



République algérienne démocratique et populaire
Université KASDI MERBAH d'OUARGLA
Faculté de Médecine d'Ouargla
Département de Médecine

STRESS, ANXIETE ET DEPRESSION CHEZ LES ETUDIANTS
EN MEDECINE ET PHARMACIE DE LA FACULTE DE
MEDECINE OUARGLA

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme docteur en médecine

Présenté par :

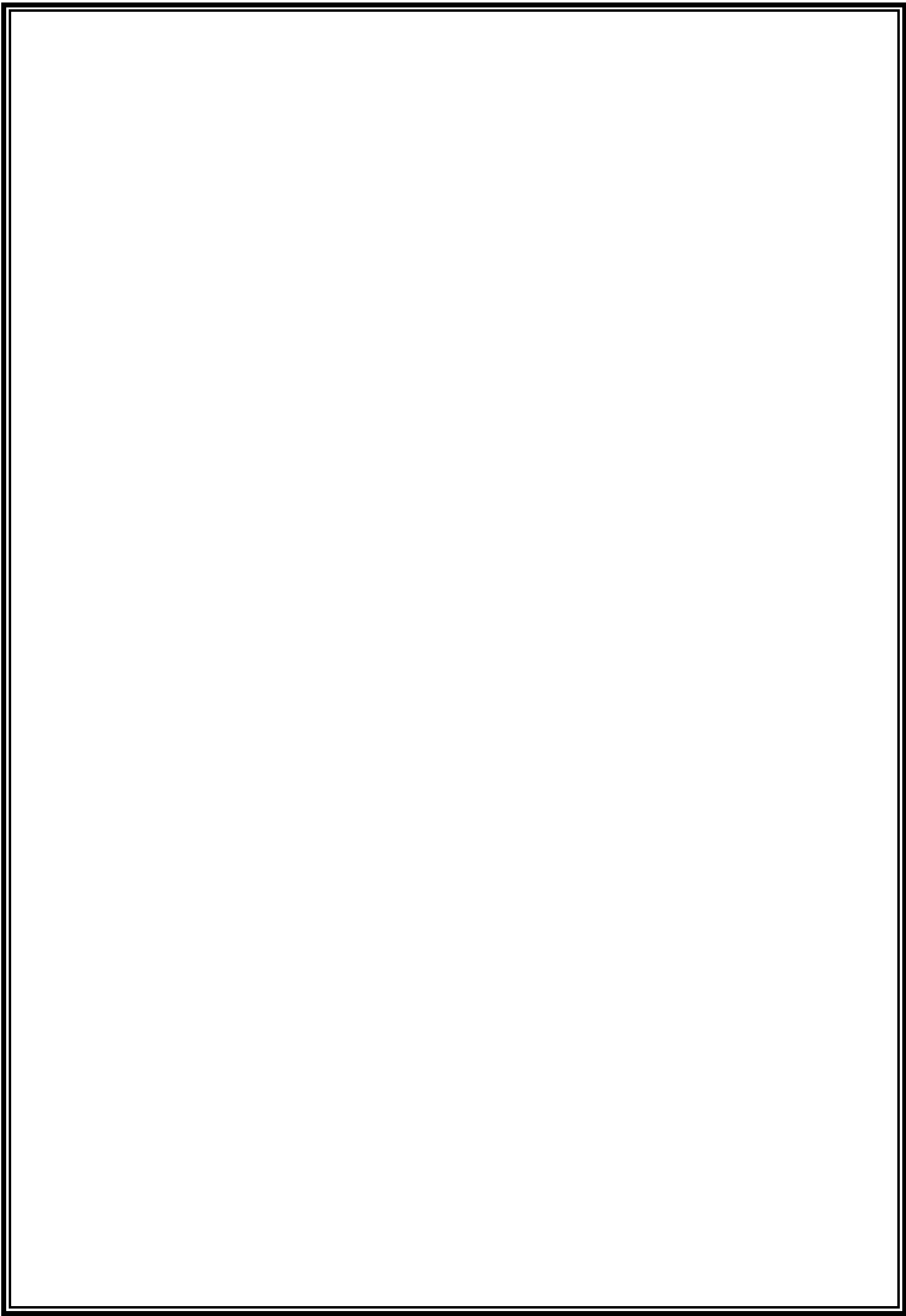
BERRABAH Imane
BELMESSAOUD Djoumana

Encadré par :

Professeur **DJOUADI Abdellah**
Maitre de conférences A en psychiatrie
Faculté de médecine Ouargla

Composition de jury :

Année Universitaire :
2025-2026





République algérienne démocratique et populaire

Université KASDI MERBAH d'OUARGLA

Faculté de Médecine d'Ouargla

Département de Médecine

**STRESS, ANXIETE ET DEPRESSION CHEZ LES ETUDIANTS
EN MEDECINE ET PHARMACIE DE LA FACULTE DE
MEDECINE OUARGLA**

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme docteur en médecine

Présenté par :

BERRABAH Imane

BELMESSAOUD Djoumana

Encadré par :

