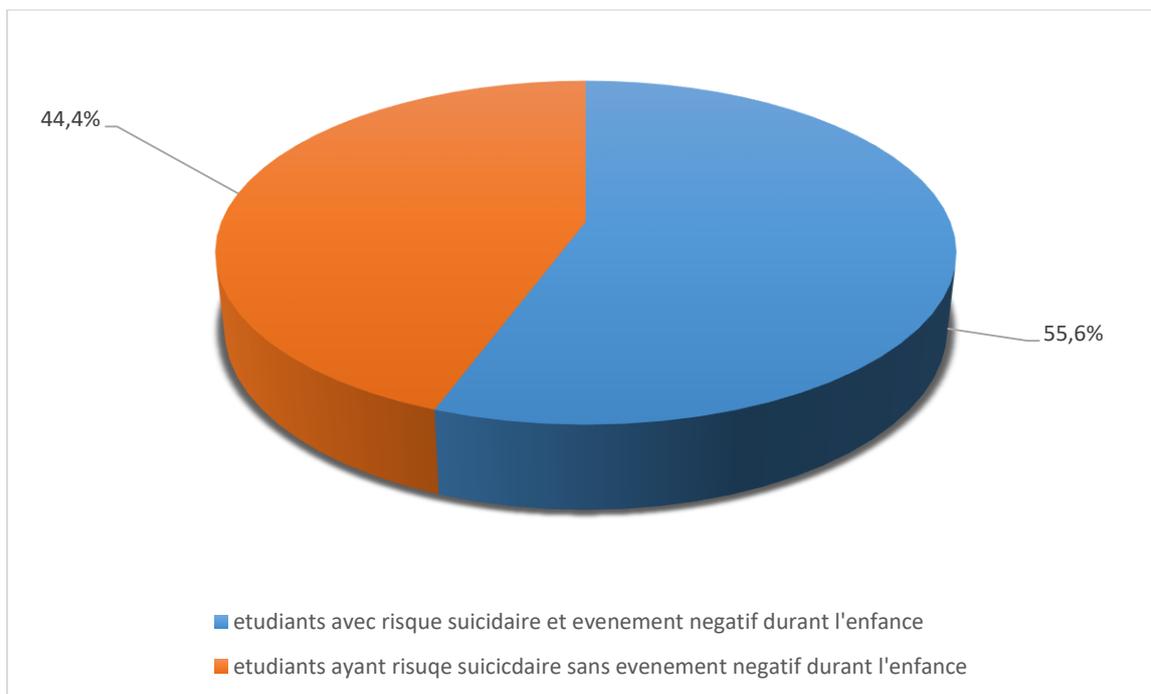
Un taux de 11.1% des étudiants ayant risque suicidaire sont victimes de violence sexuelle et 88.9 % des étudiants avec risque suicidaire ne le sont pas, alors que 100% des étudiants sans un risque suicidaire ne le sont pas.

Il y a une association statistiquement significative entre la présence du risque suicidaire et la violence sexuelle est statistiquement significative (Test de Fisher non significatif, $p < 0.045$).

h. Répartition du risque suicidaire selon Les événements négatifs durant votre enfance ou adolescence :

Un pourcentage de 55.6% des étudiants ayant un risque suicidaire ont vécu des événements négatifs durant l'enfance ou l'adolescence, tandis que seulement 44.4% des étudiants sans un trouble dépressif ont connu de tels événements.

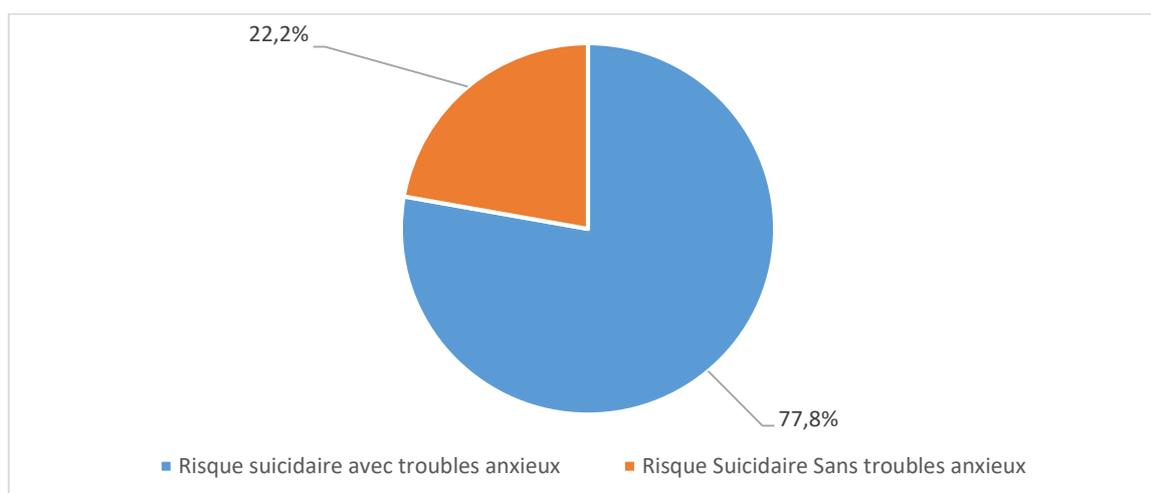
il y a une association statistiquement significative entre la présence du risque suicidaire et les événements négatifs durant l'enfance ou l'adolescence ($p < 0.001$).



i. **Figure 36 : la répartition des étudiants déprimés en fonction des événements négatifs durant l'enfance**

j. **Comparatif du risque suicidaire en fonction de la présence des troubles anxieux**

Environ de 77.8% des étudiants ayant un risque suicidaire souffrent également de troubles anxieux tandis que 22.2% des étudiants ayant un risque suicidaire n'en souffrent pas. Il y a une association statistiquement significative entre la présence des risques suicidaire et les troubles anxieux ($p < 0.033$).



k. **Figure 37 : la répartition des étudiants ayant un risque suicidaire en fonction des troubles anxieux**

Tableau Récapitulatif XI des correspondances du risque suicidaire avec les variables étudiées

Variables		RISQUE SUICIDE +	RISQUE SUICIDE -	Valeur P
Sexe	Homme	55.6%	53.7%	0.912
	Femme	44.4%	46.3%	
Niveau d'étude	1 ^{er} Cycle	55.6%	25.3%	0.106
	2eme Cycle	11.1%	34.7%	
	3eme Cycle	33.3%	40%	
Logement	Vivent seul	22.2%	40%	0.487
	Vivent avec famille	77.8%	60%	
Parents divorcés	Oui	11.1%	3.7%	0.314
	Non	88.9%	96.3%	
Milieu de résidence	Urbain	88.9%	86.3%	1
	Rural	11.1%	13.7%	
Antécédents judiciaire	Oui	22.2%	1.2%	0.012
	Non	77.8%	98.8%	
Antécédents psychiatriques personnels	Oui	33.3%	3.7%	0.007
	Non	66.7%	96.3%	
Antécédents psychiatriques familiaux	Oui	33.3%	8.9%	0.049
	Non	66.7%	91.1%	
Alcool	Oui	22.2%	8.4%	0.19
	Non	77.8%	91.6%	
Cannabis	Oui	22.2%	8.6%	0.201
	Non	77.8%	91.4%	
Tabac	Oui	11.1%	13.2%	0.953
	Non	88.9%	86.8%	
Violence Physique	Oui	44.4%	12.6%	0.024
	Non	55.6%	87.4%	
Violence Psychologique	Oui	26.8%	9.5%	0.010
	Non	73.2%	90.5%	
Violence Sexuelle	Oui	11.1%	0%	0.045
	Non	88.9%	100%	
Les évènements négatifs durant l'enfance	Oui	55.6%	8.4%	0.001
	Non	44.4%	91.6%	
Médicaments Pour Dormir	Oui	33.3%	03.7%	0.007
	Non	66.7%	96.3%	
Troubles Anxieux	Absence	22.2%	59%	0.041
	Présence	77.8%	41%	

B. ANALYSE MULTIVARIEE

Pour l'analyse multivariée, nous avons utilisé la régression logistique binaire, avec la variable binaire de présence ou d'absence de troubles dépressifs comme variable dépendante. Les covariables incluses dans le modèle étaient le sexe, l'âge, le niveau d'études, le logement, la présence de troubles anxieux, le milieu de résidence, le tabagisme, la consommation parentale d'alcool ou de drogue, la consommation d'alcool, la consommation de cannabis, les antécédents médicaux, les antécédents personnels de troubles psychiatriques, les antécédents familiaux de troubles mentaux, la violence physique, la violence psychologique, la violence sexuelle, et les événements négatifs vécus durant l'enfance ou l'adolescence.

Finalement, nous avons retenu le modèle suivant :

Tableau XII Facteurs associés à la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine de Tanger en analyse multivariée

Variable	OR ajusté	p value
Antécédents familiaux des troubles mentaux	4.63	0.005
Violence Psychologique	7.29	0.006
Les évènements négatifs durant leurs enfance ou adolescence	3.13	0.035
Violence physique	0.43	0.213

Les facteurs associés à la dépression selon l'étude multivariée sont les antécédents familiaux de troubles mentaux, la violence psychologique et les événements négatifs vécus durant l'enfance ou l'adolescence.

- ✓ Les étudiants ayant des **antécédents familiaux** de troubles mentaux ont 4.63 fois plus de risque de présenter une dépression.
- ✓ Les étudiants victime de **violences psychologiques** ont 7.29 fois plus de risque de présenter une dépression.
- ✓ Les étudiants ayant vécu **des évènements négatifs durant leurs enfance ou adolescence** ont 3.13 fois plus de risque de présenter une dépression.



DISCUSSION

❖ DISCUSSION DES RESULTATS :

A. L'étude des troubles dépressifs :

Les résultats de notre enquête indiquent une prévalence de la dépression parmi les étudiants en médecine de 32,1%, ce qui est cohérent avec les taux observés dans d'autres études antérieures.

Cela souligne clairement que la dépression est un problème répandu parmi les étudiants en médecine et nécessite une attention particulière en termes de prévention et de traitement.

Pour illustrer, des études similaires menées dans diverses régions du monde ont abouti à des conclusions semblables. Par exemple, une étude au Cameroun, réalisée par Ngasa , Stewart et al. en 2017, a révélé une prévalence de 30,6% de dépression parmi les étudiants de diverses filières, avec 26.4% de cas de dépression modérée et 0,8% de dépression sévère.³⁹ De même, Sergio, Baldassin et al. ont rapporté une prévalence de 38.2% parmi un échantillon de 603 étudiants à São Paulo, au Brésil.⁴⁰

Des investigations antérieures ont également obtenu des résultats moins élevés que ceux de notre recherche :

- ❖ **Z. Mehanna et Richa**, en 2006, ont relevé une prévalence de la dépression de 27,6 % parmi 448 étudiants de l'Université Saint Joseph de Beyrouth.²⁴
- ❖ **Bayram N & Bilgel**, en 2008, ont mené une étude auprès de 1617 étudiants de l'Université d'Uludag en Turquie, identifiant une prévalence de 27,1 %.⁴¹
- ❖ Une recherche réalisée par **S. van der Walt et al.**, en 2020 a mis en évidence une prévalence de la dépression de 25 % parmi un échantillon de 473 étudiants en médecine de l'Université de Cap Town en Afrique du Sud.⁴²
- ❖ **Givens J. et Tjia J.** ont rapporté une prévalence de 24 % parmi 196 étudiants de l'Université de Californie en 2002.⁴³
- ❖ **Camp L et al.** ont identifié une prévalence de 20,6 % au sein d'un groupe de 232 étudiants aux États-Unis en 1994.⁴⁴

- ❖ **Quince et al.** a conduit en 2012 une étude portant sur 725 étudiants de l'Université médicale au Royaume-Uni, révélant une prévalence de 14,8 % de la dépression.⁴⁵
- ❖ En 2010, **Schwenk et al.** a observé une prévalence de 14 % de la dépression modérée à sévère parmi 796 étudiants de l'Université du Michigan, au Canada.⁴⁶
- ❖ L'enquête de **Yuen Ling et al.** a décelée une prévalence de 11 % de la dépression chez 149 étudiants en médecine lors de leurs deux dernières années d'études dans une université en Malaisie.⁴⁷

D'autres recherches ont révélé des taux de dépression plus élevés que ceux que nous avons identifiés dans notre étude. Par exemple :

- ❖ Une étude menée par **Syeda Rubaba Azim et al.** en 2019 a trouvé une prévalence de la dépression de 71 % parmi une population de 270 étudiants de la faculté de médecine privée de Karachi, Pakistan.⁴⁸
- ❖ **Fawzi et Hamed**, en 2017 en Égypte, ont découvert une prévalence de plus de 60 % de dépression parmi les étudiants de la faculté de médecine dans un échantillon de 700 étudiants.²⁵

Les résultats de notre étude montrent également une prévalence de la dépression supérieure à celle trouvée par D. Moussaoui et al. en 2007, qui était de 26,5% dans un échantillon de 6000 sujets de la population générale. Cette constatation renforce l'hypothèse selon laquelle les études médicales sont associées à un risque plus élevé de troubles dépressifs.¹³

Les divergences importantes entre les résultats des différentes études peuvent être attribuées aux variations de lieux d'exécution, aux instruments de mesure utilisés, aux méthodologies et aux normes d'évaluation. Malgré ces différences, il y a un consensus parmi les chercheurs sur la prévalence élevée de la dépression parmi les étudiants en médecine.

Tableau XIII : Comparatif de la prévalence des troubles dépressifs chez les étudiants en médecine des différentes études.

Pays	Année	Auteurs	Taille de l'échantillon	Résultats
Cameroun	2017	Ngasa , Stewart et al.	619	30.6%
Liban	2006	Z. Mehanna et Richa	449	27.5%
Turquie	2008	Bayram N et Bilgel	1618	27.1%
Brésil	2008	Sergio, Baldassin et al.	603	38.2%
Afrique de Sud	2020	S. Van Der Walt et al.	473	25%
Etats-Unis	2002	Givens J. et al.	196	24 %
Etats-Unis	1994	Camp et al.	232	20.6 %
Royaume-Uni	2012	Quince et al.	725	14.8%
Canada	2010	Schwenk et al.	796	14 %
Malaisie	2019	Yuen Ling et al.	149	11 %
Pakistan	2019	Syeda Rubaba Azim et al.	270	71 %
Egypt	2017	Fawzi et Hamed	700	60 %
Maroc (population générale)	2007	Moussaoui et al.	6000	26.5%
Maroc, Tanger	2023	Notre Etude	199	32.1%

B. Comparaison de la dépression selon les différentes variables :

❖ Selon Le Sexe

Dans la population générale, il est bien établi que les femmes ont un risque plus élevé de développer des troubles dépressifs par rapport aux hommes. Selon plusieurs chercheurs, les femmes semblent être plus sensibles au développement de symptômes dépressifs que les hommes.⁴⁹

Dans notre étude, bien que nous ayons observé une prédominance de la dépression chez le sexe masculin (57,1%), il est important de noter que la relation entre le genre et la prévalence de la dépression n'a pas montré de signification statistique. Ces résultats sont cohérents avec d'autres recherches. Par exemple, Farid Talih et al. ont rapporté que les étudiants de sexe masculin étaient plus susceptibles de souffrir de dépression que leurs homologues féminins et qu'ils présentaient un risque accru d'épuisement professionnel. De plus, des études menées par Sergio Baldassin et al. ainsi que Quince TA et al. n'ont pas trouvé de lien statistiquement significatif entre le sexe et la prévalence de la dépression, malgré une prédominance féminine.

Cependant, il convient de noter que certaines études antérieures, telles que celle menée par Camp et al. aux États-Unis en 1994, ont révélé une prévalence significativement plus élevée de la dépression chez les femmes (86,5%). De même, l'étude de Mohamed Fawzy et Sherifa A. Hamed en Égypte a objectivé une association statistiquement significative entre la dépression et le genre, montrant une prédominance féminine.

Contrairement à plusieurs études antérieures, notre étude a révélé une prédominance non significative des hommes en matière de dépression, suggérant que les études médicales peuvent être éprouvantes pour les deux sexes. Il est clair que d'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre cette dynamique entre le genre et la dépression des étudiants en médecine.

Pour concevoir un programme de prévention des problèmes de santé mentale liés au stress chez les étudiants en médecine, une compréhension approfondie des différences de genre est essentielle.

Tableau XIV : Comparatif de la dépression en fonction du genre.