Professeur **DJOUADI Abdellah**

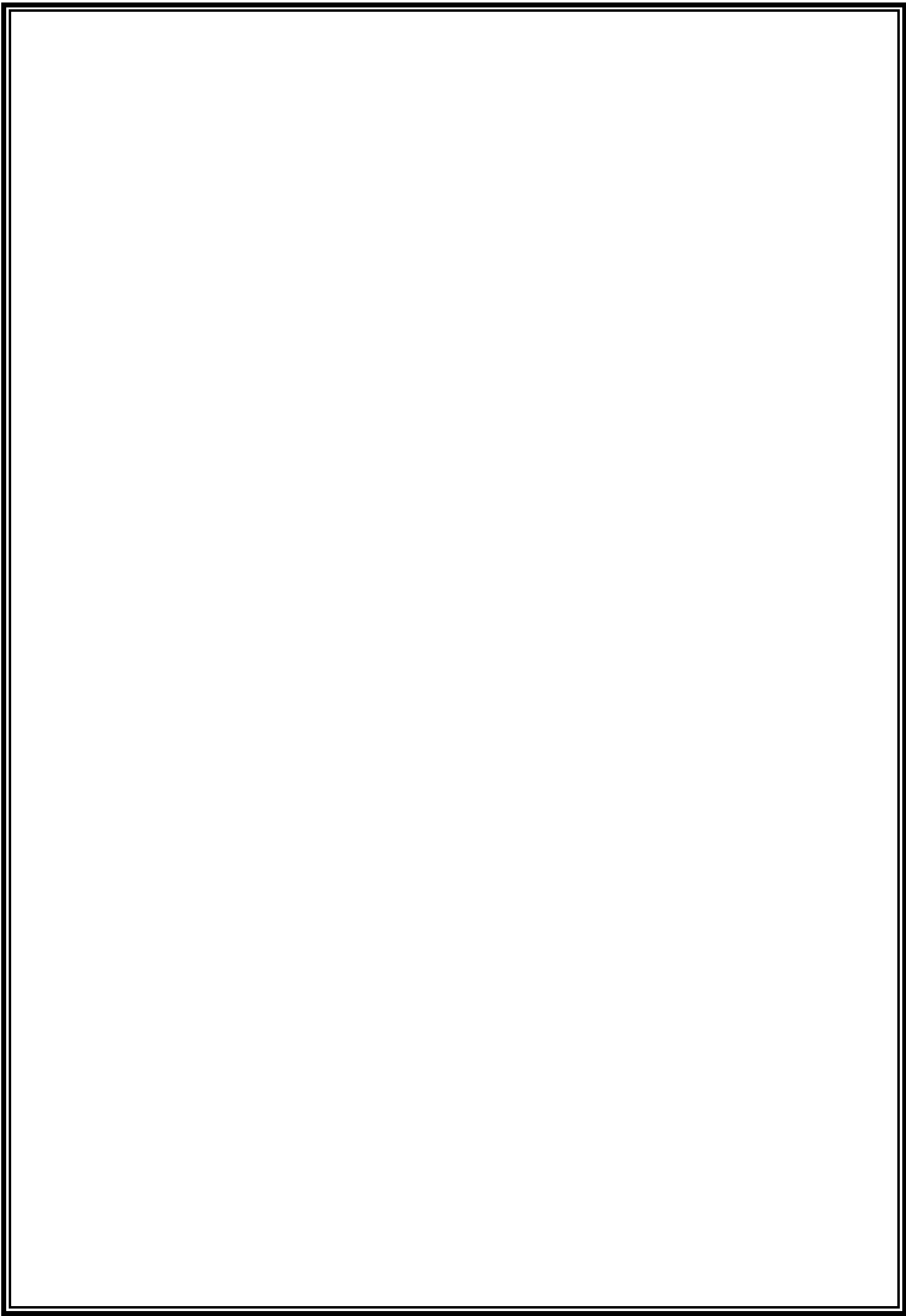
Maitre de conférences A en psychiatrie

Faculté de médecine Ouargla

Composition de jury :

Année Universitaire:

2025-2026



REMERCIEMENTS

Avant toute chose, nous remercions **Allah**, le Tout-Puissant, de nous avoir donné la force, la patience et la persévérance nécessaires pour mener à bien ce travail et arriver au terme de notre parcours universitaire.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude à notre encadreur **Professeur DJOUADI Abdellah**, pour sa disponibilité, ses conseils précieux, ses orientations et son accompagnement tout au long de la réalisation de ce mémoire. Nous lui sommes sincèrement reconnaissantes pour le temps et l'attention qu'il nous a consacrés.

Nous adressons également nos sincères remerciements à **l'ensemble des enseignants de la Faculté de Médecine de Ouargla**, qui ont contribué, tout au long de notre formation, à l'acquisition de nos connaissances et à notre formation médicale.

Nos remerciements vont également à tous **les étudiants en médecine et pharmacie** ayant participé à notre étude, pour leur disponibilité, leur confiance et le temps consacré à répondre à notre questionnaire. Leur participation a été essentielle à la réalisation de ce travail.

Nous souhaitons exprimer notre profonde reconnaissance à **nos familles**, pour leur amour, leur soutien inconditionnel, leurs encouragements et leur patience durant toutes ces années d'études. Leur présence et leur confiance en nous ont été une source constante de motivation.

Nous remercions chaleureusement **nos confrères et nos consœurs**, pour leur soutien, leur entraide et tous les moments partagés durant ces années d'études. Leur présence a contribué à rendre ce long parcours plus agréable et plus riche en souvenirs.

Nous tenons également à remercier toutes les personnes qui nous ont aidées, conseillées ou encouragées, de près ou de loin, dans la réalisation de ce mémoire.

Enfin, nous nous remercions mutuellement pour cette belle collaboration, pour notre patience, notre entraide et notre persévérance. Ce travail représente le fruit de nos efforts communs et de notre volonté d'aller jusqu'au bout malgré les difficultés rencontrées.

À toutes et à tous, nous adressons nos plus sincères remerciements et notre profonde gratitude.