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Farid Talih et al.	2018	Liban	Prédominance masculine	P=0.01
Sergio Baldassin et al.	2008	Brésil	Prédominance féminine	P=0.213
Camp et al.	1994	États-Unis	Prédominance féminine	P=0.007
Quince TA et al.	2012	Royaume-Uni	Prédominance féminine	P=0.35
Fawzy et Hamed	2017	Egypt	Prédominance féminine	P=0,045
Moussaoui et al.	2007	Maroc	Prédominance féminine	P<0.001
Notre Etude	2023	Maroc	Prédominance masculine	P= 0.844

❖ Selon le niveau d'étude

Les études médicales au Maroc sont généralement divisées en 3 cycles :

- Le premier cycle, comprenant les deux premières années, correspond à la période d'apprentissage des bases des sciences précliniques.
- Le deuxième cycle, qui couvre les trois années suivantes, est marqué par le début des stages hospitaliers.
- Le troisième cycle se déroule dans des centres hospitaliers universitaires (6ème année) et périphériques (7ème année)

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la prévalence de la dépression et les différents niveaux d'études. Cependant, il convient de noter qu'un taux plus élevé d'étudiants déprimés a été observé au niveau du 3ème cycle (6ème et 7ème années). Ce résultat est cohérent avec ce que l'on trouve dans la littérature scientifique. Par exemple, l'étude Sergio Baldassin et al.⁴⁰ ont également identifié une différence significative dans la prévalence de la dépression en fonction du niveau d'études. Leur étude a montré que les scores de dépression étaient les plus élevés pendant la période de l'internat (3eme Cycle).

L'étude de Farid Talih et al. en 2018 a également montré l'absence d'une association statistiquement significative entre la dépression et le niveau d'études, avec une prévalence plus élevée de la dépression parmi les étudiants de la première année.⁵⁰

Il est intéressant de noter que les résultats de différentes études montrent association statistiquement significatif en ce qui concerne la relation entre le niveau d'études et la prévalence de la dépression parmi les étudiants. L'étude menée par Rohan Puthran et al. en 2016 a trouvé une relation significative, indiquant que les taux de dépression étaient plus élevés chez les étudiants de première année, et ces taux diminuaient progressivement jusqu'à la cinquième année.⁵¹

Une étude réalisée au Chili en 2017 par L. Villacura et al. a révélé aussi une association statistiquement significative dans la présence de symptômes dépressifs au cours des sept années d'études médicales. La plus grande proportion d'étudiants présentant un syndrome dépressif est apparue au cours de la troisième année, avec une prévalence de 55,4%.⁵² Au Liban, Z. Mehanna et al. a également avancé que la prévalence des troubles dépressifs chez les étudiants en médecine varie en fonction du niveau d'étude. Leur étude a révélé un profil de variation très similaire au nôtre, avec la prévalence de la dépression la plus élevée observée en quatrième année de médecine.

Au cours du premier cycle, les étudiants sont confrontés à un système d'enseignement radicalement différent de celui du lycée. Cela inclut des matières d'étude différentes, des méthodes d'enseignement telles que les cours magistraux et des modes d'évaluation distincts. Toutes ces transitions peuvent contribuer à expliquer la prévalence plus élevée de la dépression pendant cette période.

Au 2eme cycle, plusieurs facteurs peuvent contribuer à cette augmentation, notamment la complexité des modules enseignés, la participation aux stages, l'engagement dans un système de garde, et le sentiment d'insuffisance en termes de connaissances chez les étudiants.⁵³

Selon notre étude, La comparaison des taux de dépression en fonction du niveau d'étude : les étudiants de sixième et septième année, correspondant à la 1ère et la 2ème promotion de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger, ont connu un cursus académique particulièrement difficile. Plusieurs facteurs ont contribué à cette situation. Tout d'abord, l'absence d'autres promotions plus avancées pour leur fournir des conseils sur les études et les examens peut les rendre plus vulnérables. De plus, l'inauguration de la faculté n'a été réalisée que jusqu'au deuxième cycle de leurs études, et ils n'ont pas eu l'opportunité de faire des stages au Centre Hospitalier Universitaire (CHU), ils l'ont fait au hôpitaux périphérique, contrairement aux étudiants d'autres cycles.

Ainsi, La différence de prévalence de la dépression entre les niveaux d'études peut être attribuée au fait que les étudiants de la phase clinique sont confrontés à des défis supplémentaires. Ils doivent prendre en charge des patients de manière plus autonome et faire des choix cruciaux en ce qui concerne leur spécialisation. Cette pression accrue peut rendre leur expérience académique plus stressante.⁵⁰

Tableau XV : Comparatif de la dépression en fonction de niveau d'étude.

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Prédominance	Valeur P
Farid Talih et al.	2018	Liban	1 ^{er} cycle	P=0.81
Z. Mehanna et al.	2006	Liban	2 ^{eme} cycle	P<0.001
Rohan Puthran et al.	2016	Singapore	1 ^{er} cycle	P=0.005
Sergio Baldassin et al.	2008	Brésil	3 ^{eme} cycle	p < 0.001
Villacura et al.	2017	Chili	2 ^{eme} cycle	P<0.001
Notre Etude	2023	Maroc	3 ^{eme} cycle	P=0.463

❖ Selon le Logement

Les résultats de notre étude ont montré que la majorité des étudiants dépressifs de notre échantillon vivaient avec leurs parents (62,5%), bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative. Ces résultats concordent avec les données de la littérature.

Une étude publiée en 2016 à Singapour, par Amit Cuttilan et al. a révélé que les étudiants vivant à la maison présentaient un risque plus élevé de développer une dépression par rapport à ceux vivant seuls.⁵⁴

Cependant, Farid et al. ont suggéré l'hypothèse que les étudiants en médecine qui ne vivent pas avec leurs parents sont plus susceptibles de souffrir d'épuisement professionnel. Cela souligne l'importance du soutien familial pour atténuer l'épuisement professionnel chez les étudiants en médecine. Il est essentiel de tenir compte de ces facteurs, en particulier au Maroc, où les normes sociétales et les relations familiales jouent un rôle significatif dans la vie des étudiants poursuivant des études supérieures. L'entrée à la faculté de médecine entraîne un changement significatif dans le mode de vie des étudiants, y compris l'éloignement de leur famille, de leurs amis et de leur ville natale. Le choix du logement peut avoir un impact sur le bien-être psychologique des étudiants.

L'augmentation de la prévalence de la dépression chez les étudiants qui vivent avec leurs parents peut être liée à plusieurs facteurs. Les parents ont souvent des attentes élevées concernant la réussite de leurs enfants, en particulier lorsqu'ils poursuivent des études de médecine, qui sont considérées comme exigeantes et prestigieuses. Cette pression parentale peut créer un stress supplémentaire pour les étudiants, car ils se sentent obligés de répondre à ces attentes. De plus, vivre avec ses parents peut signifier moins d'indépendance et de liberté pour les étudiants, ce qui peut être source de frustration et de conflits. La gestion de la transition vers l'âge adulte tout en poursuivant des études de médecine peut être particulièrement difficile, et cela peut contribuer au stress et à la dépression.

Il est important de noter que cette corrélation ne signifie pas nécessairement que vivre avec ses parents est la cause directe de la dépression. D'autres facteurs, tels que la charge de travail académique, le stress lié aux examens, les préoccupations financières et les relations interpersonnelles, peuvent également contribuer à la dépression. Une étude plus approfondie serait nécessaire pour comprendre pleinement cette relation complexe entre le mode de vie et la santé mentale des étudiants en médecine.

Tableau XVI : Comparatif de la dépression en fonction du logement.

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats
Amit Cuttilan et al.	2016	Singapore	Prédominance :Qui habite avec Famille
Farid Talih et al.	2018	Liban	Prédominance :Qui habite seul
Notre Etude	2023	Maroc	Prédominance :Qui habite avec Famille

❖ Selon le Divorce des parents

Notre étude a montré que 5,4 % des étudiants dépressifs avaient des parents divorcés. Cependant, dans notre échantillon, il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le divorce des parents et la dépression chez les étudiants. Cela étant dit, il est important de noter que plusieurs études antérieures, y compris celle réalisée par Li Hongjie et al.⁵⁵ en Chine 2022, ont établi une relation significative entre le divorce des parents et la dépression des enfants. Plus précisément, dans l'étude chinoise, 45 % des étudiants souffrant de troubles dépressifs avaient des parents divorcés, et cette relation était statistiquement significative.⁵⁵

L'étude menée par Bourbon et al.⁵⁶ a la France en 2021 a examiné la situation des étudiants en médecine et la corrélation avec le statut de parents divorcés. Cette étude a révélé que 6,3 % des étudiants en médecine avaient des parents divorcés, ce qui signifie que leurs parents avaient divorcé.⁵⁶

Le divorce des parents peut contribuer à la dépression des étudiants en raison du stress émotionnel associé aux conflits familiaux, des perturbations dans la stabilité familiale, de la perte de soutien affectif, des changements économiques et des préoccupations pour les parents. Les étudiants peuvent également ressentir de l'isolement social en raison de la honte ou de l'embarras liés au divorce de leurs parents. Bien que le divorce ne soit pas la seule cause de la dépression, il peut créer un environnement stressant qui, combiné à d'autres facteurs, accroît le risque de développer une dépression.

Tableau XVII : Comparatif de la dépression en fonction de divorce de parents.

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Li Hongjie et al.	2022	Chine	Facteur prédicteurs	P<0.05
Bourbon et al.	2021	France	Facteur prédicteurs	P<0.001
Notre Etude	2023	Maroc	Pas un facteur prédicteurs	P=0.39

❖ Selon les antécédents (ATCD)

1. Antécédents Personnels Psychiatriques

Les résultats de notre étude ont mis en évidence une relation statistiquement très significative entre la prévalence de la dépression, qui est fixée en 14.3%, parmi les étudiants en médecine et les antécédents personnels de problèmes de santé mentale. Cela renforce l'hypothèse selon laquelle ces antécédents constituent un facteur influençant la survenue de la dépression chez les futurs médecins. Ces observations renforcent l'idée que les antécédents psychiatriques jouent un rôle significatif dans le déclenchement des troubles dépressifs. Cette conclusion est en accord avec les résultats d'autres études. Par exemple, la recherche menée par Mehanna et al.²⁴ auprès des étudiants en médecine de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth a révélé une relation hautement significative entre les antécédents personnels et la prévalence des troubles dépressifs, ce qui suggère que ces antécédents constituent des facteurs prédisposants aux troubles dépressifs.

Les conclusions de Givens et al.⁴³ ont également trouvé une prévalence élevée de la dépression chez les étudiants ayant des antécédents personnels de dépression. La distinction réside dans le fait que leur étude se concentrait uniquement sur les antécédents de dépression, tandis que notre étude, ainsi qu'une autre menée au Liban, a pris en compte l'ensemble des antécédents psychiatriques.

De plus, une étude réalisée par Dyrbye et al.¹⁴ a montré que les étudiants ayant vécu trouble psychiatrique personnel positif présentaient une moindre fréquence d'épuisement émotionnel. En contraste, Mebratu et al.⁵⁷, en 2019, en Éthiopie, ont indiqué que les étudiants ayant des antécédents psychiatriques présentaient 1,61 fois plus de risques de développer une dépression.

Les études médicales ne constituent pas l'unique origine de la dépression parmi les étudiants en médecine. Les antécédents personnels liés à la santé mentale, tels que des épisodes dépressifs antérieurs, jouent également un rôle significatif dans la prédisposition à la dépression.

Tableau XVIII : Comparatif de la dépression en des ATCD psychiatriques personnels

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Givens et al.	2002	Etats-Unis	Facteur prédicteurs	P<0.005
Mehanna et al.	2006	Liban	Facteur prédicteurs	P <0,001
Dyrbye et al	2009	Etats-Unis	Facteur prédicteurs	P= 0.02
Mebratu et al.	2019	Éthiopie	Facteur prédicteurs	P<0,005
Notre Etude	2023	Maroc	Facteur prédicteurs	<0.001

2. Antécédents familiaux psychiatriques

Nous avons observé une relation statistiquement significative entre les antécédents familiaux de troubles psychiatriques et la prévalence de la dépression dans notre étude et Les étudiants ayant des antécédents familiaux de troubles mentaux ont 4.63 fois plus de risque de présenter une dépression. Ces résultats concordent avec les données de la littérature, Zoccolillo et al.⁵⁸ aux États-Unis a la Faculté de médecine de l'Université de Washington ont découvert que près de la moitié d'entre eux avaient des antécédents familiaux de dépression.

Le même constat a été fait par Narushni Pillay et al.⁵⁹ a identifié une relation statistiquement significative entre les ATCD de troubles mentaux, tels que la dépression, et la survenue de la dépression chez les étudiants en médecine. Cette constatation indique que les antécédents de problèmes de santé mentale, qu'ils soient personnels ou familiaux, peuvent augmenter le risque de développer une dépression au cours des études médicales. Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte ces antécédents dans l'identification des étudiants à risque et dans la mise en place de mesures de prévention et de soutien appropriées.

Les antécédents familiaux de dépression augmentent le risque de développer cette condition en raison de facteurs génétiques, d'un environnement familial potentiellement stressant, de la transmission de comportements et de modèles de pensée, du niveau de soutien social, et des attitudes envers la santé mentale au sein de la famille. Ces antécédents peuvent influencer la vulnérabilité à la dépression, bien que d'autres facteurs, tels que les expériences de vie et les interactions sociales, jouent également un rôle.

Tableau XIX : Comparatif de la dépression en des ATCD psychiatriques familiaux

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Zoccolillo et al.	1986	Etats-Unis	Facteur prédicteurs	P<0.05
N.Pillay et al.	2016	Afrique du Sud	Facteur prédicteurs	P <0,05
Notre Etude	2023	Maroc	Facteur prédicteurs	P=0.005

3. Antécédents Personnels Médicaux

La présence de problèmes médicaux peut avoir un impact significatif sur la santé mentale d'une personne, contribuant potentiellement au développement de la dépression. Les défis associés à la gestion des problèmes de santé, tels que les maladies chroniques, les handicaps ou les douleurs chroniques, peuvent entraîner un fardeau émotionnel important.

Dans notre étude, nous avons observé que 19,2% des étudiants déprimés présentaient des problèmes médicaux, et il existe une association statistiquement significative entre la présence de problèmes médicaux et la dépression. Ces résultats sont cohérents avec d'autres recherches de la littérature, notamment celle réalisée par Lemongne et al.⁶⁰ qui a mis en évidence que les troubles dépressifs, en France, y compris la dépression caractérisée, sont de 2 à 4 fois plus fréquents chez les individus souffrant de maladies somatiques chroniques par rapport à la population générale. Cette association est observée tant dans les contextes de soins primaires que dans les environnements hospitaliers non psychiatriques, même parmi les patients hospitalisés pour des raisons médicales.

Les résultats d'une autre étude menée en Russie en 2023 par Zolotareva et al.⁶¹ et Akdemir et al.⁶² ont également montré une association statistiquement significative entre la présence de troubles dépressifs chez les étudiants et leurs antécédents médicaux. Cette constatation renforce la relation entre les problèmes médicaux antérieurs et la prévalence de la dépression chez les étudiants, suggérant que les antécédents médicaux peuvent jouer un rôle important dans la santé mentale des étudiants.

Tableau XX : Comparatif de la dépression en des ATCD médicaux personnels

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Zolotareva et al.	2023	Russie	Facteur prédicteurs	P<0.001
Akdemir et al.	2022	Turquie	Facteur prédicteurs	P=0.014
Lemongne et al.	2018	France	Facteur prédicteurs	P <0,05
Notre Etude	2023	Maroc	Facteur prédicteurs	P=0.019

❖ Selon Les conduites addictives

La consommation de cannabis, d'alcool et d'autre substance psychoactive parmi les étudiants en médecine est un problème bien documenté en matière de santé. Bien que notre étude n'ait pas révélé de lien direct entre ces comportements et la santé mentale, d'autres travaux de recherche ont suggéré que l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool chez les étudiants en médecine peut avoir des conséquences néfastes sur leur bien-être psychologique.

Le taux de tabagisme parmi les étudiants en médecine de notre échantillon (13%) était similaire à celui rapporté en Albanie en 2002 par Vakeflliu et al. (14%).⁶³ La consommation d'alcool dans notre échantillon (9%) était plus faible que celle rapportée dans l'étude d'Akvardar et al.⁶⁴ en Turquie (40.5%). Cependant, la consommation de drogues illicites dans notre échantillon (8%), comme le cannabis, était plus élevée que dans leur échantillon (4%).

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé d'association statistiquement significative entre la consommation de tabac, de cannabis, d'alcool et la présence de la dépression. Ces résultats sont cohérents avec une étude antérieure menée par N. Pillay et al.⁵⁹, qui n'ont pas non plus mis en évidence de relation significative entre la consommation de substances psychoactive et la dépression.

En revanche, l'étude de Y. Jeong et al.⁶⁵ menée en Corée du Sud en 2008 souligne que l'abus de substances toxiques et la consommation excessive d'alcool sont bien connus comme des problèmes de santé chez les étudiants en médecine en raison de leurs effets néfastes sur leur santé mentale. Ces conclusions sont cohérentes avec celles de Newbury Birch et al.⁶⁶, qui ont également constaté ces effets néfastes.

❖ Tableau XXI : Comparatif de la dépression en des conduites addictives

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Y. Jeong et al.	2010	Corée du Sud	Facteur prédicteurs	P<0.005
N.Pillay et al.	2016	Afrique du Sud	Pas un facteur prédicteurs	p=0,802
Newbury Birch et al.	2000	Royaume Uni	Facteur prédicteurs	P=0.049
Notre Etude	2023	Maroc	Pas un facteur prédicteurs	P>0.05

❖ Selon Les violences

La violence est un comportement intentionnel qui cause des dommages physiques, émotionnels ou psychologiques à une personne ou à un groupe de personnes.