DÉDICACES

À ma mère, celle qui ne m'a jamais quittée, celle qui essuyait mes larmes avant d'applaudir mes réussites, celle qui illumine mes jours par ses douas, ses mots doux et ses encouragements. Aucun mot ne saurait exprimer toute ma gratitude envers toi.

À mon cher papa, pour qui j'ai toujours été une priorité, celui qui a sacrifié son temps, ses capacités physiques et son confort pour moi, celui qui m'a épaulée le jour où je me suis sentie délaissée. Merci d'avoir toujours été mon pilier.

À ma seule et unique sœur Rym, celle qui m'a accompagnée tout au long de mon parcours, celle qui a allégé la lourdeur des révisions par son sourire, son amour et ses histoires. Merci d'avoir été à mes côtés à chaque étape.

À mes frères Mounir et Abdelillah : Mounir, pour qui j'étais la grande sœur, mais qui, par sa présence et son âme pure, m'a encouragée et soutenue de façon inconditionnelle ; et Abdelillah qui, malgré son jeune âge, m'apprend chaque jour à avoir confiance en moi et à me battre pour atteindre mes objectifs.

À Mima Khira, celle que je n'ai pas eu la chance de connaître, mais qui m'a offert un cadeau d'une valeur inestimable : celui d'une mère incroyable et d'une famille aimante.

À Jeddi, qui aurait tant voulu me voir médecin, mais qui est parti trop tôt pour le voir de ses propres yeux. J'espère avoir réalisé ton rêve, Jeddi : me voici médecin

À Jeddi Brahim, qui annonce avec fierté que, depuis que j'ai intégré la faculté de médecine, la maladie s'enfuit devant lui.

À Mima, celle dont les douas m'accompagneront toujours, celle avec qui j'ai vécu une enfance incroyable, entre soirées et discussions interminables tout au long des vacances d'été.

À mes tantes, mes oncles et à leurs familles, qui m'ont encouragée sans condition tout au long de mon parcours.

À mes chères cousines : Asma Manel, avec qui j'ai partagé une belle enfance pleine de merveilleux souvenirs; **Nihed, notre grande cousine**, qui a été pour nous la grande sœur que nous n'avons pas eu la chance d'avoir ; **Riham, Hadjer, Aya et Kawther**, mes belles cousines.

À mes copines du primaire, du collège et du lycée : Sarah, ma toute première copine.

Bouchra, avec qui la concurrence n'a jamais été une source de discorde ; **à Anaïs**, ma copine du collège Georges Brassens, elle qui m'a portée dans les moments les plus sombres ; **à Rim, à Safa et à toutes ces filles qui ont traversé mon chemin.**

À Sarah, ma très chère amie, avec qui j'ai traversé le sucré comme l'amer, et dont l'amitié est restée intacte malgré la distance.

À Sabrina, aux deux Sarah et à toutes mes consœurs docteurs, avec qui ces sept années sont passées si joyeusement.

À mes enseignants, du primaire au lycée, tous ceux qui m'ont appris, compris et soutenue.

À ceux qui ont cru en moi, à Mr. Nicolas Louinou qui a vu le médecin en moi.

À mes professeurs de terminale, ceux qui ont assisté aussi bien à mes réussites qu'à mes échecs.

À tous mes professeurs d'université, du premier au dernier, du Dr Chekired qui m'a fait aimer l'anatomie dès la première année, jusqu'à ceux qui m'ont accompagnée jusqu'au bout de ce parcours.

Une pensée spéciale à ceux avec qui j'ai passé un internat certes lourd, mais d'une valeur inestimable, ainsi qu'aux patients des services par lesquels je suis passée.

À tout le staff médical et paramédical de l'EPH Mohammed Boudiaf et de l'EHS de maternité Omar Boukhris à Ouargla,

Et à l'**EPH Maalem Lahcen de Ghazaouet**, un lieu qui restera à jamais gravé en moi : c'est là que j'ai poussé mon tout premier souffle, c'est là que j'ai vu le jour, et c'est là, des années plus tard, que j'ai clôturé mon parcours de future médecin.

À **Dr Mohammedi**, celle qui m'a accueillie généreusement et chaleureusement dans son service : je te serai toujours reconnaissante

À **Djebala**, le village auquel j'appartiens, celui qui a bercé mon enfance, m'a appris mes premières lettres, a vu mes premiers pas et m'a ouvert le premier chemin vers l'école. Et à la grande **famille Berrabah**, qui m'entourait chaleureusement et inconditionnellement.

À **Ouargla**, qui m'a accueillie dans ses maisons, ses écoles et sur sa terre.

À **Djoumana**, ma binôme de mémoire, du service et de garde, dont la douceur était le timbre de nos discussions, celle qui m'a appris la justesse, la patience et la persévérance. Je te serai reconnaissante pour ta disponibilité, ta compréhension et ta politesse.

Imane BERRABAH



DÉDICACES

À **ma très chère mère**, mon refuge et ma plus grande source d'amour. Merci pour tes prières, tes sacrifices, ta patience et toutes les fois où tu as cru en moi, même lorsque je doutais de moi-même. Si aujourd'hui je suis arrivée au bout de ce long chemin, c'est aussi grâce à toi. Ce diplôme porte une part de ton amour, de tes prières et de tes sacrifices.

À **mon très cher père**, mon pilier et l'une des premières personnes à avoir cru en moi.

Merci pour ta confiance, ta présence, tes sacrifices et la force que tu m'as toujours transmise. Merci d'avoir été là à chaque étape de mon parcours et de m'avoir toujours encouragée à avancer.

À **ma sœur unique, Marwa**, pour sa présence, son affection et cette place particulière qu'elle occupe dans ma vie.

À **ma grand-mère**, pour sa tendresse et ses prières.

Une pensée particulière à **Yemma**, qu'Allah lui fasse miséricorde, dont j'aurais tant aimé la présence en ce jour. J'aurais aimé pouvoir lui dire : « Ça y est, Yemma, je suis devenue médecin. » Ton absence me rappelle que certaines personnes continuent de nous accompagner même lorsqu'elles ne sont plus là.

À **mon oncle Abderrahmane**, pour son aide précieuse, sa disponibilité et tous les services rendus sans jamais hésiter.

À la mémoire de **mon oncle Saleh**, qu'Allah lui fasse miséricorde, qui m'appelait affectueusement « **el Hakima** » et qui m'encourageait à croire en moi et à poursuivre une spécialité. Tes paroles resteront toujours gravées dans mon cœur.

À mes oncles et tantes, pour leur affection, leur soutien et leurs encouragements.

À **ma chère amie et voisine Rayan Bahdjet El Ola**, que les études et la distance ont éloignée de moi, mais que les souvenirs gardent toujours près de mon cœur.

À **mes chères Hadil et Malak**, avec qui j'ai partagé tant de souvenirs, de rires et de moments précieux. Merci d'avoir toujours occupé une place particulière dans ma vie et d'avoir été présentes au fil des années.

À **la docteure Belsem**, celle qui a partagé ma chambre à la résidence universitaire et qui est devenue bien plus qu'une amie, une véritable sœur. Je ne sais pas comment j'aurais traversé ces jours difficiles sans toi. Alhamdulillah de nous avoir réunies, car tu as été l'une des plus belles rencontres de ma vie.

À **la docteure Rayhana**, mon amie et ma fidèle compagne de résidence et d'études. Avec toi, les longues journées, les nuits en résidence et les exigences des études ont été plus légères. Je garde précieusement tout ce que nous avons vécu et appris côte à côte, et surtout cette amitié qui a grandi naturellement au fil des années.

À **mon amie, la docteure Houyam**, ma compagne de route, merci pour tous ces trajets partagés.

À **la docteure Sabrina**, ma binôme de garde, merci pour ton soutien et pour avoir rendu les gardes plus légères.

À **docteur Chamel**, mon binôme de garde et de service, merci pour tous les moments partagés au travail.

Et à **la docteure Imane**, ma compagne de garde, de service et de mémoire. Merci d'avoir partagé avec moi cette dernière partie de notre parcours, avec ses journées chargées, ses moments de fatigue et ses petits moments de joie. Ta présence a rendu cette période plus douce, et je garderai précieusement le souvenir de tout ce que nous avons vécu côte à côte.

À tous mes enseignants, de la maternelle jusqu'à l'université, qui ont contribué, chacun à leur manière, à mon parcours. Une pensée particulière à **Madame Mounia, Madame Mihamid Zineb, Madame Chahed**, ainsi qu'à **M. Ammari, M. Halilat et M. Gacem**, dont l'enseignement et le soutien ont largement contribué à ma réussite au baccalauréat et à

mon choix de poursuivre des études de médecine.

À **mes camarades de la section de mathématiques**, devenus au fil des années comme des frères et des sœurs, et qui ont rendu cette période plus belle.

À mes enseignantes de Coran, **Souhaila et Ahlem**, qui m'ont accompagnée jusqu'à la fin de ma mémorisation, et à **mon Cheikh Abdelkrim Tabii**, dont je n'oublierai jamais le bienfait, les conseils et les enseignements. Qu'Allah vous récompense pour tout ce que vous avez transmis.

Ce diplôme porte mon nom, mais derrière lui se trouvent vos prières, vos encouragements, vos sacrifices et votre amour.

À chacun de vous, merci. Du fond du cœur.

BELMESSAOUD DJOUMANA



Et à **nous deux...**

À cette aventure que nous avons choisie de parcourir ensemble.

À toutes les journées où nous avons avancé malgré la fatigue, les doutes et la pression.

À tous les moments où l'une a trouvé la force d'encourager l'autre.

Aux discussions, aux corrections, aux recherches, aux imprévus, aux moments de stress et aussi aux fous rires qui ont accompagné la réalisation de ce mémoire.

Ce travail est le fruit de nos efforts, de notre persévérance et de cette belle collaboration qui nous a permis d'aller jusqu'au bout.

Aujourd'hui, en tournant cette page de notre vie universitaire, nous ne souhaitons pas seulement porter le titre de médecins, mais devenir des médecins dont nous pourrions être fières.

Nous espérons être, demain, des médecins compétentes, humaines et à l'écoute, capables de soigner avec leurs connaissances, mais aussi avec leur cœur. Des médecins qui sauront garder leur compassion face à la souffrance, leur patience face aux difficultés et leur dévouement face à chaque patient.

Nous souhaitons que toutes ces années d'apprentissage, de sacrifices et de persévérance nous aient préparées à être à la hauteur de cette noble responsabilité.

Que ce diplôme ne soit pas la fin d'un parcours, mais le début d'une nouvelle aventure, au service de l'humain.

Nous espérons ne jamais oublier pourquoi nous avons choisi ce métier, et toujours garder cette envie d'apprendre, de nous améliorer et de donner le meilleur de nous-mêmes.

Puisse Allah nous accorder la grâce de devenir les médecins que nous avons toujours rêvé d'être.