1. Violence Physique

La violence physique est un acte de violence qui implique un contact corporel direct, tel que frapper, pousser, mordre ou causer des blessures physiques à une autre personne. Cette forme de violence peut avoir un impact profond sur la santé mentale des victimes.

Les résultats de notre étude révèlent une prévalence de 23,3% des violences physiques parmi les étudiants déprimés, sans une association statistiquement significative. Ces formes de violence ne semblent pas être associées au risque de développer un trouble dépressif.

Cette découverte n'est pas en accord avec d'autres études, telles que l'étude menée en Turquie par Akdemir et al.⁶² a révélé une association statistiquement significative entre la présence de troubles dépressifs et les violences physiques. Cela corrobore nos constatations sur la relation entre la dépression et les violences physiques. De plus, les résultats de l'étude de Bourbon et al.⁵⁶ concordent, indiquant une association significative entre la dépression et la violence physique.

Cependant, une étude menée en Arabie saoudite par Al Sadah et al.⁶⁷ a rapporté des résultats différents. Leur étude n'a montré aucune association significative entre la dépression et aucun des types d'abus.

Tableau XXII : Comparatif de la dépression en fonction des violences physique

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Akdemir et al.	2022	Turquie	Facteur prédicteurs	P=0.014
Bourbon et al.	2016	France	facteur prédicteurs	P<0,001
Notre Etude	2023	Maroc	Pas un facteur prédicteurs	P=0.082

2. Violence Psychologique

Les violences psychologiques sont des comportements ou des actes qui ont un impact délétère sur la santé mentale et le bien-être d'une personne. Elles ne laissent pas de traces visibles, mais elles peuvent être tout aussi dévastatrices que les abus physiques.

Les résultats de notre étude révèlent une prévalence de 26,6 % de violences psychologiques parmi les étudiants déprimés, et cette association est statistiquement significative. Les violences psychologiques se sont avérées être le facteur le plus prédominant contribuant au développement de la dépression chez les étudiants. Les étudiants qui ont été victimes de violences psychologiques présentent un risque 7,29 fois plus élevé de développer une dépression.

Ces résultats corroborent les conclusions d'Akdemir et al.⁶², qui ont également identifié une relation significative entre les troubles dépressifs et la violence psychologique ($p = 0,002$). De plus, les résultats de l'étude de Bourbon et al.⁵⁶ concordent, indiquant une association significative entre la dépression et la violence psychologique, L'ensemble de ces constatations renforce l'importance de la violence psychologique en tant que facteur de risque pour la dépression.

Tableau XXIII : Comparatif de la dépression en fonction des violences psychologiques

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Akdemir et al.	2022	Turquie	Facteur prédicteurs	P=0.002
Bourbon et al.	2016	France	facteur prédicteurs	p=0,003
Notre Etude	2023	Maroc	facteur prédicteurs	P<0.001

3. Violence sexuelle

La violence sexuelle est un acte ou une série d'actes à caractère sexuel imposés à une personne sans son consentement. Elle peut inclure des agressions sexuelles, des viols, le harcèlement sexuel, l'exploitation sexuelle, et d'autres formes de comportement inapproprié à caractère sexuel.

Il est compréhensible que la prévalence de la violence sexuelle dans votre étude soit relativement faible, à 1,8%, avec relation non statistiquement significative. Cependant, Le fait que vous n'ayez pas trouvé de relation statistiquement significative entre la violence

sexuelle et la dépression peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la petite taille de l'échantillon de victimes de violence sexuelle et les préoccupations en matière de confidentialité qui ont pu décourager les étudiants victimes de rapporter ces incidents. La honte et la stigmatisation liées à la violence sexuelle sont des obstacles significatifs pour les victimes qui hésitent à partager leurs expériences.

Les résultats d'études précédentes varient concernant la relation entre la violence sexuelle et la dépression parmi les étudiants en médecine. Par exemple, l'étude de Bourbon et al.⁵⁶ a trouvé une association statistiquement significative entre la présence de dépression et la violence sexuelle, indiquant un risque plus élevé (2.5 fois) de dépression chez les étudiants ayant des antécédents de violence sexuelle. Les résultats de l'étude de Chen et al.⁶⁸ menée en Chine vont dans le même sens que les conclusions précédentes. Leur recherche a également montré une association statistiquement significative entre le fait d'avoir vécu une violence sexuelle avant et le risque de développer un trouble dépressif chez les étudiantes en médecine (avec une valeur de $P = 0.005$).

La violence sexuelle peut conduire à la dépression par le biais de divers mécanismes. Tout d'abord, elle provoque un traumatisme psychologique majeur, susceptible de déclencher des symptômes de stress post-traumatique associés à la dépression. De plus, les victimes ressentent souvent une profonde honte, culpabilité et dépréciation de soi, favorisant les symptômes dépressifs. L'impact sur l'estime de soi, les problèmes relationnels, l'isolement social, les perturbations de la vie sexuelle et les réponses physiologiques au stress contribuent également à cette relation.

Tableau XXIV : Comparatif de la dépression en fonction des violences sexuelles

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Chen et al.	2004	Chine	Facteur prédicteurs	$P=0.005$
Bourbon et al.	2016	France	facteur prédicteurs	$P<0,001$
Notre Etude	2023	Maroc	Pas un facteur prédicteurs	$P=0.324$

❖ **Selon Les évènements négatifs durant l'enfance ou adolescence**

Les événements négatifs survenus pendant l'enfance, tels que la perte d'un être cher, peuvent jouer un rôle significatif dans le développement de la dépression à l'âge adulte. Ces

expériences traumatisantes peuvent influencer la santé mentale et contribuer à la vulnérabilité aux troubles dépressifs.

La prévalence des étudiants ayant vécu des événements négatifs pendant leur enfance ou adolescence et présentant un trouble dépressif est de 23,2%, avec une relation statistiquement significative ($p = 0,002$). De plus, les étudiants ayant vécu de tels événements ont 3,13 fois plus de risque de développer une dépression. Ces résultats concordent avec la littérature, notamment l'étude de Dyrbye et al.¹⁴, qui a établi un lien entre la prévalence de la dépression et les traumatismes de l'enfance, les considérant comme des facteurs de risque significatifs. De même, l'étude de Sciolla F. et al.⁶⁹ soutient l'hypothèse selon laquelle les événements négatifs de l'enfance sont des facteurs de risque favorisant l'apparition de la dépression ($p < 0,0001$).

Tableau XXV : Comparatif de la dépression en fonction des événements négatif de l'enfance

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Dyrbye et al.	2006	Etats-Unis	Facteur prédicteurs	$P < 0.05$
Sciolla F. et al.	2019	Etats-Unis	facteur prédicteurs	$P < 0,0001$
Notre Etude	2023	Maroc	facteur prédicteurs	$P = 0.002$

❖ Selon le revenu mensuel de ménage

Dans notre étude, nous avons observé que le revenu moyen des étudiants déprimés s'élève à 7 404,5 MAD, avec un écart type de 14 303,7 MAD. En revanche, les étudiants sans trouble dépressif ont un revenu moyen de 2 159,6 MAD, avec un écart type de 3 928,5 MAD. Une association statistiquement significative a été établie entre la présence de troubles dépressifs et le revenu mensuel du ménage, indiquant que des revenus moins élevés sont associés à un risque moindre de dépression ($p < 0,017$).

Ces résultats concordent avec l'étude menée par Tamar Mendelson et al.⁷⁰, où les participants vivant dans des foyers avec un revenu moyen par habitant présentaient une probabilité moindre de manifester des symptômes de dépression par rapport à ceux provenant de foyers aux revenus les plus élevés. Cependant, il est intéressant de noter que Lorant et al.⁷¹ ont réalisé une méta-analyse sur la relation entre le statut socioéconomique

et la dépression, qui a révélé que les individus ayant des revenus plus bas avaient un risque accru de développer la dépression par rapport à ceux avec des revenus plus élevés. En fait, les personnes du groupe socio-économique le plus bas présentaient 1,81 fois plus de risque de dépression par rapport à celles du groupe socio-économique le plus élevé.

L'observation que le bas niveau socioéconomique peut, dans certaines situations, protéger contre la dépression s'explique par une combinaison complexe de facteurs. Les communautés à faible revenu peuvent offrir un soutien social plus fort, tandis que les attentes de réussite économique moins élevées réduisent la pression. Les priorités de vie, telles que les relations interpersonnelles et la famille, peuvent être différentes, favorisant le bien-être émotionnel. De plus, un accès limité aux facteurs de stress liés au mode de vie et un échantillonnage biaisé dans les études épidémiologiques peuvent contribuer à cette association apparente. Cependant, il est essentiel de reconnaître que la relation entre le statut socioéconomique et la santé mentale est complexe, dépendant du contexte culturel et social, et que d'autres facteurs individuels et génétiques jouent également un rôle dans le développement de la dépression.

Tableau XXVI : Comparatif de la dépression en fonction d'un revenu bas et moyen

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Mendelson et al.	2008	Etats-Unis	facteur protecteur	P<0.01
Lorant et al.	2002	Belgique	facteur de risque	P<0,001
Notre Etude	2023	Maroc	facteur protecteur	P < 0,017

❖ **Selon la présence des troubles anxieux**

Le stress, une réponse biologique naturelle aux stimuli négatifs, peut à la fois motiver et perturber le bien-être d'une personne. Lorsque la réponse au stress devient inappropriée ou insuffisante, ce qui auparavant poussait à des performances élevées peut mener à des difficultés scolaires et à des troubles, comme la dépression.

Notre étude a révélé une corrélation statistiquement significative entre la dépression et la présence de troubles anxieux, observant une prévalence de 57.8% chez les étudiants déprimés (P=0.002).

Ces résultats rejoignent d'autres recherches, notamment l'étude de M. Fawzy et A.Hamed²⁵ de 2017, qui a montré une corrélation entre le stress et les symptômes dépressifs. D'autres études menées par C. Saravan et al.⁷², D.Kunwar et al.⁷³ et F. B. Mayer et al.²⁶ ont tous également observé des liens significatifs entre la dépression, l'anxiété. Les résultats suggèrent que le stress est un facteur de prédiction important des troubles dépressifs.

La dépression et l'anxiété sont souvent associées parce qu'elles partagent de nombreux symptômes, des vulnérabilités génétiques communes, et une réponse au stress similaire.⁷⁴ Ces deux troubles ont des pensées négatives en commun et peuvent s'auto-entretenir, avec le stress chronique jouant un rôle clé dans leur développement.⁷⁴ Ces relations complexes font que ces deux troubles sont fréquemment associés et nécessitent souvent une évaluation et une gestion conjointes par des professionnels de la santé mentale.⁷⁴

Tableau XXVII : Comparatif de la dépression en fonction des troubles anxieux

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
C. Saravan et al.	2014	Malaisie	facteur prédicteur	P<0.001
M. Fawzy et al.	2017	Egypt	facteur prédicteur	P=0,0001
F. B. Mayer et al.	2016	Brésil	facteur prédicteur	P<0,001
D.Kunwar et al.	2016	Nepal	facteur prédicteur	P<0,001
Notre Etude	2023	Maroc	facteur prédicteur	P=<0.002

C. Étude et comparaison du risque suicidaire :

❖ Le risque suicidaire et la dépression

La dépression est fortement associée au risque suicidaire. Les personnes atteintes de dépression ont un risque considérablement plus élevé de pensées suicidaires, de tentatives de suicide et de suicide réussi par rapport à celles qui ne souffrent pas de cette maladie. Dans notre analyse a révélé que 16.1% des étudiants déprimés présentent un risque suicidaire actuel avec une association statistiquement significative entre la présence des troubles dépressifs et le risque suicidaire ($p<0.001$).

Nos résultats corroborent la corrélation significative entre la dépression et le risque suicidaire. Cette association est soutenue par d'autres études, notamment celles de Coentre R. et al.⁷⁵ et Torres A. et al.⁷⁶, qui ont identifié le trouble dépressif comme la pathologie psychiatrique prédominante chez les médecins décédés par suicide. De même, Gold et al.⁷⁷ et A. Adhikari et al.⁷⁸ ont observé une prévalence considérablement plus élevée d'idées suicidaires chez les individus souffrant de problèmes de santé mentale.

Il est donc impératif de souligner l'importance de prévenir la dépression chez les étudiants en médecine afin de maîtriser les idées, les plans et les tentatives de suicide.

Tableau XXVIII : Comparatif du risque suicidaire en fonction des troubles dépressifs

Auteurs	Année	Lieu de l'étude	Résultats	Valeur P
Coentre R.	2016	Portugal	facteur prédicteur	P<0.001
Torres A. et al.	2017	Brésil	facteur prédicteur	P<0,001
Gold et al.	2016	Etats-Unis	facteur prédicteur	P=0,045
Notre Etude	2023	Maroc	facteur prédicteur	P<0.001

❖ Le risque suicidaire et troubles anxieux

Les troubles anxieux et la dépression sont deux troubles mentaux fréquemment interconnectés. Les individus atteints de troubles anxieux sont plus susceptibles de développer une dépression.

Dans notre enquête, nous avons identifié une prévalence significative de 77 % de risque suicidaire parmi les étudiants souffrant de troubles anxieux, et cette association est statistiquement confirmée ($p < 0,049$). Ces constatations concordent avec des études similaires, notamment celle réalisée par Rosiek et al.⁷⁹, qui a montré que l'exposition prolongée à des situations stressantes pendant les études de médecine peut entraîner des troubles psychiatriques et favoriser les comportements suicidaires ($P < 0,029$). De plus, S. Chahal et al.⁸⁰ ont conclu que le stress académique était la cause la plus couramment évoquée pour expliquer les suicides parmi les étudiants en médecine.

Ainsi, nos résultats suggèrent que les environnements universitaires en médecine peuvent être eux-mêmes des sources de stress intense, augmentant ainsi le risque de comportements suicidaires.

❖ Le risque suicidaire et les violences

Dans notre étude, nous avons mis en évidence une association statistiquement significative entre le risque suicidaire et les différents types de violence, qu'il s'agisse de violence physique, psychologique ou sexuelle. Cette découverte indique que le risque suicidaire est fortement lié à l'expérience de ces formes de violence. Les résultats suggèrent que les individus exposés à ces situations sont plus susceptibles de présenter un risque accru de pensées et de comportements suicidaires.

Nos résultats sont en cohérence avec d'autres études présentes dans la littérature, notamment celle menée par Bourbon et al.⁵⁶ ($P < 0.001$) qui ont également trouvé une association significative entre différents types de violences et la présence d'idées suicidaires. Cela renforce l'idée que les expériences de violence peuvent augmenter le risque de comportement suicidaire. et l'étude de M. Osama et al.⁸¹ a révélé des associations statistiquement significatives entre divers facteurs et la prévalence de la dépression. Ces facteurs comprennent la négligence et l'exigeants parentale ($p < 0,001$) des expériences de bizutage ($p < 0,036$), ces facteurs peut être inclus dans la catégorie de violence psychologique, et avoir été agressé (valeur $p < 0,002$). Ces résultats indiquent que ces facteurs sont fortement liés à la présence de la dépression parmi les participants à l'étude.

Le risque suicidaire et les violences sont souvent intrinsèquement liés, car les facteurs sous-jacents, tels que les problèmes de santé mentale non traités, les traumatismes, les troubles de la personnalité et les relations conflictuelles, peuvent contribuer à la vulnérabilité de la personne concernée.⁸² Les victimes de violences, en particulier au sein de relations familiales ou de couple, sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale, y compris des idées suicidaires. Une intervention rapide, adaptée à chaque situation, est essentielle, impliquant des professionnels de la santé mentale pour évaluer le risque, signaler les abus aux autorités compétentes, fournir un soutien ciblé, et souvent une approche multidisciplinaire pour aborder ces problèmes.²

❖ Le risque suicidaire et les antécédents médicaux et psychiatriques

Nos résultats montrent que les antécédents psychiatriques, à la fois au niveau personnel ($p = 0,007$) et familial ($p = 0,049$), sont significativement associés au risque suicidaire chez les étudiants. Cela suggère que les antécédents de problèmes de santé mentale, qu'ils

concernent l'individu lui-même ou sa famille, peuvent jouer un rôle dans l'augmentation du risque de comportement suicidaire.

Ces résultats concordent avec d'autres études, comme celle menée par M. Osama et al.⁸¹, qui suggère que les antécédents personnels peuvent contribuer au développement d'idées suicidaires ($p \leq 0.001$). Ainsi, une étude menée par Barrimi et al.⁸³ au Maroc a démontré que la présence la présence d'une affection antérieure psychiatrique et somatique ($p=0,04$) de longue durée était significativement et indépendamment associée à la présence du risque suicidaire .

Cette observation souligne l'importance de prendre en compte ces facteurs lors de l'évaluation du risque suicidaire et de mettre en place des mesures de prévention adaptées pour ces étudiants.