À toutes les personnes qui ont cru en nous et qui ont contribué, d'une manière ou d'une autre, à faire de ce rêve une réalité :

Merci.

LISTE DES ABREVIATIONS :

OMS : Organisation mondiale de la Santé
AVI : Années vécues avec une incapacité
QCM : Question à choix multiples
QCS : Question à choix simple
QROQ : Question à réponse ouverte courte
ECOS : Examen clinique objectif et structuré
DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition
DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition
DSM-5-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé
CIM : Classification internationale des maladies
CIM-11 : Classification internationale des maladies, 11^e révision
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale
HHS : Axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien
GABA : Acide gamma-aminobutyrique
5-HT : 5-hydroxytryptamine (sérotonine)
5-HT1A : Récepteur de la sérotonine de type 1A
CRH : Corticotropin-Releasing Hormone
ACTH : Hormone adrénocorticotrope
IL-1 : Interleukine-1
IL-6 : Interleukine-6
TNF- α : Tumor Necrosis Factor alpha
TAG : Trouble anxieux généralisé
TOC : Trouble obsessionnel-compulsif
TSPT : Trouble de stress post-traumatique
MPR : Médecine physique et de réadaptation
ISRS : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
IRSN : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ECT : Électroconvulsivothérapie
DASS : Depression Anxiety Stress Scale
DASS-42 : Depression Anxiety Stress Scale – 42 items
DASS-21 : Depression Anxiety Stress Scale – 21 items
PSS : Perceived Stress Scale
HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale
HADS-A : Hospital Anxiety and Depression Scale – sous-échelle Anxiété
HADS-D : Hospital Anxiety and Depression Scale – sous-échelle Dépression
HARS : Hamilton Anxiety Rating Scale
BAI : Beck Anxiety Inventory
GAD-7 : Generalized Anxiety Disorder-7
HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

BDI : Beck Depression Inventory
BDI-II : Beck Depression Inventory-II
PHQ : Patient Health Questionnaire
PHQ-9 : Patient Health Questionnaire-9
PHQ-2 : Patient Health Questionnaire-2
PRIME-MD : Primary Care Evaluation of Mental Disorders
CES : Center for Epidemiologic Studies
CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
NIMH : National Institute of Mental Health
COVID-19: Coronavirus Disease 2019

LISTE DES TABLEAUX :

TABLEAU 01 : Questionnaire DASS-21 d'évaluation de la dépression, de l'anxiété et du stress.....	126
---	-----

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Répartition de la population d'étude selon le sexe.....	52
Figure 2 : Répartition de la population d'étude selon le statut matrimonial.....	53
Figure 3 : Répartition de la population d'étude selon le statut parental.....	54
Figure 4 : Répartition des étudiants selon le lieu de résidence.....	55
Figure 5 : Répartition des étudiants selon la situation financière.....	56
Figure 6 : Répartition des étudiants selon l'activité professionnelle en parallèle des études.....	57
Figure 7 : Répartition des étudiants selon le niveau d'instruction des pères.....	58
Figure 8 : Répartition des étudiants selon le niveau d'instruction des mères.....	59
Figure 9 : Répartition des étudiants selon la filière médicale.....	60
Figure 10 : Répartition des étudiants selon les niveaux universitaires.....	61
Figure 11 : Répartition des étudiants selon l'antécédent d'échec universitaire.....	62
Figure 12 : Répartition des étudiants selon le type d'échec universitaire vécu.....	63
Figure 13 : Répartition des étudiants selon le nombre des redoublements.....	64
Figure 14 : Répartition des redoublements selon l'année d'étude.....	65
Figure 15 : Répartition des étudiants selon la moyenne générale estimée.....	66
Figure 16 : Répartition des étudiants selon la satisfaction des performances académiques.....	67
Figure 17 : Répartition des étudiants selon la pression ressentie lors des examens.....	68
Figure 18 : Répartition des étudiants selon la charge du travail perçue.....	69
Figure 19 : Répartition des étudiants selon la qualité de la relation avec les enseignants.....	70
Figure 20 : Répartition des étudiants selon la pratique des activités extra-universitaires.....	71
Figure 21 : Répartition des étudiants selon le choix de refaire des études médicales.....	72
Figure 22 : Répartition des étudiants selon le nombre d'heure de sommeil.....	73
Figure 23 : Répartition des étudiants selon la qualité du sommeil.....	74
Figure 24 : Répartition des étudiants selon la pratique régulière d'une activité physique.....	75
Figure 25 : Répartition des étudiants selon la consommation des boissons caféinées.....	76
Figure 26 : Répartition des étudiants selon la consommation des boissons énergisantes.....	77
Figure 27 : Répartition des étudiants selon la consommation des produits toxiques.....	78
Figure 28 : Répartition des étudiants selon les types des produits toxiques consommés.....	79
Figure 29 : Répartition des étudiants selon les antécédents de consultation pour troubles psychopathologiques avant les études médicales.....	80
Figure 30 : Répartition des étudiants selon un antécédent de diagnostic de trouble	

psychopathologique avant les études médicales.....	81
Figure 31 : Répartition des étudiants selon la consommation de médicament psychotrope antérieurement aux études en médecine.....	82
Figure 32 : Répartition des étudiants selon les antécédents de consultation pour troubles psychopathologiques au cours des études médicales.....	83
Figure 33 : Répartition des étudiants selon les antécédents de diagnostic de trouble psychopathologique au cours des études médicales.....	84
Figure 34 : Répartition des étudiants selon la consommation de médicament psychotrope au cours des études médicales.....	85
Figure 35 : Répartition des étudiants selon les antécédents de maladies chroniques.....	86
Figure 36 : Répartition de la population d'étude selon le vécu d'événement(s) de vie négatif(s) durant les 12 derniers mois.	87
Figure 37 : Répartition de la population d'étude selon les niveaux de stress.....	88
Figure 38 : Répartition de la population d'étude selon les niveaux de l'anxiété.....	89
Figure 39 : Répartition de la population d'étude selon les niveaux de dépression.....	90

TABLE DES MATIÈRES

I.INTRODUCTION.....	01
II.REVUE DE LITTÉRATURE.....	05
II.1.Les études de médecine en Algérie.....	06
II.1.A.Fondements historiques de la formation médicale en Algérie.....	06
II.1.B.La formation en médecine en Algérie.....	07
II.2.La santé mentale.....	08
II.2.A.Étymologie.....	08
II.2.A.1.Santé.....	08
II.2.A.2.Mentale.....	08
II.2.B.Histoire de la santé mentale à travers les âges.....	09
II.2.B.1.Antiquité : premières approches naturalistes.....	09
II.2.B.2.Moyen Âge : domination des interprétations théologiques.....	09
II.2.B.3.Époque moderne : émergence de l'aliénisme.....	09
II.2.B.4.XIXe siècle : constitution de la psychiatrie comme discipline médicale.....	09
II.2.B.5.XXe siècle : pluralisation des modèles explicatifs.....	10
II.2.B.6.Époque contemporaine : approche intégrative et santé publique.....	10
II.2.C.Définitions de la santé mentale.....	10
II.2.C.1.Définition selon l'Organisation mondiale de la Santé.....	10
II.2.C.2.Définitions psychologiques.....	10
II.2.C.3.Définitions sociologiques.....	11
II.2.D.Dimensions ou composantes de la santé mentale.....	11
II.2.D.1.Dimension émotionnelle (affective).....	11
II.2.D.2.Dimension psychologique (cognitive et existentielle).....	11
II.2.D.3.Dimension sociale (relationnelle).....	11
II.2.E.Théories explicatives.....	12
II.2.E.1.Approche psychanalytique.....	12
II.2.E.2.Approche comportementale.....	12
II.2.E.3.Approche cognitive.....	12
II.2.E.4.Approche humaniste.....	12
II.2.E.5.Approche biologique.....	12

II.2.E.6.Approche biopsychosociale.....	12
II.3.Stress.....	13
II.3.A.Étymologie du stress.....	13
II.3.B.Définitions du stress.....	13
II.3.C.Histoire du concept de stress.....	13
II.3.D.Pysiopathologie du stress.....	13
II.3.E.Eustress et distress.....	14
II.3.F.Approche transactionnelle du stress.....	14
II.3.G.Manifestations du stress.....	15
II.3.H.Stress aigu et stress chronique.....	15
II.3.I.Principes de la prise en charge du stress.....	15
II.4.ANXIÉTÉ.....	17
II.4.A.Étymologie de l'anxiété.....	17
II.4.B.Histoire de l'anxiété à travers les âges.....	17
II.4.C.Généralités.....	17
II.4.D.Comparaison entre l'anxiété physiologique et l'anxiété pathologique.....	18
II.4.E.Définition des troubles anxieux.....	18
II.4.F.Pysiopathologie des troubles anxieux.....	18
II.4.G.Types de troubles anxieux.....	20
II.4.H.Manifestations cliniques.....	21
II.4.I.Classification des troubles anxieux.....	22
II.5.DÉPRESSION.....	30
II.5.A. Etymologie.....	30
II.5.B.Définition.....	30
II.5.C.Historique de la dépression.....	30
II.5.D.Épidémiologie.....	31
II.5.E.Facteurs impliqués dans la dépression.....	31
II.5.F.Diagnostic de la dépression.....	34
II.5.G.Les différentes caractéristiques cliniques de l'épisode dépressif caractérisé.....	35
II.5.H.Les différentes formes cliniques.....	36
II.5.I.Prise en charge de la dépression.....	36
II.6.Les instruments de mesure.....	39
II.6.A.Le stress.....	40
II.6.B.L'anxiété.....	40

II.6.C.La dépression.....	41
II.6.D.Échelle de Dépression, d'Anxiété et de Stress (DASS-21).....	41
III.PARTIE PRATIQUE.....	44
III.A.MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	45
III.A.1.Design de l'étude.....	45
III.A.2.Période de l'étude.....	45
III.A.3.Population d'étude.....	45
III.A.4.Critères d'inclusion.....	45
III.A.4.Critères d'exclusion.....	45
III.A.5.Mesures.....	45
III.B.RÉSULTATS.....	52
III.B.1.Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	53
III.B.2.Parcours académique des participants.....	60
III.B.3.Mode de vie et habitudes.....	73
III.B.4.État de santé et santé mentale des participants.....	80
III.B.5.Prévalence et sévérité du stress, de l'anxiété et de la dépression.....	88
III.C.DISCUSSION.....	91
III.C.1. Prévalence et sévérité du stress, de l'anxiété et de la dépression.....	92
III.C.2.Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	94
III.C.3.Parcours académique des participants.....	98
III.C.4.Mode de vie et habitudes.....	105
III.C.5.État de santé et santé mentale.....	109
III.C.6. Forces et limites de l'étude	114
III.C.6.1. Limites	114
III.C.6.2. Forces	115
III.C.7. Perspectives et recommandations	116
III.C.7.1. Mise en place d'un programme institutionnel de santé mentale	117
III.C.7.2. Réorganisation pédagogique et allègement de la pression académique	117
III.C.7.3. Développement d'un système de mentorat par les pairs	117
III.C.7.4. Amélioration des conditions matérielles et de l'environnement universitaire...	118
III.C.7.5. Promotion d'un mode de vie sain	118
III.C.7.6. Développement des outils numériques de soutien	119
III.C.7.7. Perspectives de recherche futures	119

IV. CONCLUSION	120
BIBLIOGRAPHIE	124
ANNEXES	135
ÉCHELLE DASS-21	136

RÉSUMÉ

Introduction :

La santé mentale des étudiants en médecine constitue une préoccupation majeure en raison des exigences académiques, de la charge de travail et de la pression des examens. Le stress, l'anxiété et la dépression peuvent affecter leur bien-être, leur parcours académique et leur future pratique professionnelle.