❖ **Le risque suicidaire et les évènements négatifs vécu dans l'enfance**

Dans notre étude 55.5 % des étudiants qui ont un risque suicidaire ont vécu un évènement négatif durant leurs enfance ce qui rend ces évènement associe statistiquement avec le risque suicidaire et le considèrent comme un facteur de risque

Ces résultats sont cohérents avec d'autres études, notamment celle de Fadakar et al.⁸⁴, qui a souligné que les traumatismes de l'enfance sont un facteur de risque des idées suicidaires chez les étudiants en médecine de la région méditerranéenne de l'Est. Une autre étude de F. Sciolla et al.⁶⁹ a montré que les expériences négatives de l'enfance, telles que les Événements Traumatiques de l'Enfance ,sont associées aux troubles de la santé mentale, y compris les idées suicidaires.

Les Événements Traumatiques de l'Enfance peuvent contribuer au déclenchement d'idées suicidaires de plusieurs manières. Ils augmentent le risque de troubles de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété, qui sont associés aux pensées suicidaires, De plus, ces évènements ont un impact sur l'estime de soi et l'image de soi, contribuant ainsi à des sentiments de désespoir.⁸⁵

❖ **Le risque suicidaire et conduites addictifs**

Il est intéressant de noter que dans notre étude, la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis n'a pas été associée au risque de développer des idées suicidaires. Cependant,

certaines autres travaux de recherche suggèrent un lien entre l'usage de substances et le risque suicidaire. Il est important de reconnaître que les relations entre la consommation de substances et les idées suicidaires sont complexes et peuvent varier en fonction de nombreux facteurs. Par exemple, une étude menée par M. Barrimi et al.⁸³ au Maroc a révélé que l'utilisation de substances toxiques pourrait aggraver ou contribuer à l'émergence d'idées suicidaires chez les étudiants. Dans notre étude, ils ont observé une corrélation entre les idées suicidaires et la consommation de substances psychoactives. De plus, l'étude d'Ayala et al.⁸⁶ a montré que la consommation d'alcool et de drogues chez ces étudiants en médecine avait des conséquences, notamment des altercations interpersonnelles et des idées suicidaires graves.

L'association entre le risque suicidaire et les conduites addictives, tels que la consommation de substances psychoactives, est multifactorielle.⁸² Les personnes peuvent recourir à ces substances pour soulager leur détresse émotionnelle, mais cela peut aggraver leurs problèmes. Les effets psychophysiologiques de ces substances sur le cerveau peuvent altérer la régulation de l'humeur, contribuant ainsi aux idées suicidaires.⁸⁷ De plus, les environnements sociaux liés à la dépendance peuvent favoriser le risque suicidaire en créant des conflits relationnels et un isolement accru. Le stress chez les personnels de santé peut contribuer au développement de conduites addictives en les poussant à utiliser des substances addictives comme moyen de gestion du stress.⁸⁸



Les résultats de notre étude montrent qu'il est important de prendre des mesures pour améliorer l'environnement de formation des jeunes médecins.

Nous avons quelques recommandations à proposer :

I. Une cellule d'accompagnement et d'écoute

Mise en place d'un dispositif de soutien et d'accompagnement, similaire à celui existant pour les étudiants en médecine à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et de Médecine Dentaire de Tanger (FMPT). Les objectifs de ce dispositif sont les suivants :

- ✚ Offrir un espace de réception et d'écoute pour les étudiants qui souhaitent bénéficier d'entretiens individuels. Ce service sera accessible via des permanences sans rendez-vous et des rendez-vous pré-planifiés.
- ✚ Fournir aux étudiants une assistance sous forme de conseils et d'orientations adaptées à leurs besoins. L'objectif est d'offrir un soutien pratique pour faire face à leurs préoccupations et difficultés émotionnelles.
- ✚ Proposer un lien vers des professionnels de la santé mentale si une prise en charge psychologique s'avère nécessaire. Cette étape assure un suivi plus spécialisé en cas de besoins plus complexes.
- ✚ Développer des mesures préventives pour identifier et anticiper les facteurs de risque liés aux troubles émotionnels. Cela contribue à une approche globale de la santé mentale des internes et résidents, visant à améliorer leur bien-être au sein du CHU Mohammed VI.
- ✚ Surveiller attentivement les indicateurs de facteurs de risque pour anticiper et répondre de manière proactive aux besoins en santé mentale de ces professionnels de la santé. Cette démarche vise à garantir leur bien-être psychologique et émotionnel tout au long de leur formation et de leur carrière.

II. Des programmes avec des clubs culturels et des salles sportives

Il est essentiel de mettre en place des programmes d'enrichissement pour les étudiants en médecine qui visent à diversifier leurs activités en dehors du contexte académique. Cela peut inclure des accords avec des salles de sport pour proposer des activités physiques, des

partenariats avec des instituts culturels pour des événements artistiques et culturels, et des activités de loisirs variées.

En outre, encourager la participation des étudiants à des événements académiques tels que des conférences et des journées scientifiques peut stimuler leur intérêt pour leur domaine d'études. Les caravanes médicales et les échanges cliniques offrent des opportunités pratiques pour appliquer leurs connaissances médicales dans un contexte réel, renforçant ainsi leur formation.

Tout cela vise à créer un environnement plus équilibré pour les étudiants en médecine, où le bien-être et le développement personnel sont pris en compte, en plus de l'aspect académique souvent exigeant de leur formation.

III. Prévention et dépistage des facteurs de risque

Il existe diverses approches pour intervenir auprès des étudiants en médecine. Ces interventions peuvent être catégorisées en deux principaux types. D'une part, il y a les interventions institutionnelles qui visent à modifier des aspects du programme universitaire, tels que les méthodes d'apprentissage, les modes d'évaluation, ou les directives concernant les interactions entre les étudiants. D'autre part, les interventions se concentrent directement sur les étudiants, qu'elles soient collectives (interventions en groupe) ou individuelles.⁸⁹

Plusieurs études ont montré l'efficacité de ces interventions pour réduire le stress et la dépression. Elles peuvent prendre la forme de discussions pédagogiques, de séances axées sur le développement personnel, ou de groupes de soutien psychologiques dirigés par des professionnels de la santé mentale.⁹⁰

Ces interventions cherchent à améliorer le bien-être des étudiants en médecine et à les aider à faire face aux défis du cursus universitaire exigeant.

L'identification des facteurs de risque commence par l'analyse des conditions de travail, qui peuvent influencer la santé mentale des individus. Cela inclut l'intensité et l'organisation du travail, telles que la surcharge de travail et des objectifs irréalistes, les exigences émotionnelles liées à la confrontation à des situations de souffrance et de mort, le degré d'autonomie et de marge de manœuvre des travailleurs, les relations dans le milieu de

travail, y compris les conflits interpersonnels et le soutien du collectif de travail, ainsi que les conflits de valeurs entre les croyances personnelles et les valeurs promues au travail. Cette analyse vise à comprendre comment les conditions de travail peuvent affecter la santé mentale des employés, afin de mettre en place des mesures de prévention et d'intervention pour maintenir un environnement de travail sain et réduire les risques pour la santé mentale.

IV. Suivie des jeunes médecins malades :

Mettre en place une prise en charge spécialisée, rigoureusement codifiée, qui garantit la confidentialité et offre un soutien continu jusqu'à la réintégration professionnelle, tout en faisant attention sur la prévention du risque suicidaire chez les étudiants déprimés.



Les étudiants en médecine sont vulnérables aux troubles dépressifs et au risque suicidaire, qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur leur santé mentale, leurs performances académiques et même leur bien-être physique.

Dans notre étude, nous avons constaté une prévalence des troubles dépressifs de 32,1 % et un taux de risque suicidaire de 4,5 %.

Notre étude a révélé des associations statistiquement significatives entre la dépression et sa complication la plus urgente, le risque suicidaire, d'une part, et d'autre part, des facteurs tels que les antécédents, les violences, et les traumatismes de l'enfance.

Toutes ces données soulignent la nécessité d'intervenir auprès des futurs médecins souffrant de troubles psychiques ou exposés à des facteurs de risque. Il est recommandé de mettre en place un dépistage pour identifier les étudiants présentant des antécédents personnels ou familiaux en psychiatrie, afin de leur fournir un suivi adapté et prévenir le développement des troubles dépressifs.

En prenant des mesures de prévention contre la dépression parmi les étudiants en médecine de Tangerang, il serait possible d'améliorer leur santé mentale et de prévenir les complications graves associées aux problèmes de santé mentale dans cette population



ANNEXES

Annexe 1 : Fiche d'exploitation

Enquêteur _____

Date de l'enquête _____

Établissement _____

Record ID _____

I. Caractéristiques sociodémographiquesLe sexe homme Femme

Age (années) : _____

Nationalité :

 Marocaine ÉtrangèreStatut marital célibataire (*passez à Q Niveau d'étude*) Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf (Ve)

Nombre d'enfants : _____

Niveau d'étude :

Revenu mensuel de ménage _____

Ville de résidence _____

Milieu de résidence

Rural

Urbain

Quartier/commune _____

Vit avec qui

Seul

Cité universitaire

La famille

Avec mère

Avec père

Situation des parents

	Vivant(e)	décédé(e)
Père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> (il y a Années)
Mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> (il y a Années)

Parents divorcés ou séparés oui

non

Consommation parentale d'alcool ou de drogue oui non

Taille de la fratrie _____

A. Utilisation des substances psychoactive

II. Antécédents

Est-ce que vous fumez ? Oui

Non (passez à Q consommation d'alcool)

Si oui Quantité ?

Moins d'un ½ paquet/jour

D'un ½ à 1 paquet/jour

Plus d'un paquet/jour

Age de début de consommation :

Avez-vous arrêté de fumer ? Oui

Non

Si oui, il y a combien de temps ?

Est-ce que vous buvez ou avez bu de l'alcool ? Oui

Non (passez à Q consommation de cannabis)

Si oui avec quelle fréquence ?

Une seule fois dans la vie

Parfois

Souvent

Chaque jour

Age de début de consommation (années)

Est-ce que vous consommez ou avez consommé du Cannabis ou dérivés ?

Oui

Non (passez à Q consommation des substances)

Si oui avec quelle fréquence ?

Une seule fois dans la vie

Parfois

Souvent

Chaque jour

Age de la première consommation (années)

Avez-vous arrêté ? **Oui**

Non (passez à Q consommation des substances)

Si oui Il y a combien de temps ?

Est-ce que vous consommez ou avez consommé d'autres substances ?

Oui

Non (passez à Q des jeux compulsifs)

Si oui Laquelle/lesquelles ?

Avec quelle fréquence ?

Une seule fois dans la vie

Parfois

Souvent

Chaque jour

Age de début de consommation :

Avez-vous arrêté la consommation de ce(s) produit(s) ? Oui

Non

Est-ce que vous jouez à des jeux compulsifs ? Oui

Non (passez à Q des ATCD Médicaux)

Avec quelle fréquence ?

Rarement

Parfois

Souvent

Chaque jour

B. Antécédents Médicaux

Est-ce que vous êtes suivi pour un problème médical ? Oui

Non

Si oui lequel (lesquels)

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui

Non

Si oui lesquels ?

Est-ce que vous êtes suivis pour un problème psychiatrique ?

Oui

Non

Si oui, lequel (lesquels) ?

Prenez-vous ou avez-vous pris, des médicaments pour dépression, anxiété ou toxicomanie ?

Oui

Non

Prenez-vous quelque chose pour vous aider à dormir ?

Oui

Non

C. Antécédent familiaux

Est-ce que vous avez quelqu'un de la famille proche suivi pour un problème psychiatrique ?

Oui

Non

Si oui, précisez c'est qui :

D. Antécédents judiciaires

Avez-vous déjà eu des problèmes avec la police ?

Oui

Si oui préciser par qui :

Le type de violence : _____

- En la critiquant constamment;**
- En la rabaissant;**
- En déformant la réalité pour modifier sa perception;**
- En la faisant douter d'elle-même; en manipulant ses émotions;**
- En l'isolant socialement;**
- Autre**

Répétition **oui** **non**

Violence sexuelle **oui** **non**

Si oui préciser par qui : _____

Répétition de violence : **oui** **non**

Avez-vous vécu un évènement négatif marquant durant votre enfance ou adolescence :

oui **non**

Si oui, lequel : _____

Annexe 2 : Questionnaire M.I.N.I DSM IV**M.I.N.I.****Mini International Neuropsychiatric Interview****Moroccan Arab Version 5.0.0****DSM-IV**

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

Translated by :

N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnaoui
University Psychiatric Centre Ibn Rochd-Casablanca-Morocco

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

M.I.N.I. 5.0.0 Moroccan Arab version / DSM-IV / current

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Moroccan Arab by N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnaoui

<i>NOM DU PATIENT :</i> _____	<i>PROTOCOLE NUMERO :</i> _____
<i>DATE DE NAISSANCE:</i> _____	<i>Heure de Début :</i> _____
<i>ENTRETIEN REALISE PAR :</i> _____	<i>Heure de Fin :</i> _____
<i>DATE DE L'ENTRETIEN :</i> _____	<i>DUREE TOTALE :</i> _____

M.I.N.I. 5.0.0 / Moroccan Arab version / DSM-IV / current

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + Vie entière	
A'. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE----	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	<u>Optionnel</u>

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. ± 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

- **Entretien :**

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

- **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

- **Conventions :**

Les phrases écrites en « arabe marocain » doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en LETTRES LATINES « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en arabe marocain et en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (→) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

- **Instructions de cotation :**

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

M.I.N.I. 5.0.0 Moroccan Arab version / DSM-IV / current

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Moroccan Arab by N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnaoui

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR

A1	واش شعرت بنفسك حزين أكثر من اللازم , الأسابيع الأخيرة 2 خلال مضيوم أغلب النهار تقريبا كل نهار ؟ , مكنتب	NON	OUI	1	
A2	واش شعرت أن خاطرك ضيق وشعورك باللذة , الأسابيع الأخيرة 2 خلال . نقصوا بالنسبة الأشياء اللي كيعجبوك عادة وهدشي في أغلبية الأوقات .	NON	OUI	2	
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	→	NON	OUI	
A3	لأغلب وما عندكش اهتمام /أسابيع اللي كنت تتحس فيها براسك مكنتب أو 2 خلال الأشياء:				
a	واش الشهية ديالك نقصات أو زادت ؟ واش الوزن ديالك نقص ولا زاد بلا ما كغ 3.5 في الشهر من الوزن ديالك (أو 5%مثلا) حاولت تنقص أو تزيد فيه (كغ65بالنسبة لشخص كيبوزن)	NON	OUI	3	
	COTER OUI SI OUI A L'UN OU L'AUTRE				
b	كنفيق ,صعوبة في النعاس) واش كانت عندك مشاكل في النعاس تقريبا كل ليلة ؟ (...كنفيق بكري أو كتنعس بزاف , وسط الليل	NON	OUI	4	
c	واش كنت تتهدر ولا تتحرك أقل من العادة أو كنت مقلق وممرتاحش وما يقيتيش قادر تبقى كالس في بلاصتك وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	5	
d	واش كنت تتحس براسك عيان أو ما عندكش الجهد تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	6	
e	وهاذشي تقريبا . واش كنت تتحس براسك ما عندكش قيمة أو تتبقى تلوم نفسك كل نهار ؟	NON	OUI	7	
f	واش عندك صعوبة في التركيز أو في اتخاذ قرارات وهاذشي تقريبا كل نهار ؟	NON	OUI	8	
g	واش جاوك بزاف المرات أفكار كحلة بحال تفكر أن من الأحسن تموت أو تأدي راسك	NON	OUI	9	
A4	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL			
	SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :				
A5a	أسابيع أو أكثر اللي فيها 2 خلال حياتك واش وقعوا ليك فترات أخرى ديال كنت مكنتب أو بدون اهتمام لأغلب الأشياء واللي خلالها كانوا عندك المشاكل اللي تكلمنا عليها دابا	→	NON	OUI	10
b	قبل ما تحس مكنتب حزين أو فقدتي الاهتمام بالأشياء واش كنت خاطر ديالك مزيان على الأقل شهرين	NON	OUI	11	
	A5b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI EPISODE DEPRESSIF MAJEUR PASSE			

M.I.N.I. 5.0.0 Moroccan Arab version / DSM-IV / current

V. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Moroccan Arab by N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnaoui

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (A4 = OUI), EXPLORER CI-DESSOUS :

A6 a	A2 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	12
b	واش فقدت القدرة , خلال أصعب فترة في حالة الاكتئاب اللي عشتها باش تتجاوب مع الأشياء اللي كانوا كيحبوك ولا اللي كانوا كيفرحوك	NON	OUI	13
	إلا وقعت شي حاجة مزبانه واش كنت عاجز تفرح بها ولو لفترة مؤقتة : Si NON :			
	A6a <u>OU</u> A6b SONT-ELLES COTEES OUI	→ NON	OUI	

أسابيع أو أكثر اللي كنت تتحس فيها براسك مكتب وما عندكش 2 خلال
الاهتمام لأغلب الأشياء

A7 a	واش كنت تتحس بنفسك مكتب بطريقة مختلفة على الحالة اللي كنتشعربها الا فقدت شي حد عزيز عليك	NON	OUI	14
b	واش كنت تتحس براسك محن بزاف في الصباح أكثر من العشية	NON	OUI	15
c	واش كنت كتفبق على الأقل ساعتين قبل وكانت عندك صعوبة تعاود تنعس و هذشي كل يوم تقريبا ؟	NON	OUI	16
d	A3c EST ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	17
e	A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?	NON	OUI	18
f	واش كنت تتحس بالذنب أكثر من اللازم أو كنت تتحس بالذنب على شي أشياء متيسهلهاش هاذ الاحساس ؟	NON	OUI	19

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?

NON	OUI
EPISODE DEPRESSIF MAJEUR avec Caractéristiques Mélancoliques ACTUEL	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B1	واش حسيت براسك حزين أو مكتئب أكثرية الوقت في العامين لدازوا	→ NON	OUI	20
B2	واش هاذ الفترة كانت مفرقة بمدة ديال شهرين أو أكثر لكنت تتحس فيها براسك مزيان؟	NON	→ OUI	21
B3	خلال هاذ الفترة لكنت تتحس براسك مكتئب أكثرية الوقت			
a	واش الشهية دياالك تغيرت بصفة ملحوظة؟	NON	OUI	22
b	واش كنت تتنعس أقل أو لا كنت تتنعس بزاف	NON	OUI	23
c	واش كنت تتحس براسك عيان أو ما عندكش الجهد	NON	OUI	24
d	واش فقدت الثقة في نفسك	NON	OUI	25
e	واش كان عندك شي مشكل في التركيز أو في أخذ القرارات	NON	OUI	26
f	واش كيوقع لك أنك كتفقد الأمل؟	NON	OUI	27
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	→ NON	OUI	
B4	واش هاذ الأعراض ديال الاكتئاب زعجوك بصفة ملحوظة أو خلقوليك اضطراب في القدرة دياالك على الخدمة أو في التعامل مع الناس أو في شي مجالات أخرى مهمة بالنسبة ليك.	→ NON	OUI	28

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**DYSTHYMIE
ACTUEL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

C. RISQUE SUICIDAIRE

واش كنت :في الشهر الأخير

C1	تتفكر أنه أحسن ليك تموت أولا تمنيت الموت	NON	OUI	1
C2	بغيتي تأذي راسك ؟	NON	OUI	2
C3	خمنت في الانتحار ؟	NON	OUI	3
C4	(خطة الانتحار) خططت تنتحر	NON	OUI	4
C5	حاولت تنتحر	NON	OUI	5
:في حياتك كاملة				
C6	واش عمرك قمت بشي محاولة ديال الانتحار	NON	OUI	6

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER
C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN
C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE

NON	OUI
RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL	
LEGER	<input type="checkbox"/>
MOYEN	<input type="checkbox"/>
ELEVE	<input type="checkbox"/>

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	واش عمرك جاتك شي فترة من الوقت اللي كنت فيها كتشعر براسك ناشط أو كتشعر بواحد الطاقة كبيرة حتى وقع لك شي مشاكل أو حسوا الناس أو بزاف الوسط ديالك أنك ماشي في حالتك العادية	NON	OUI	1
	NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER كنعني أن الواحد كيكون نشيط , بناشط بزاف أو عندك طاقة كبيرة : أكثر من متحمس بزاف أو مبدع أو مندفع أكثر من اللازم , شاعل , اللازم			
Si OUI				2
b	أو عندك طاقة كبيرة , ناشط (دابا) واش شاعر بنفسك في هذ الوقت	NON	OUI	
D2 a	حتى تقلقت مع الناس أو تخاصمت أو , واش عمرك كنت فيها متوتر بزاف أو غوتي على ناس برانيين عليك , تضاربت	NON	OUI	3
	NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI OUI			
b	واش شاعر بنفسك دابا متوتر أكثر من العادة	NON	OUI	4
	D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI	

D3	SI D1b ou D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL SI D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE أو متوتر واش / أو عندك طاقة كبيرة , في الفترة اللي كنت فيها ناشط			
a	كنت كتشعر أنك قادر تقوم شي أشياء اللي الناس الآخرين ما قدرينش يديروا أو أنك إنسان مهم	NON	OUI	5
b	كتشعر براسك مرتاح واخ تنعس غير ساعات (محتاج تنعس أقل من العادة قليلة)	NON	OUI	6
c	أو بسرعة كبيرة حتى الناس ما يفهموك الا , كتهدر بزاف بدون انقطاع بصعوبة	NON	OUI	7
d	أفكارك كتجري في راسك بسرعة كبيرة حتى ماكتقدرش تبعها ؟	NON	OUI	8
e	كتسهى بسهولة لدرجة أن أي انقطاع كيبيدك على اللي كنت كدير أو كتفكر فيه	NON	OUI	9
f	بديت كتحرك بزاف أو ما كترتأحش لدرجة أن الآخرين تخلعوا عليك	NON	OUI	10

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

g	عندك رغبة كبيرة تقوم بأنشطة ديال المتعة لدرجة أنك مكتقدرش المخاطر أو جنسي تسوك بلا حدر أو عندك نشاط, مثلا تشري بلا حساب(العواقب ديالها غير معتاد)	NON OUI	11
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3 OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?	→ NON OUI	
D4	في الدار , و سبوا ليك مشاكل , و اش هذ المشاكل طالوا على الأقل أسبوع , الخدمة , المدرسة , أو نعست في السبيطار بسبب هذه المشاكل	NON OUI	12
	COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE		

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI

**EPISODE
HYPOMANIAQUE**

ACTUEL •

PASSE •

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI

EPISODE MANIAQUE

ACTUEL •

PASSE •

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

E. TROUBLE PANIQUE

E1	واش سبق ليك أكثر من مرة حسيت بشي كريز أو نوبة اللي حسيت براسك فيها وخاف في مواقف اللي ,ميرزط ,مشي على راحتك ,مخلوع ,على غفلة مقلق أغلب الناس ماكيحسوش بحال هذا الإحساس؟ واش هذ لكريز كيوصلو الحدة دقانق على الأكثر؟ 10ديالهم خلال	NON	OUI	1
NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES				
SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E2	واش بعض هذ النوبات او كريز، وخاشحال هاذي، وقعوا ليك بصفة غير متوقعة و بلا سبب	NON	OUI	2
SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E3	واش بعد شي كريز، تبعاتها واحدة الفترة ديال شهر او لاكثر اللي بقيت فيها. باستمرار خايف من شي كريز اخرى او لاخايف من العواقب ديال هذا النوبة.	NON	OUI	3
SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E4	خلال اصعب نوبة جاتك			
a	واش حسيت ان القلب دياك كيضرب بزاف او بحال لي غادي يسكت	NON	OUI	4
b	عرقنت ويديك فزكوا عليك	NON	OUI	5
c	جاتك الترعيدة، الرعشة	NON	OUI	6
d	التنفس دياك ضاق عليك او لا حسيت أنك غادي تخنق	NON	OUI	7
e	كتحس بحال لي غادي تقج أو لا شي حاجة واحلة لك في الحلق	NON	OUI	8
f	حسيت بألم أو تزيار في الصدر دياك	NON	OUI	9
g	حسيت بقلبك مروع بحال إلا غدي التقى أو مشاكل في المعدة أولا باسهال مفاجئ	NON	OUI	10
h	واش حسيت بالدوخة بحال غادي تطيح أو تفقد الوعي	NON	OUI	11
i	ما سبق ,بعيدة ,بحال مش حقيقية ,واش حسيت بالاشياء اللي دايرة بك غريبة لك كتعرفها أو لا حسيت بحال اللي خرجت أو كنت بعيد من الجسم دياك	NON	OUI	12
j	واش خفت أنك تفقد السيطرة على راسك أو لا تحماق	NON	OUI	13
k	خفت أنك تموت	NON	OUI	14
l	حسيت ببعض الأجزاء ديال الجسم دياك تقالت عليك أو حسيت بالتنمالم	NON	OUI	15
m	حسيت بالسخونية أو لا بالتبوريشة	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	NON	OUI	
SI E5 = NON, PASSER À E7				
SI E5 = NON, PASSER À E7				
E6	متبوعة بخوف مستمر (أو لا أكثر 2) واش وقعت ليك نفس النوبات بصفة متكررة ,في الشهر الأخير أن نفس الحالة تعاود تجيك	NON	OUI	17
SI E6 = OUI, PASSER A F1				
E7	Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI	18
<p style="text-align: center;"><i>Trouble Panique</i> <i>Vie entière</i> <i>Trouble Panique</i> <i>Vie entière</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Trouble Panique</i> <i>Actuel</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Attaques</i> <i>Paucisymptomatiques vie entière</i></p>				

M.I.N.I. 5.0.0 Moroccan Arab version / DSM-IV / current

Y. Lecrubier, E. Weiller, J. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine (INSERM-PARIS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TAMPA, USA) translated into Moroccan Arab by N. Kadri, M. Agoub, S. El Gnauti

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

F. AGORAPHOBIE

F1	<p>واش كتكون خايف أو ممرتاحش بدرجة كبيرة في اماكن أو مواقف اللي صعيب تهرب منها أو يكون صعيب تلقفيها مساعدة الى جاتك حالة الخوف ، بحال تكون مثلا في الزحام أو لا واقف في صف لفتسنل نوبتك ، تكون بعيد من أو لا تكون فوق قنطرة أو لا تكون راكب في ,الدار أو بوحدك داخل الدار أو السيارة ؟ ,القطار ,الطوبيس</p>	NON	OUI	19
----	---	-----	-----	----

Si F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2	<p>واش كتخاف بزاف من هذا المواقف لدرجة أنك تبدا تجنبها و لا كتعاني ملي تكون فيها أو لا كتحاول يكون معاك شي حد باش تواجهها ؟</p>	NON	OUI	20
----	---	-----	-----	----

Agoraphobie Actuel

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL**

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL**

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI

**AGORAPHOBIE
sans antécédents de
Trouble Panique
ACTUEL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

G. PHOBIE SOCIALE

G1	واش كنتت خايف أو محروج أنك تكون محط الاهتمام أو كنتت ,في الشهر الأخير الكلمة أمام الناس أو خايفت تبهدل ؟ قي بعض المواقف الاجتماعية ، بحال تاخ تكتب و الناس كيشوفو فيك تأكل في الزنقة أو	→ NON OUI	1
G2	واش كتظن أن هذا الخوف كثير بزاف أو مشي معقول	→ NON OUI	2
G3	واش كتخاف من هذا المواقف لدرجة أنك كتجنبها أو لا كتعاني كثير ملي تتواجهها ؟	→ NON OUI	3
G4	لا كيضايقتك بزاف في الخدمة واش هذا الخوف لئيسبب ليك معاناة كبيرة أو ديالك أو في علاقتك مع الاخرين	NON OUI	4

G4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**PHOBIE SOCIALE
ACTUEL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1	واش جاتك في أغلب الأوقات أفكار أو نزعات خائبة, خلال الشهر الأخير بالرغم أنك ما ماشي في محلها أو كتخلع وللي كترجع لك بدون انقطاع مثلا كتظن أنك مسخ أو عندك مكروبات أو غادي تضرب شي واحد .باغيهاش بالرغم منك أو كتصرف بلاما تخمم أو جاوك بزاف ديال الوسواس عندها أو شكوك ماكتقدرش تحكم فيها أو ضرورة ترتب الأشياء في , علاقة بالجنس واحد النظام معين.	NON	OUI	1				
NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES								
SI H1=NON, PASSER A H4								
H2	واش حاولت , ولكن بلا نتيجة , تقاوم بعض هاد الأفكار , تتجاهلهم أو تفك منهم ؟	NON	OUI	2				
SI H2=NON, PASSER A H4								
H3	واش كتضن أن هذا الأفكار جايا من عندك و مش مفروضة عليك من الخارج؟	NON	OUI	3				
H4	انقطاع واش حسيت براسك مرغوم أنك تقوم بلشياء بدون , في الشهر الاخير تغسل يديك , تحسب أو تقلب الحاجة وتعاود :بلا ما تقدر تحبس راسك مثلا بشي أفعال عندها علاقة بالدين مثلا تعاود تقاد الحوايج أو لا تقوم , تقلبها تجمع الوضوء أو الصلاة.	NON	OUI	4				
H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?								
		→	NON	OUI				
H5	واش أنت عارف بأن هذا الوسواس و هذا التصرفات القهرية مشي معقولة أو فايئة القياس	→	NON	OUI	5			
H6	كتأثر بصفة (المتكررة) واش هذ الأفكار الوسواسية أو هذ التصرفات القهرية في الحياة الاجتماعية و العلاقات , في الخدمة دياك ,كبيرة على حياتك اليومية مع الناس ؟ أو كتأخذ ليك أكثر من ساعة في النهار من الوقت دياك	NON	OUI	6				
H6 EST-ELLE COTEE OUI ?								
<table border="1"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF ACTUEL</td> </tr> </table>					NON	OUI	TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF ACTUEL	
NON	OUI							
TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF ACTUEL								

→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

I1	واش عمرك عشت أو حضرت شي حدث خطير بزاف اللي خلاله ماتوا شي ناس أو كان يمكن يؤدي بيك أو بغيرك للموت أو يجرحك أو يجرح حد آخر جرح خطير؟	→ NON	OUI	1
EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE.....				
I2	واش كان بالك مشغول بهاذ الحدث بصفة مؤلمة أو , خلال الشهر الأخير أو شعرت بعض المرات بحال اللي كتعيشو من جديد ؟ , حملت به	→ NON	OUI	2
خلال الشهر الأخير:				
I3	a أو تجنبنا الأشياء اللي يمكن تفكرك , واش حاولت ماتغكرش في هذا الحادث فيه ؟	NON	OUI	3
	b واش كان صعب عليك تتفكر اللي وقع بصفة دقيقة ؟	NON	OUI	4
	c واش فقدت الاهتمام بالأشياء اللي كانت تتعجبك من قبل ؟	NON	OUI	5
	d (ة) واش حسيت براسك بعيد على كل شيء أو شعرت بحال اللي وليت غريب على الآخرين؟	NON	OUI	6
	e واش شعرت أنك ما بقتيش كتقدر تحس بالا شياء بحال لي مابتقش قادر تبغي ؟	NON	OUI	7
	f و أنك ما بقتيش , واش كتظن أن حياتك ما عمرها غدي تكون بحال اللي كانت لتشوف المستقبل بحال قبل ؟	NON	OUI	8
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?	→ NON	OUI	
خلال الشهر الأخير				
I4	a واش كانت عندك صعوبة باش تنعس ؟	NON	OUI	9
	b واش كنت موثر أكثر من العادة أو كتقلق بسهولة ؟	NON	OUI	10
	c واش كانت عندك صعوبة في التركيز ؟	NON	OUI	11
	d أو على أعصابك كل الوقت ؟ (مقلق) واش كنت منيرفي	NON	OUI	12
	e واش كنت كتقفز على أقل حاجة ؟	NON	OUI	13
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?	→ NON	OUI	
I5	واش هذا المشكل أثرت بصفة كبيرة على الخدمة ديالك , خلال الشهر الأخير أو على نشاطاتك اليومية أو على علاقاتك مع الآخرين ؟	NON	OUI	14
	I5 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ACTUEL		

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL

J1	مرات أو أكثر في مدة أقل 3 وواش وقع لك أنك شربت , شهر الأخيرة 12 خلال (ديال الكيسان ديال الويسكي 3 أو) ساعات ما كيعادل قرعة ديال الروج 3 من ؟	→ NON OUI	1
J2	: شهر الأخيرة 12 خلال واش كان خصك تشرب أكثر ديال الشراب باش توصل لنفس المفعول اللي حسيت قبل	NON OUI	2
a	واش بدوا بيدك كيتتر عدوا أو عرقت أو حسيت , ملي كنتقص من الشراب أو واش وقع ليك أنك شربت باش تجنب هذ « gueule de Bois » بنفسك مقلق ؟ 'التمن' الأعراض أو باش تجنب	NON OUI	3
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE			
c	واش كنت كنتشرب أكثر من الكمية اللي كنت , في الوقت اللي كنت كنتشرب فيه معول تشرب ؟ واش حاولت تحبس أو تنقص من الشراب أو ما قدرتش ؟	NON OUI	4
d	في الأيام اللي كنت كنتشرب فيها واش كنت كنتضيع بزاف ديال الوقت باش تلقى باش تشربه أو باش تسحى من المفعول دياله ؟ , الشراب	NON OUI	5
e	واش كنت كنتضي وقت أقل (عمل يومي , هوايات) واش نقصت من نشاطاتك مع الآخرين لأنك كنت كنتشرب	NON OUI	6
f	واش بقيت كنتشرب واخ عرفت أن الشراب كيسبب لك مشاكل صحية أو نفسية ؟	NON OUI	7
g		NON OUI	8

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

NON OUI

**DEPENDANCE
ALCOOLIQUE
ACTUEL**

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?