Objectifs :

Évaluer la prévalence et la sévérité du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants en médecine de la Faculté de Médecine de Ouargla, décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et académiques, leurs habitudes de vie, et identifier certains facteurs associés à leur santé mentale.

Matériels et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique transversale menée auprès de 303 étudiants parmi les 1105 inscrits à la Faculté de Médecine de Ouargla, soit un taux de réponse de 27,42 %. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques, le parcours académique, le mode de vie et la santé mentale. Le stress, l'anxiété et la dépression ont été évalués à l'aide de l'échelle DASS-21.

Résultats :

L'âge moyen était de $21,28 \pm 2,4$ ans, avec une prédominance féminine (87,8 %). La majorité était célibataire (98,3 %) et 59,1 % résidait en résidence universitaire. Une situation financière moyenne était rapportée par 65 % des participants. Sur le plan académique, 38,3 % avaient un antécédent d'échec universitaire, 67 % étaient insatisfaits de leurs performances et 87,5 % avaient ressenti une pression lors des examens. Trente pour cent ne choisiraient pas à nouveau les études de médecine. Concernant le mode de vie, 46,2 % dormaient 5 à 6 heures par nuit et 59,7 % rapportaient une qualité moyenne du sommeil. Près des trois quarts ne pratiquaient pas régulièrement une activité physique. Selon la DASS-21, 69,9 % présentaient un stress modéré à extrêmement sévère, 64,1 % une anxiété modérée à extrêmement sévère et 56,4 % une dépression modérée à extrêmement sévère.

Conclusion :

Notre étude met en évidence une fréquence importante des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression chez les étudiants en médecine, soulignant la nécessité de renforcer les actions de prévention, de sensibilisation et de soutien psychologique au sein de la Faculté de Médecine de Ouargla.

Mots clés : Stress ; Anxiété ; Dépression ; Étudiants en médecine ; DASS-21.

ABSTRACT

Introduction:

The mental health of medical students is a major concern due to academic demands, workload, and examination pressure. Stress, anxiety, and depression may affect their well-being, academic performance, and future professional practice.

Objectives:

To assess the prevalence and severity of stress, anxiety, and depression among medical students at the Faculty of Medicine of Ouargla, describe their sociodemographic and academic characteristics and lifestyle habits, and identify factors potentially associated with their mental health.

Materials and Methods:

A descriptive and analytical cross-sectional study was conducted among 303 students recruited from the 1,105 students enrolled at the Faculty of Medicine of Ouargla, representing a response rate of 27.42%. Data were collected using a questionnaire covering sociodemographic characteristics, academic background, lifestyle, and mental health. Stress, anxiety, and depression were assessed using the DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale-21).

Results:

The mean age was 21.28 ± 2.4 years, with a female predominance (87.8%). Most students were single (98.3%), and 59.1% lived in university residences. An average financial situation was reported by 65% of participants. Regarding academic characteristics, 38.3% reported a history of academic failure, 67% were dissatisfied with their academic performance, and 87.5% experienced examination pressure. Thirty percent stated that they would not choose to study medicine again. Regarding lifestyle, 46.2% slept 5–6 hours per night, while 59.7% reported average sleep quality. Nearly three-quarters did not engage in regular physical activity. According to the DASS-21, 69.9% presented moderate to extremely severe stress, 64.1% moderate to extremely severe anxiety, and 56.4% moderate to extremely severe depression.

Conclusion:

Our study highlights a high frequency of stress, anxiety, and depression symptoms among medical students, emphasizing the need to strengthen prevention, awareness, and psychological support measures within the Faculty of Medicine of Ouargla.

Keywords: Stress; Anxiety; Depression; Medical students; DASS-21.

المخلص

مقدمة:

تُعد الصحة النفسية لطلبة الطب من القضايا المهمة، نظرًا لمتطلبات الدراسة الأكاديمية، وكثافة العمل، وضغط الامتحانات، والقيود المرتبطة بالتكوين الطبي. وقد يؤثر التوتر والقلق والاكتئاب في رفاه الطلبة ومسارهم الأكاديمي وممارستهم المهنية المستقبلية.

الأهداف :

تهدف الدراسة إلى تقييم انتشار وشدة التوتر والقلق والاكتئاب لدى طلبة الطب بكلية الطب بورقلة، ووصف خصائصهم الاجتماعية والديموغرافية والأكاديمية وعاداتهم الحياتية، وتحديد بعض العوامل المرتبطة بصحتهم النفسية.