→
NON OUI

J3 **: أشهر الاخرة 12 خلال**

a أو متمن أكثر من مرة خلال ممارسة , سكران , واش وقع لك أن كنت شارب
واش هدشي سبب لك شي مشاكل ؟. أو في الدار , المدرسة/لواجباتك في الخدمة

NON OUI 9

NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- | | | | | |
|---|---|-----|-----|----|
| b | واش وقع لك أنك كنت شارب في حالات اللي جسديا كنت معرض فيها لخطر
كتستعمل شي آلة خطيرة أو راكب , راكب على موطور , سيطرة مثلا سايك
...فلوكة ؟ | NON | OUI | 10 |
| c | أو البوليس بسبب الشراب مثلا تشديت أو , واش وقعت شي مشاكل مع العدالة
حكموا عليك ؟ | NON | OUI | 11 |
| d | واش بقيت كتشرب واخا أنت عارف أن الشراب سبب لك مشاكل مع عائلتك
أو في المحيط ديك | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

NON

OUI

*ABUS D'ALCOOL
ACTUEL*

CARTE DES SUBSTANCES

المعجون	الكيف	التيمجيزيك
القرقوبي	الأوبتاليدون	أرتان
البولا الحمري	الهيريويين	ابن زيدون
كوادا لوبي	الغبرا	السيراج
العاود البيض	الكوكابين	بوان 2
السيلسيون	الكوديين	أورتال
الحشيش	الماريخوانا	

M.I.N.I.

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

K1	<p>واحد لائحة ديابال اسماء مخدرات او دواء نقرا عليك/داب غادي نوريك (MONTRER LA CARTE DE SUBSTANCES/LIRE LA CARTE DE SUBSTANCES) وقع لك أنك خديت واحد , شهر الأخيرة 12 خلال ونطلب منك تقولي واش أو تغير , تحس براسك أحسن , باش تطلع , من هذا المواد أكثر من مرة مزاجك ؟</p>	→ NON OUI
----	--	--------------

ENTOUREZ CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons », ecstasy.

Solvants volatiles : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Témesta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances ?

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMEE(S) :

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORE CI DESSOUS :

- SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLEMENT) :

CHAQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SEPAREMENT •

UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA PLUS CONSOMMEE •

- SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) CONSOMMEE :

UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) •

K2	<p>بالنسبة [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCE SELECTIONNER] شهر الأخيرة 12 لاستعمالك خلال واش لاحظت أنك محتاج تستعمل كميات أكبر باش بتحس بنفس المفعول اللي حسيت من قبل</p>	NON OUI	1
A			
b	<p>الام)الاستعمال واش شعرت بأعراض الاضطام ملي كنت كنتقص كتحس صعوبة ,دقات القلب كثيرة , عرق , احساس بالقيء , كرش , عياء , سخانة , ترعاد ؟ واش خديت شي (أو مكتتب , موثر , خوفان , أو حسيت بنفسك هايح , في النعاس حاجة اخرى باش ماتبقاش مريض أو باش تحس بنفسك أحسن ؟ (SYMPTOMES DE SEVRAGE)</p>	NON OUI	2
	COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE		
c	<p>كتأخذ أكثر من , واش لاحظت في أغلب الأحيان أنك ملي كتبدا تأخذ هدا المادة اللي كنت عوال ؟</p>	NON OUI	3

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

d	واش حاولت تنقص أو تحبس ولكنك ما قدرتيش ؟	NON	OUI	4
e	في الأيام اللي كتستعمل فيها هذا المادة واش كنت كتقضي بزاف ديال الوقت تستعملها و تفيق من المفعول دياله أو كتفكر ,باش تحصل (ساعات 2 أكثر من) فيها	NON	OUI	5
f	أو مع الناس (في هواياتك ,في الخدمة) واش نقصت من نشاطاتك اليومية الآخرين بسبب استعمالك للمخدر ؟	NON	OUI	6
g	واش بقيت كتستعمل المادة (nommer la substances ou la classe de substance sélectionnée) واش سببت لك مشاكل صحية أو نفسانية	NON	OUI	7

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

NON OUI
**DEPENDANCE à une (des)
SUBSTANCES(S)
ACTUEL**

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) ?

NON → OUI

K3

: شهور الأخيرة 12 خلال

a	أكثر من مرة , واش كنت (NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCE S SELECTIONNEE) واش ,في الدار ,المدرسة/ مخدر أو مبوق خلال ممارستك لواجباتك في الخدمة وقعت لك شي مشاكل بسببه ؟	NON	OUI	8
	NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES			
b	واش كنت تحت المفعول ديال (Nommer la substance ou la classe de substance sélectionnée) ركب ,مثلا سائق سيارة , في حالات اللي يمكن تكون معرض فيها للخطر جس ؟... أو في فلوكا ,تستعمل شي آلة خطيرة : ,على موطور	NON	OUI	9
c	واش عمر وقع لك شي مشكل مع العدالة بسبب استعمالك للمخدر ,مثلا تشديت أو حكموا عليك ؟ (Nommer la substance ou la classe de substance sélectionnée)	NON	OUI	10
d	واش بقيت كتستعمل المادة (Nommer la substance ou la classe de substance sélectionnée) واخ كتسبب لك مشاكل مع عائلتك أو مع ناس آخرين	NON	OUI	11

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) : _____

NON OUI
**ABUS DE SUBSTANCE(S)
ACTUEL**

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.

NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIEMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIES.

AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

دابا غادي نسلوك على بعض الحالات الغير معتادة اللي كيمكن تكون عند بعض الناس

			BIZARRE		
L1 a	واش عمرك شعرت أن شي حد كيتجسس عليك أو كيتامر عليك أو كيحاول يأذيك	NON	OUI	OUI	1
b	اش دابا كتشعر: Si oui	NON	OUI	OUI → L6a	2
L2 a	واش عمرك شعرت أن شي حد يمكن كيقرا أفكارك أو قادر يسمع أفكارك أو أنت يمكن لك تقرا في أفكار شي واحد أو تسمع أفكار شي حد	NON		OUI	3
b	واش دابا كتشعر نفس: Si oui	NON		OUI → L6a	4
L3 a	واش عمرك ظنيت أن شي حد أو شي قوة خارجية تدخل في راسك أفكار ماشي واش عمرك حسيت أنك, أو جعلتك تصرف بطريقة غير معتادة, ديالك مسكون	NON		OUI	5
B	واش تتظن دابا نفس: Si oui	NON		OUI → L6a	6
L4 a	الراديو أو شي, واش عمرك ظنيت أن شي حد كيتوجه مباشرة ليك عبر التلفزة حد اللي ماكتعرفش شخصيا كيهتم بك بصفة خاصة	NON	OUI	OUI	7
b	واش كتظن دابا نفس الشيء؟ Si oui	NON	OUI	OUI → L6a	8
L5 a	وما كيتفقوش, واش عائلتك أو صحابك عمرهم اعتبروا أن أفكارك غريبة أو غير معتادة معاك فيها	NON	OUI	OUI	9
NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS					
L1 A L4					
b	واش كيعتبروا دابا أن أفكارك غريبة Si oui	NON	OUI	OUI	10
L6 a	مثلا) واش عمرك سمعت شي حوايج اللي الناس الآخرين ما قدرينش يسمعوها (أصوات	NON	OUI	OUI	11
b	COTER SI OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REPOND OUI A LA QUESTION : أو بزاف 2 افعالك أو كنت كتسمع, واش هذه الأصوات كتعلق على أفكارك الأصوات كيتحاوروا بينتهم? واش وقع لك هذ الشيء خلال الشهر الأخير	NON	OUI	OUI → L8b	12
	Si oui				

L7 a	واش عمرك وأنت فايق شفت شي خيالات أو شفت شي أشياء اللي الناس الاخرين ما قادرينش يشفوها	NON	OUI	13
	COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES			
b	واش شفت هذه الأشياء خلال الشهر الأخير	NON	OUI	14
OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :				
L8 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?	NON	OUI	15
L9 b	ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?	NON	OUI	16
L10b	DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?	NON	OUI	17
L11	DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS UNE QUESTION « b » COTEE OUI BIZARRE OU DEUX QUESTIONS « b » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?	NON OUI SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL		
L12	DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS UNE QUESTION « a » COTEE OUI BIZARRE OU DEUX QUESTIONS « a » COTEES OUI (NON BIZARRE) ? (VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MÊME TEMPS) OU L11 EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE		
L13a	SI L11 EST COTE OUI OU S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE) OU UN EPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?	→ NON OUI		
b	SI L13a EST COTEE OUI : أو متوتر بزاف واش الأفكار /ناشط بزاف/اللي كنت فيها مكتتب (أو فترات)قلت لي أن وقعت فترة أو الشعور اللي هدرنا عليها بحال (L1 à L7) (Citer le symptôme cotés oui de L1 à L7) متوتر بزاف /؟ناشط بزاف/وقعوا لك غير في هذ الفترات اللي كنت فيها مكتتب	NON	OUI	18
	L13b EST-ELLE COTEE OUI ?	NON OUI TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES ACTUEL		

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

M. ANOREXIE MENTALE

M1 a	شحال الطول ديالك	_____ cm		
b	خلال ثلاثة أشهر الأخيرة شحال كان أقل وزن ديالك	_____ kg		
c	LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDIQUÉ POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE	→	NON OUI	1
M2	خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة رغم أن الوزن ديالك كان ناقص ؟ واش رفضت تزيد الوزن ديالك	→	NON OUI	2
M3	واش كنت كتخاف تزيد في الوزن أو كتخاف تغلاظ بزاف ؟	→	NON OUI	3
M4 a	واش كنت كتحس أنك غليظ بزاف أو كتظن أن جزء من الجسم ديالك غليظ بزاف ؟		NON OUI	4
b	لنفسك كانو كيئاتروا بدرجة كبيرة بالوزن أو الشكل ديال الجسم ديالك (الاعتبار) واش الوأي والتقدير ديالك		NON OUI	5
c	واش كنتي كتظن أن الوزن ديالك طبيعي أو زايد		NON OUI	6
M5	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ?	→	NON OUI	
M6	Pour les femmes seulement : واش العادة الشهرية توقفت عليك بالرغم أنها كان خاصتها تجي , أشهر أشهر الأخيرة 3 خلال (بلا متكون حالة حمل)	→	NON OUI	7

POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTEES OUI ?
POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
**ANOREXIE MENTALE
ACTUEL**

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VETEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

N. BOULIMIE

N1	واش وقعات لك نوبات ديال الإفراط في الماكلة اللي , أشهر الأخيرة 3 خلال خلالها كليتي كميات كبيرة بزاف ديال الماكلة في مدة زمنية قصيرة أي أقل من ساعات 2	→ NON OUI	8
N2	مرات في 2 واش هاذ النوبات ديال الإفراط في الماكلة وقع ليك على الأقل أشهر الأخيرة 3 الأسبوع خلال	→ NON OUI	9
N3	أثناء هذا النوبات ديال الإفراط في الماكلة واش كان عندك الاحساس بأنك ما قادرش تحبس من الماكلة أو ما قادرش تتحكم في كمية الماكلة اللي كتأخذ	→ NON OUI	10
N4	باش متزيدش في الوزن بعد هذا النوبات ديال الماكلة واش كتعمل بعض تقوم بحركات رياضية , عمدا تتستعمل ريجيم قاصح (تقيا) الحوايج مثلا ترد تأخذ مسهل مدر للبول أو دوا كيسد الشهية , بكثرة	→ NON OUI	11
N5	واش الرأي والتقدير ديال نفسك كيتأثروا بدرجة كبيرة بالوزن والشكل ديال الجسم ديالك	→ NON OUI	12
N6	LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE ANOREXIE MENTALE ?	NON OUI	13
Si N6 = NON, PASSER A N8			
N7	واش هذا النوبات ديال الإفراط في الأكل كيجيو دائما ملي الوزن ديالك كيكون ؟ كيلو... أقل من	NON OUI	14

REPRENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LE TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE UN FONCTION DE SA TAILLE , OU POIDS

N8 N5 EST-ELLE COTEE OUI ET N7 COTEE NON (OU NON-COTEE) ?

NON OUI

**BOULIMIE
ACTUEL**

N7 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**ANOREXIE MENTALE
Binge-eating / Purging type
ACTUEL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

O. ANXIETE GENERALISEE

O1 a	أو ،أو بالك مشغول , شهور الأخيرة واش حسيت بنفسك متخوف 6 خلال في الخدمة , متوتر أكثر من اللازم على أشياء تتعلق بحيابك ديال كل نهار ولا على عائلتك أو لاحظت أنك كنتشغل على الصغيرة , في الدار , المدرسة والكبيرة ؟ NE PAS COTER OUI si L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORE PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE). D'ETRECONTAMINE (TOC). DE PRENDRE DU POINS (ANOREXIE MENTALE) ETC....	→ NON OUI	1
b	واش هذه التخوفات كانت حاظرة أغلبية الأيام ؟	→ NON OUI	2
O2	واش صعب عليك تتغلب على هذه التخوفات أو واش متخليكش تركز على الأشياء اللي كبير	→ NON OUI	3
De O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORES PRECEDEMMENT			
O3	أشهر الأخيرة ملي كنت كتشعر بنفسك متخوف أو مقلق بزاف واش 6 خلال كنت:		
a	أعصابك متوترين ؟ , مزير في نفسك , حسيت بنفسك بلا راحة	NON OUI	4
b	حسيت بعضلاتك مزيرين ؟	NON OUI	5
c	ضعيف أو كنت كتعيا دغي ؟ , حسيت بنفسك عيان	NON OUI	6
d	لقت صعوبة في التركيز أو عقلك كيتحبس ؟	NON OUI	7
e	أكثر من اللازم ؟ (ة) حسيت بنفسك موتر	NON OUI	8
f	كتفريق , كتفريق وسط الليل , صعوبة باش تنعس) عندك صعوبة في النعاس (أو كتتنعس بزاف , بكري في الصباح	NON OUI	9

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON OUI
ANXIETE GENERALISEE
ACTUEL

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (option)

P1		عام واش 15 قبل من السن ديال		
a	كنت كتكاسي المدرسة بزاف أو مكتباتش في داركم	NON	OUI	1
b	كتقولب عباد الله أو كتسرق ,كتغش ,كتكذب بزاف	NON	OUI	2
c	كتهددهم أو كتستفزهم ,كتعدى على الناس	NON	OUI	3
d	تعمدتي تهرس أو تشعل العافية	NON	OUI	4
e	تعمدتي تعذب الحيوانات أو الناس	NON	OUI	5
f	بززت على شي حد يمارس معاك الجنس	NON	OUI	6
Y A-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ?		→		
		NON	OUI	
NE PAS COTER OUI LES REPNSES CI-DESSOUS, SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUES OU RELIGIEUX.				
		عام واش ؟ 15 ملي كان عندك		
P2				
a	كانوا عندك تصرفات اللي الناس كتبان لهم ما فيها شي روح مسؤولة مثلا ما تصرف بلا متخمم أو ما تخدمش بصفة متعمدة ,ترد الديون اللي عليك	NON	OUI	7
b	,تسرق ,مثلا تدمر ممتلكات الغير (واخا متشدتيش)قمت بأشياء غير قانونية تبيع المخدرات أو قمت بجريمة	NON	OUI	8
c	ديالك أو مع (الزوج)حتى مع الزوجة ,أغلب الأحيان كنت عنيف جسديا أو لادك	NON	OUI	9
d	أغلب الأحيان كذبت أو قولبت الناس باش تأخذ الفلوس أو من أجل المتعة أو كذبت غير باش تضحك	NON	OUI	10
e	عرضت الناس للأخطار بلا ما تديها فيهم	NON	OUI	11
f	جرحت تعديتي أو سرقت أو دمرت ,ما شعرتيش بتأنيب ضميرك بعدما كذبت الممتلكات ديال شي واحد	NON	OUI	12

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

NON OUI

**TROUBLE DE LA
PERSONNALITE
ANTISOCIALE
VIE ENTIERE**

REFERENCES

- Leclubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; **59** [suppl 20] : 22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

Les versions originales française et anglaise du M.I.N.I. / DSM-IV ont été traduites et peuvent être demandées aux auteurs (voir page 3). Une version CIM-10 du M.I.N.I. est aussi disponible en français, en anglais et en danois.

Languages	M.I.N.I. 4.4 and previous versions	M.I.N.I. 5.0.0 +
Afrikaans		R. Emsley, N. Keyter
Albanian		N. Morina
Arabic		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		In preparation
Bengali	H. Banerjee, A. Banerjee	G. Malati
Brazilian	P. Amorim	P. Amorim
Bulgarian		L.G. Hranov
Cebuano		C. Corete
Croatian		N. Henigsberg
Czech	P. Zvolicky	P. Zvolicky
Danish	P. Bech	P. Bech, G. Bech-Andersen, T. Schüttz
Dutch/Flemish	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demjtenaers	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Meegen
Egyptian (Arabic)		R. Haddad, W. Naja, C. Baddoura, A. Okasha
Estonian		J. Shlik, A. Ahoja, E. Kahl
Farsi/Persian		K. Khooshabi, A. Zoroosdi
Finnish	M. Heikkinen, M. Lijström, O. Tuominen	M. Heikkinen
German	I. van Denflor, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Storz, R. Dietz-Bauer, A. Vossen
Gujarati	M. Patel, B. Patel	L. Datt
Greek	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Hebrew	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi	K. Batra, S. Gambir	S. Singh
Hungarian	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Icelandic		J. Stefansson
Ilocano		A. Casem
Indonesian		A. Marazzi et al.
Italian	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Casanova
Japanese		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Kannada		H. Chandrashekar
Korean		H. Y. Jung et al.
Latvian	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Lebanese (Arabic)		R. Haddad, W. Naja, C. Baddoura
Lithuanian		V. Danileviciute
Malay		Adapted from A. Marazzi
Malayalam		D. Samsur
Malaysian (Chinese)		L. Caroli, J-d-Juang, Ong Choong Moi
Maltese		In preparation
Marathi		S. Pakar
Moroccan (Arabic)		N. Kadri, M. Agoub, S. El Graoui
Norwegian	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, S. Leganger, E. Malt, U. Malt
Polish	M. Maslak, E. Jasiak	M. Maslak, J. Prychoda
Portuguese	P. Amorim	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi	A. Gahania, S. Gambhir	R. Mahajan
Romanian	O. Driga	M.D. Ghicorghe
Russian		A. Bystrycky, E. Selivra, M. Bystrycky
Serbian	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Katlogotwe
Slovak		L. Vavruskova, J. Peřuták, I. Forgáčová
Slovenian	M. Kocmar	M. Kocmar
Spanish	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rabola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert.
Spanish (Argentina)		M. Rosenberg
Spanish (Chile)		In preparation
Spanish (Mexico & Central South America)		G. Heine
Spanish (Peru)		In preparation
Spanish (Venezuela)		In preparation
Swahili		In preparation
Swedish	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, M. Humble, S. Andersch, H. Ågren
Tagalog (Filipino)		B.L. Conde, A. Lao
Tamil		S. Elangovan
Taiwanese (Chinese)		L. Caroli, K-d Juang
Telugu		I. Murthy
Thai		P. Kittirattarapaboon, S. Mahatirankul, P. Udomrat, P. Silpakit, M. Khamwonggins, S. Sriksani.
Turkish	T. Örsük, A. Keskiner, I. Vahip	Y. Yargan
Ukrainian		S. Malyarov
Urdu		A. Taj, S. Gambir
Xhosa		D. Kammer, I. Mlungu, N. Zangwi-Dirwayi, D. Siza

M.I.N.I. 5.0.0 Moroccan Arab version / DSM-IV / current

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Legrain (INSERM-PMDS, FRANCE) / D. Sheehan, J. Janavs, E. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan (University of South Florida-TMPPA, USA) translated into Moroccan Arab by N. Kadri, W. Agoub, S. El Graoui

Traductions	M.I.N.I. 4.4 et versions antérieures	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley, N. Keyter
Allemand	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brésilien	P. Amorim	P. Amorim
Bulgare		L.G. Hranov
Catalan		En préparation
Chinois		L. Carroll, K-d Juang
Croate		En préparation
Danois	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espagnol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert. Adaptation pour l'Amérique Centrale et l'Amérique du Sud : G. Heinze
Estonien		J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
Farsi/Perse		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finnois	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen
Gallois		En préparation
Grecque	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Hongrois	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Islandais		J. Stefansson
Italien	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonais		T. Otsobo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Letton	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Néerlandais/ Flamand	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeck, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norvégien	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, S. Leganger, E. Malt, U. Malt
Polonais	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, J.Przychoda
Portugais	P. Amorim, T. Guterres	T. Guterres, P. Levy, P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Roumain		O. Driga
Russe		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Serbe	I. Timotjjevic	I. Timotjjevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Slovène	M. Kocmur	M. Kocmur
Suédois	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, M. Humble, S. Andersh
Tchèque	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turque	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

Le M.I.N.I. a été développé simultanément en français et en anglais. Le développement et la validation du M.I.N.I. ont été rendus possibles grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE. Imp. le 14/08/08 10:08



Résumé

Les troubles dépressifs, en raison de leurs conséquences significatives sur les performances académiques et la santé physique des futurs médecins, ont été l'objet de nombreuses études depuis les années 1950.

Notre étude, une enquête transversale descriptive et analytique, a été menée auprès d'un échantillon de 199 étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tanger (FMPT). Les résultats obtenus ont été comparés à ceux de la littérature. Pour notre étude, nous avons utilisé le questionnaire MINI DSM-IV associé à une fiche d'exploitation, pour évaluer les troubles dépressifs et le risque suicidaire. Les données ont été analysées de manière descriptive et analytique, à la fois en utilisant des méthodes univariées telles que le test de Student et le test du chi-deux, ainsi qu'en utilisant des méthodes multivariées, notamment la régression linéaire multiple et la régression logistique. Les rapports de cotes (OR) avec des intervalles de confiance à 95 %.

Nos résultats révèlent une prévalence importante de la dépression (32,1 %) et du risque suicidaire (4,5 %) parmi les étudiants de notre échantillon. L'analyse bivariée indique que la dépression est significativement associée aux antécédents médicaux personnels ($p=0,019$), aux antécédents psychiatriques personnels ($p<0,001$), aux antécédents psychiatriques familiaux ($p<0,001$), au risque suicidaire ($p<0,001$), à la violence psychologique ($p<0,001$), aux événements négatifs pendant l'enfance ($p=0,002$), à la prise de médicaments pour dormir ($p<0,001$), et aux troubles anxieux. L'analyse multivariée montre que la dépression est fortement liée aux antécédents familiaux de troubles mentaux ($OR=4,63$) et à la violence psychologique ($OR=7,29$), ainsi qu'aux événements négatifs pendant l'enfance ou l'adolescence ($OR=3,13$). Nous avons également constaté que le risque suicidaire est significativement associé aux événements négatifs pendant l'enfance ($p=0,001$), à tous les types de violence ($p<0,05$) et aux antécédents psychiatriques.

En conclusion, les troubles dépressifs représentent un véritable défi parmi les étudiants en médecine. Il est essentiel d'identifier les facteurs associés à leur prévalence élevée afin de repérer les individus nécessitant un soutien psychologique, contribuant ainsi à la prévention des troubles psychiatriques.

Abstract

Depressive disorders, due to their significant impact on the academic performance and physical health of future medical professionals, have been the subject of numerous studies since the 1950s. Our study, a cross-sectional descriptive and analytical survey, was conducted among a sample of 199 students from the Faculty of Medicine and Pharmacy of Tangier (FMPT). The results obtained were compared to those in the existing literature. For our study, we employed the MINI DSM-IV questionnaire, coupled with an exploitation form, to assess depressive disorders and suicidal risk. The data were analyzed descriptively and analytically, employing univariate methods such as the Student's t-test and the chi-square test, as well as multivariate methods, including multiple linear regression and logistic regression. Odds ratios (OR) with 95% confidence intervals were calculated.

Our findings reveal a significant prevalence of depression (32.1%) and suicidal risk (4.5%) among the students in our sample. Bivariate analysis indicates that depression is significantly associated with personal medical history ($p=0.019$), personal psychiatric history ($p<0.001$), family psychiatric history ($p<0.001$), suicidal risk ($p<0.001$), psychological violence ($p<0.001$), adverse events during childhood ($p=0.002$), sleep medication use ($p<0.001$), and anxiety disorders. Multivariate analysis demonstrates a strong correlation between depression and family history of mental disorders ($OR=4.63$), psychological violence ($OR=7.29$), as well as adverse events during childhood or adolescence ($OR=3.13$). We also found that suicidal risk is significantly associated with adverse events during childhood ($p=0.001$), all types of violence ($p<0.05$), and psychiatric history.

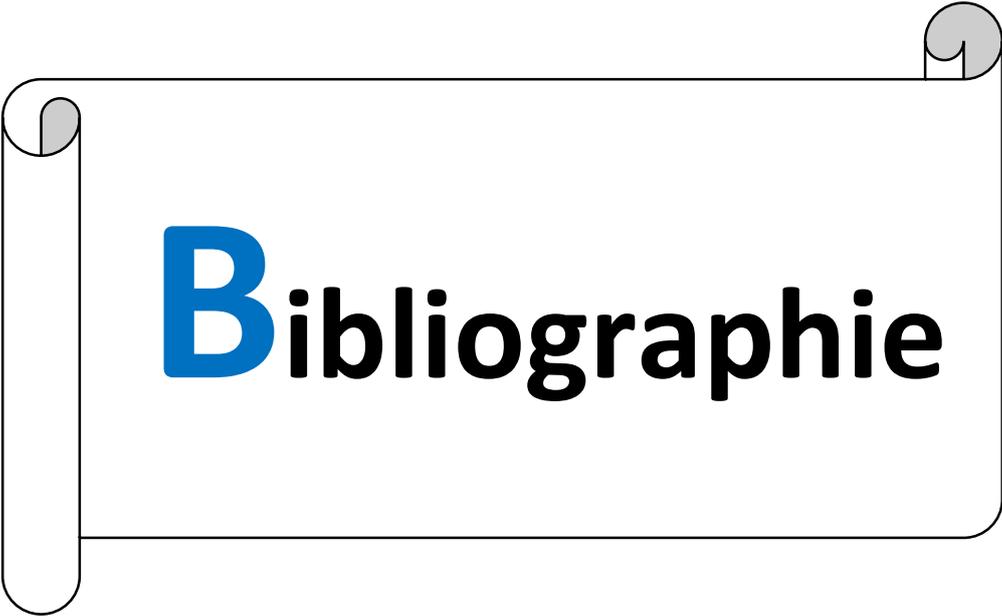
In conclusion, depressive disorders pose a significant challenge among medical students. It is crucial to identify the factors associated with their high prevalence to detect individuals in need of psychological support, contributing to the prevention of psychiatric disorders.

ملخص

الأمراض الاكتئابية، نتيجة تأثيرها الكبير على الأداء الأكاديمي والصحة الجسدية للأطباء المستقبليين، تمثل موضوع العديد من الدراسات منذ الخمسينات من القرن الماضي. أُجريت دراستنا وتحليلية شاملة عرضية، بين عينة من 199 طالبًا من كلية الطب والصيدلة بطنجة تمت مقارنة النتائج المستخرجة مع تلك الموجودة في الأدب. لدراستنا، قمنا باستخدام استبيان MINI DSM-IV مرفوقاً ب ورقة استغلال، لتقييم الأمراض الاكتئابية ومخاطر الانتحار. تم تحليل البيانات وصفيًا وتحليليًا باستخدام طرق ثنائية مثل اختبار الطالب واختبار كاي مربع الشيء، وباستخدام طرق متعددة، بما في ذلك التحليل الخطي المتعدد والتحليل اللوجستي. تم حساب معامل الارتباط في المئة

95

نتائج دراستنا تشير إلى وجود انتشار مهم للاضطرابات الاكتئابية (32.1%) ومخاطر الانتحار (4.5%) بين الطلاب في عينتنا. يشير التحليل الثنائي إلى أن الاضطرابات الاكتئابية مرتبطة بشكل ملحوظ مع السجل النفسي و العائلي ($p < 0.001$)، السجل النفسي الشخصي ($p < 0.001$)، السجل المرضي ($p = 0.019$)، و الحوادث السلبية المتعلقة بالطفولة و المراهقة ($p = 0.002$)، مخاطر الانتحار ($p < 0,001$)، اخذ ادوية ($p < 0.001$)، النوم الاضطرابات القلقية. يشير التحليل المتعدد إلى أن هناك رابطاً قوياً بين الاكتئاب و السجل النفسي الشخصي ($OR = 4.63$)، العنف النفسي ($OR = 7.29$)، الحوادث السلبية المتعلقة بالطفولة و المراهقة ($OR = 3.13$). مخاطر الانتحار هي الاخرى مرتبطة بشكل ملحوظ مع الحوادث السلبية المتعلقة بالطفولة و المراهقة ($p = 0.001$) وجميع انواع العنف ($p < 0.05$) و السجل النفسي. في الختام، تمثل الاضطرابات الاكتئابية تحديًا حقيقيًا بين طلاب الطب. من الضروري التعرف على العوامل المرتبطة بانتشارها الكبير من أجل تحديد الأشخاص الذين يحتاجون إلى دعم نفسي، مما يساهم في الوقاية من الأمراض النفسية.



Bibliographie

- (1) *Constitution*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> (accessed 2023-08-07).
- (2) *Santé mentale : renforcer notre action*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (accessed 2023-10-11).
- (3) *Troubles mentaux*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (accessed 2023-09-12).
- (4) Lamboy, B. La santé mentale : état des lieux et problématique. *Santé Publique* **2005**, 17 (4), 583–596. <https://doi.org/10.3917/spub.054.0583>.
- (5) Lang, J.-P.; Jurado, N.; Herdt, C.; Sauvanaud, F.; Lalanne Tongio, L. L'éducation Thérapeutique Pour Les Patients Souffrant de Troubles Psychiatriques En France : Psychoéducation Ou Éducation Thérapeutique Du Patient ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* **2019**, 67 (1), 59–64. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.10.004>.
- (6) Larousse. *Larousse médical*; Larousse, 2006.
- (7) Almeida-Filho, N.; De Jesus Mari, J.; Coutinho, E.; França, J. F.; Fernandes, J.; Andreoli, S. B.; Busnello, E. D. Brazilian Multicentric Study of Psychiatric Morbidity: Methodological Features and Prevalence Estimates. *Br J Psychiatry* **1997**, 171 (6), 524–529. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.6.524>.
- (8) Rouillon, F. Épidémiologie Des Troubles Psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **2008**, 166 (1), 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.11.010>.
- (9) Catry, C.; Marcelli, D. 6. Dépression de l'adolescent. In *Les états dépressifs*; Psychiatrie; Lavoisier: Cachan, 2010; pp 49–59.
- (10) Green, C.; Leyenaar, J. K.; Turner, A. L.; Leslie, L. K. Competency of Future Pediatricians Caring for Children With Behavioral and Mental Health Problems. *Pediatrics* **2020**, 146 (1), e20192884. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2884>.
- (11) Asouab, F.; Agoub, M.; Kadri, N.; Moussaoui, D.; Rachidi, S.; Toufiq, J. PREVALENCES DES TROUBLES MENTAUX DANS LA POPULATION GENERALE MAROCAINE. **2005**.
- (12) *Principaux repères sur la dépression*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression> (accessed 2023-09-12).

- (13) Moussaoui, D. La Santé Mentale Au Maroc : Enquête Nationale Sur La Prévalence Des Troubles Mentaux et Des Toxicomanies. *L'Encéphale* **2007**, *33*, 125.
- (14) Dyrbye, L. N.; Thomas, M. R.; Shanafelt, T. D. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine* **2006**, *81* (4), 354.
- (15) Olié, E.; Courtet, P. Dépression Récurrente : Facteurs de Risque, Facteurs de Vulnérabilité. *L'Encéphale* **2010**, *36*, S117–S122.
[https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70042-7](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70042-7).
- (16) *Full article: Sleep disorders as core symptoms of depression.*
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2008.10.3/dnutt?scroll=top&needAccess=true&role=tab> (accessed 2023-09-12).
- (17) *Suicide.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (accessed 2023-09-21).
- (18) *Comment promouvoir la santé mentale dans l'enfance?*
<https://muysalud.com/fr/maladies/comment-promouvoir-la-sante-mentale-dans-lenfance/> (accessed 2023-08-21).
- (19) *Who We Are / WPA.* <https://www.wpanet.org/our-organization?lang=fr> (accessed 2023-08-25).
- (20) Pigeon-Gagné, É.; Hassan, G.; Yaogo, M.; Saïas, T.; Ouedraogo, D. La maladie mentale et la folie : représentations sociales des troubles de santé mentale à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Sciences sociales et santé* **2023**, *41* (1), 41–64. <https://doi.org/10.1684/sss.2023.0241>.
- (21) Dyrbye, L. N.; Thomas, M. R.; Shanafelt, T. D. Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicators of Psychological Distress among U.S. and Canadian Medical Students. *Acad Med* **2006**, *81* (4), 354–373.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>.
- (22) SASLOW, G. Psychiatric Problems of Medical Students. *J Med Educ* **1956**, *31* (1), 27–33. <https://doi.org/10.1097/00001888-195601000-00005>.
- (23) Mancevska, S.; Bozinovska, L.; Tecce, J.; Pluncevik-Gligoroska, J.; Sivevska-Smilevska, E. Depression, Anxiety and Substance Use in Medical Students in the Republic of Macedonia. *Bratisl Lek Listy* **2008**, *109* (12), 568–572.
- (24) Mehanna, Z.; Richa, S. Prévalence Des Troubles Anxio-Dépressifs Chez Les Étudiants En Médecine: Étude Transversale Chez Les Étudiants En

- Médecine de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth. *L'Encéphale* **2006**, 32 (6, Part 1), 976–982. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76276-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76276-5).
- (25) Fawzy, M.; Hamed, S. A. Prevalence of Psychological Stress, Depression and Anxiety among Medical Students in Egypt. *Psychiatry Research* **2017**, 255, 186–194. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.027>.
- (26) Brenneisen Mayer, F.; Souza Santos, I.; Silveira, P. S. P.; Itaquí Lopes, M. H.; de Souza, A. R. N. D.; Campos, E. P.; de Abreu, B. A. L.; Hoffman II, I.; Magalhães, C. R.; Lima, M. C. P.; Almeida, R.; Spinardi, M.; Tempiski, P. Factors Associated to Depression and Anxiety in Medical Students: A Multicenter Study. *BMC Medical Education* **2016**, 16 (1), 282. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0791-1>.
- (27) Dyrbye, L. N.; Thomas, M. R.; Shanafelt, T. D. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clin Proc* **2005**, 80 (12), 1613–1622. <https://doi.org/10.4065/80.12.1613>.
- (28) *Morocco - Stratégie sectorielle de santé (2012-2016)*. https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=111065 (accessed 2023-10-12).
- (29) *Épisode dépressif caractérisé: Fréquence et importance*. Psychiatre Paris TCC, TIP, EMDR. <https://e-psychiatrie.fr/situations-ou-appeler-a-laide/depression-dossier-detaille/v-frequence-et-importance-de-lepisode-depressif-caracterise/> (accessed 2023-09-12).
- (30) Pull, C. B. La Classification Des Troubles Dépressifs Dans Le DSM III et Le DSM III-R. *Psychiatry and Psychobiology* **1988**, 3 (S1), 5s–9s. <https://doi.org/10.1017/S0767399X00002595>.
- (31) *Dépression*. <https://www.who.int/fr/health-topics/depression> (accessed 2023-08-09).
- (32) Hammen, C. Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review. *Annu Rev Clin Psychol* **2018**, 14, 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>.
- (33) Ribeiro, J. D.; Huang, X.; Fox, K. R.; Franklin, J. C. Depression and Hopelessness as Risk Factors for Suicide Ideation, Attempts and Death: Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Br J Psychiatry* **2018**, 212 (5), 279–286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>.
- (34) Marcotte, D.; Muse, P. *La dépression chez les adolescents: état des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention*; PUQ, 2013.

- (35) Crocq, M.-A.; Guelfi, J.-D. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e éd.; Elsevier Masson: Issy-les-Moulineaux, 2015.
- (36) *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie (3e édition conforme au nouveau programme)*. Presses universitaires François-Rabelais. <https://pufr-editions.fr/produit/referentiel-de-psychiatrie-et-addictologie-3e-edition-conforme-au-nouveau-programme/> (accessed 2023-09-21).
- (37) Hamilton, M. A Rating Scale for Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **1960**, *23* (1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>.
- (38) *Echelle Hamilton*. <https://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/cyberdoc/doc/Hamilton.htm> (accessed 2023-10-30).
- (39) Ngasa, S. N.; Sama, C.-B.; Dzekem, B. S.; Nforchu, K. N.; Tindong, M.; Aroke, D.; Dimala, C. A. Prevalence and Factors Associated with Depression among Medical Students in Cameroon: A Cross-Sectional Study. *BMC Psychiatry* **2017**, *17* (1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1382-3>.
- (40) Baldassin, S.; Alves, T. C. de T. F.; de Andrade, A. G.; Nogueira Martins, L. A. The Characteristics of Depressive Symptoms in Medical Students during Medical Education and Training: A Cross-Sectional Study. *BMC Medical Education* **2008**, *8* (1), 60. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-8-60>.
- (41) Bayram, N.; Bilgel, N. The Prevalence and Socio-Demographic Correlations of Depression, Anxiety and Stress among a Group of University Students. *Soc Psychiat Epidemiol* **2008**, *43* (8), 667–672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>.
- (42) Van der Walt, S.; Mabaso, W. S.; Davids, E. L.; De Vries, P. J. The Burden of Depression and Anxiety among Medical Students in South Africa: A Cross-Sectional Survey at the University of Cape Town. *S Afr Med J* **2019**, *110* (1), 69–76. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2019.v110i1.14151>.
- (43) Givens, J. L.; Tjia, J. Depressed Medical Students' Use of Mental Health Services and Barriers to Use. *Academic Medicine* **2002**, *77* (9), 918.
- (44) Camp, D. L.; Hollingsworth, M. A.; Zaccaro, D. J.; Cariaga-Lo, L. D.; Richards, B. F. Does a Problem-Based Learning Curriculum Affect Depression in Medical Students? *Academic Medicine* **1994**, *69* (10), S25.
- (45) Quince, T. A.; Wood, D. F.; Parker, R. A.; Benson, J. Prevalence and Persistence of Depression among Undergraduate Medical Students: A Longitudinal Study at One UK Medical School. *BMJ Open* **2012**, *2* (4), e001519. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001519>.

- (46) Schwenk, T. L.; Davis, L.; Wimsatt, L. A. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. *JAMA* **2010**, *304* (11), 1181–1190. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1300>.
- (47) Gan, G. G.; Yuen Ling, H. Anxiety, Depression and Quality of Life of Medical Students in Malaysia. *Med J Malaysia* **2019**, *74* (1), 57–61.
- (48) Azim, S. R.; 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), 840–845.
- (49) Hojat, M.; Glaser, K.; Xu, G.; Veloski, J. J.; Christian, E. B. Gender Comparisons of Medical Students' Psychosocial Profiles. *Med Educ* **1999**, *33* (5), 342–349. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.1999.00331.x>.
- (50) 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* **2018**, *42* (2), 288–296. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0879-x>.
- (51) Puthran, R.; Zhang, M. W. B.; Tam, W. W.; Ho, R. C. Prevalence of Depression amongst Medical Students: A Meta-Analysis. *Med Educ* **2016**, *50* (4), 456–468. <https://doi.org/10.1111/medu.12962>.
- (52) Villacura, L.; Irrarrázabal, N.; López, I. Evaluation of Depressive and Anxiety Symptomatology in Medical Students at the University of Chile. *Mental Health & Prevention* **2017**, *7*, 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.06.001>.
- (53) Nogueira-Martins, M. C. F.; Nogueira-Martins, L. A.; Turato, E. R. Medical Students' Perceptions of Their Learning about the Doctor-Patient Relationship: A Qualitative Study. *Med Educ* **2006**, *40* (4), 322–328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02411.x>.
- (54) Cuttilan, A. N.; Sayampanathan, A. A.; Ho, R. C.-M. Mental Health Issues amongst Medical Students in Asia: A Systematic Review [2000-2015]. *Ann Transl Med* **2016**, *4* (4), 72. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2305-5839.2016.02.07>.
- (55) Li, H.; Qian, X.; Gong, J.; Dong, H.; Chai, X.; Chao, H.; Yang, X. Previous School Bullying-Associated Depression in Chinese College Students: The Mediation of Personality. *Behav Sci (Basel)* **2022**, *13* (1), 14. <https://doi.org/10.3390/bs13010014>.
- (56) Fond, G.; Bourbon, A.; Picot, A.; Boucekine, M.; Lançon, C.; Auquier, P.; Boyer, L. Hazardous Drinking Is Associated with Hypnotic Consumption in

- Medical Students in the BOURBON Nationwide Study: Psychological Factors Explored. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **2021**, *271* (5), 883–889. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01122-1>.
- (57) Kebede, M. A.; Anbessie, B.; Ayano, G. Prevalence and Predictors of Depression and Anxiety among Medical Students in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Ment Health Syst* **2019**, *13*, 30. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0287-6>.
- (58) Zoccolillo, M.; Murphy, G. E.; Wetzel, R. D. Depression among Medical Students. *J Affect Disord* **1986**, *11* (1), 91–96. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(86\)90065-0](https://doi.org/10.1016/0165-0327(86)90065-0).
- (59) Pillay, N.; Ramlall, S.; Burns, J. K. Spirituality, Depression and Quality of Life in Medical Students in KwaZulu-Natal. *S Afr J Psychiatr* **2016**, *22* (1), 731. <https://doi.org/10.4102/sajpsy psychiatry.v22i1.731>.
- (60) Lemogne, C. 51. Dépression et pathologies somatiques. In *Actualités sur les maladies dépressives*; Psychiatrie; Lavoisier: Cachan, 2018; pp 511–525.
- (61) Zolotareva, A.; Belousova, S.; Danilova, I.; Tseilikman, V.; Lapshin, M.; Sarapultseva, L.; Makhniova, S.; Kritsky, I.; Ibragimov, R.; Hu, D.; Komelkova, M. Somatic and Psychological Distress among Russian University Students during the COVID-19 Pandemic. *Int J Psychiatry Med* **2023**, *58* (2), 119–129. <https://doi.org/10.1177/00912174221123444>.
- (62) AKDEMİR, M.; AKTEKİN, M. R.; ŞENOL, Y. Y.; SÖNMEZ, Y.; DOĞANAŞARGİL BAYSAL, Ö.; MAMAKLI, S.; KÖSE, F.; BOZBAY, D. S.; ERDOĞAN, K.; GÜRPINAR, E. Depression and Psychological Distress in Medical Students, A Prospective Study. *Noro Psikiyatrs Ars* **2022**, *59* (2), 116–122. <https://doi.org/10.29399/npa.27799>.
- (63) Vakefliu, Y.; Argjiri, D.; Peposhi, I.; Agron, S.; Melani, A. S. Tobacco Smoking Habits, Beliefs, and Attitudes among Medical Students in Tirana, Albania. *Prev Med* **2002**, *34* (3), 370–373. <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0994>.
- (64) Akvardar, Y.; Demiral, Y.; Ergör, G.; Ergör, A.; Bilici, M.; Akil Ozer, O. Substance Use in a Sample of Turkish Medical Students. *Drug Alcohol Depend* **2003**, *72* (2), 117–121. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(03\)00192-3](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(03)00192-3).
- (65) Jeong, Y.; Kim, J. Y.; Ryu, J. S.; Lee, K. E.; Ha, E. H.; Park, H. The Associations between Social Support, Health-Related Behaviors,

- Socioeconomic Status and Depression in Medical Students. *Epidemiol Health* **2010**, *32*, e2010009. <https://doi.org/10.4178/epih/e2010009>.
- (66) Newbury-Birch, D.; White, M.; Kamali, F. Factors Influencing Alcohol and Illicit Drug Use amongst Medical Students. *Drug Alcohol Depend* **2000**, *59* (2), 125–130. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(99\)00108-8](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00108-8).
- (67) Al Sadah, Z. M.; Aldulijan, F. A.; Aljamea, D. A.; Saleh, M. A. The Impact of Women Violence on Depression among Female Medical Students at Imam Abdulrahman Bin Faisal University, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care* **2021**, *10* (12), 4565–4572. https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_1002_21.
- (68) Chen, J.; Han, P.; Dunne, M. P. [Child sexual abuse: a study among 892 female students of a medical school]. *Zhonghua Er Ke Za Zhi* **2004**, *42* (1), 39–43.
- (69) Sciolla, A. F.; Wilkes, M. S.; Griffin, E. J. Adverse Childhood Experiences in Medical Students: Implications for Wellness. *Acad Psychiatry* **2019**, *43* (4), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s40596-019-01047-5>.
- (70) Mendelson, T.; Kubzansky, L. D.; Datta, G. D.; Buka, S. L. Relation of Female Gender and Low Socioeconomic Status to Internalizing Symptoms among Adolescents: A Case of Double Jeopardy? *Soc Sci Med* **2008**, *66* (6), 1284–1296. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.033>.
- (71) Lorant, V.; Deliège, D.; Eaton, W.; Robert, A.; Philippot, P.; Anseau, M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol* **2003**, *157* (2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>.
- (72) Saravanan, C.; Wilks, R. Medical Students' Experience of and Reaction to Stress: The Role of Depression and Anxiety. *ScientificWorldJournal* **2014**, *2014*, 737382. <https://doi.org/10.1155/2014/737382>.
- (73) 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), 22–26.
- (74) Borsboom, D. Une Théorie Des Réseaux Des Troubles Mentaux. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **2021**, *179* (1), 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.11.014>.
- (75) Coentre, R.; Faravelli, C.; Figueira, M. L. Assessment of Depression and Suicidal Behaviour among Medical Students in Portugal. *Int J Med Educ* **2016**, *7*, 354–363. <https://doi.org/10.5116/ijme.57f8.c468>.

- (76) Torres, A. R.; Campos, L. M.; Lima, M. C. P.; Ramos-Cerqueira, A. T. A. Suicidal Ideation Among Medical Students: Prevalence and Predictors. *J Nerv Ment Dis* **2018**, *206* (3), 160–168. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000734>.
- (77) Gold, K. J.; Sen, A.; Schwenk, T. L. Details on Suicide among US Physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry* **2013**, *35* (1), 45–49. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.08.005>.
- (78) Adhikari, A.; Dutta, A.; Sapkota, S.; Chapagain, A.; Aryal, A.; Pradhan, A. Prevalence of Poor Mental Health among Medical Students in Nepal: A Cross-Sectional Study. *BMC Med Educ* **2017**, *17* (1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1083-0>.
- (79) Rosiek, A.; Maciejewska, N. F.; Leksowski, K.; Rosiek-Kryszewska, A.; Leksowski, Ł. Effect of Television on Obesity and Excess of Weight and Consequences of Health. *Int J Environ Res Public Health* **2015**, *12* (8), 9408–9426. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809408>.
- (80) Chahal, S.; Govil, N.; Nadda, A.; Kaloti, A. S.; Gupta, N. Impact of a Brief Structured Psychoeducation Session on Antiepileptic Drug Adherence and Treatment Outcome in Persons with Epilepsy: A Prospective Cohort Study. *Ann Indian Acad Neurol* **2021**, *24* (3), 361–366. https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_447_20.
- (81) Osama, M.; Islam, M. Y.; Hussain, S. A.; Masroor, S. M. Z.; Burney, M. U.; Masood, M. A.; Menezes, R. G.; Rehman, R. Suicidal Ideation among Medical Students of Pakistan: A Cross-Sectional Study. *J Forensic Leg Med* **2014**, *27*, 65–68. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.08.006>.
- (82) Patoz, M.-C.; Samalin, L. Comprendre Les Conduites Suicidaires : Définition et Facteurs de Risque. *La Presse Médicale Formation* **2022**, *3* (4), 316–321. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2022.07.012>.
- (83) Barrimi, M.; Maazouzi, M.; Malakt, S.; Lazaar, S.; Khaoulani, H. Les idées et les tentatives de suicide chez les étudiants en médecine au Maroc : résultats d’une étude multicentrique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* **2020**, *178* (5), 481–486. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.11.012>.
- (84) Fadakar, H.; Kim, J.; Saunders, L. C.; Kamel, M. M.; Kianpoor, M.; Moghadam, A. H.; Hayati, D.; Ramadhan, N.; Maragha, T.; Meyer, M.; Jang, K.; Krausz, R. M. Suicidality among University Students in the Eastern

- Mediterranean Region: A Systematic Review. *PLOS Global Public Health* **2023**, 3 (10), e0002460. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002460>.
- (85) Taïeb, O.; Baubet, T.; Pradère, J.; Lévy, K.; Revah-Lévy, A.; Serre, G.; Moro, M.-R. Traumatismes Psychiques Chez l'enfant et l'adolescent. *EMC - Psychiatrie* **2004**, 1 (1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/j.emcps.2003.06.002>.
- (86) Ayala, E. E.; Roseman, D.; Winseman, J. S.; Mason, H. R. C. Prevalence, Perceptions, and Consequences of Substance Use in Medical Students. *Med Educ Online* **2017**, 22 (1), 1392824. <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1392824>.
- (87) Lucet, C.; Olié, J. P. Conduites Addictives : Faits Cliniques. *Bull Acad Natl Med* **2020**, 204 (6), 551–560. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.04.005>.
- (88) Bonnet, F. Conduites addictives chez les professionnels de santé. In *Enjeux éthiques en réanimation*; Puybasset, L., Ed.; Springer: Paris, 2010; pp 209–213. https://doi.org/10.1007/978-2-287-99072-4_22.
- (89) *Professionnels*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels (accessed 2023-10-24).
- (90) Frajerman, A. Quelles Interventions Pour Améliorer Le Bien-Être Des Étudiants En Médecine ? Une Revue de La Littérature. *L'Encéphale* **2020**, 46 (1), 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.09.004>.

قَسْمُ الطَّبِيبِ

أَقْسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرَأَيْتَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي.

وَأَنْ أَصُونُ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ وَالْأَحْوَالِ

بِإِذْنِ اللَّهِ وَسَعْيِي فِي إِنْقَادِهَا مِنْ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ وَالْأَلَمِ وَالْقَلْبِ.

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ.

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، مَسْخَرَةً كُلِّ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ وَالْبَعِيدِ،
لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ.

وَأَنْ أَثَابِرَ عَلَى طَلَبِ الْعِلْمِ الْمَسْخَرِ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ .. لَا لِأَذَاهِ.

وَأَنْ أَوْفَرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأَعَلَّمَ مَنْ يَصَغُرَنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ رَمِيلٍ

فِي الْمِهْنَةِ الطَّبِيبِيَّةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى.

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي ،

تَقِيَّةً مِمَّا يَشِينُهَا تَجَاةَ اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ.

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ.

سنة 2023

اطروحة 23/26

انتشار ومحددات
الاضطرابات الاكتئابية بين طلاب كلية الطب
و الصيدلة بطنجة

اطروحة
قدمت و نوقشت علانية يوم 15/11/2023

من طرف
السيد بدر التازي

لنيل دبلوم
دكتور في الطب

الكلمات الرئيسية: طلاب؛ اكتئاب؛ كلية الطب؛ الانتشار؛ المحددات

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس لجنة التحكيم

السيد الحنكوش عبد القادر جليل
أستاذ أمراض القلب (علم وظائف الأعضاء)

مدير الاطروحة

السيد نجدي عادل
أستاذ طب المجتمع

حكم

السيد بلفقيه رشيد
أستاذ أمراض الجهاز العصبي