المواد والطرق:

أُجريت دراسة وصفية وتحليلية مقطعية شملت 303 طالبًا من أصل 1105 طالبًا مسجلين بكلية الطب بورقلة، بنسبة استجابة بلغت 27.42%. جُمعت البيانات باستخدام استبيان تناول الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والمسار الأكاديمي، ونمط الحياة، والصحة النفسية. وتم تقييم التوتر والقلق والاكتئاب باستخدام مقياس الاكتئاب والقلق والتوتر المكوّن من 21 بندًا.

النتائج:

بلغ متوسط عمر الطلبة 21.28 ± 2.4 سنة، وكانت نسبة الإناث 87.8%. كان معظم الطلبة عزابًا (98.3%)، و59.1% منهم يقيمون في الإقامة الجامعية، بينما اعتبر 65% وضعهم المالي متوسطًا. صرّح 38.3% بوجود سابقة رسوب جامعي، وكان 67% غير راضين عن أدائهم الأكاديمي، في حين أفاد 87.5% بتعرضهم للضغط أثناء الامتحانات. كما صرّح 30% بأنهم لن يختاروا دراسة الطب مرة أخرى. وكان 46.2% ينامون بين 5 و6 ساعات ليلاً، و59.7% أبلغوا عن جودة نوم متوسطة، بينما لم يمارس قرابة ثلاثة أرباع الطلبة نشاطًا بدنيًا بانتظام. أظهر 69.9% مستوى من التوتر يتراوح بين المتوسط والشديد جدًا، و64.1% مستوى من القلق يتراوح بين المتوسط والشديد جدًا، و56.4% مستوى من الاكتئاب يتراوح بين المتوسط والشديد جدًا.

الخلاصة:

تُبرز الدراسة ارتفاع تواتر أعراض التوتر والقلق والاكتئاب لدى طلبة الطب، مما يؤكد ضرورة تعزيز الوقاية والتوعية والدعم النفسي داخل كلية الطب بورقلة.

الكلمات المفتاحية: التوتر؛ القلق؛ الاكتئاب؛ طلبة الطب؛ الصحة النفسية.

I.INTRODUCTION

Les problèmes de santé mentale, bien que longtemps sous-estimés par les organismes de recherche et les systèmes de santé, occupent actuellement une place majeure dans les listes des enjeux de santé publique. Cela s'explique notamment par une meilleure reconnaissance de leur fréquence, de leur impact sur la qualité de vie des individus, ainsi que de leurs conséquences sociales et économiques. Cette évolution s'inscrit dans une transformation plus large de la notion de santé, notamment après la seconde guerre mondiale, lorsque l'Organisation mondiale de la santé a défini la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social et non seulement une absence de maladie ou d'infirmité.(1) La prévalence des problèmes de santé mentale est élevée dans tous les pays du monde. À l'échelle mondiale, près d'une personne sur huit présente un trouble psychique(2). La prévalence générale varie avec le sexe et l'âge, mais les troubles dépressifs et anxieux sont les plus répandus, avec respectivement 31% et 28,9% de taux de prévalence dans la population générale(3). Environ 37 % des adultes dans le monde déclarent ressentir du stress quotidiennement (4).

Ces troubles sont la principale cause des années vécues avec une incapacité (AVI) et représentent 1 AVI sur 6 dans le monde(5). Ils influencent considérablement la santé et la qualité de vie des individus. Par exemple, la dépression affecte divers aspects de la vie quotidienne, tels que le fonctionnement global, l'humeur, les centres d'intérêt, l'appétit, la cognition et le niveau d'énergie. L'anxiété mène à la dépression, au suicide et aux troubles du sommeil. Le stress entraîne souvent des conséquences négatives telles qu'une augmentation de la consommation de tabac, de substances, des accidents, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires.

De plus, leurs coûts sociaux et économiques sont remarquables : l'absentéisme, les aides sociales, les allocations d'invalidité, les procédures juridiques et le retrait social. Ceux-ci dépassent largement le coût des soins qui sont bien moindre dans la prise en charge des individus ayant des troubles anxieux et dépressifs qui sont en revanche nettement plus fréquents que les autres troubles mentaux et leur part dans les coûts globaux par pays est donc importante. Néanmoins, près de la moitié de la population mondiale vit dans des pays où l'on compte à peine un psychiatre pour 200 000 personnes(5).

Malgré l'ampleur de ces problématiques, les données concernant la santé mentale des étudiants demeurent encore limitées et insuffisamment développées. Pourtant, Le taux brut de scolarisation dans l'enseignement supérieur dans le monde avoisine les 44 %(6), ce qui représente une part importante de la population jeune qui figure parmi des tranches d'âge

les plus exposées aux troubles psychiques, notamment au stress, à l'anxiété et à la dépression.

L'université est considérée comme une période de transition pour les jeunes adultes. C'est un moment d'adaptation à une nouvelle institution. Cette transition peut affecter le bien-être psychologique des étudiants semblant davantage exposés à des difficultés psychologiques que la population générale.

Les contraintes liées à la vie universitaire dont les activités pédagogiques et les évaluations académiques sont. Toutefois, l'environnement social occupe une place ambivalente, pouvant à la fois être potentiellement stressant, ou au contraire, agir comme un facteur protecteur.

Ces problématiques de santé mentale chez les étudiants peuvent également être comprises à travers certaines approches théoriques du développement psychologique. Parmi celles-ci, la théorie psychosociale d'Erik Erikson occupe une place importante. Contrairement à Sigmund Freud, qui explique principalement les troubles psychiques par des conflits inconscients issus de l'enfance et des pulsions psychosexuelles, Erikson met l'accent sur l'influence des facteurs sociaux et identitaires dans le développement de l'individu. Selon lui, chaque étape de la vie est marquée par une crise psychosociale spécifique. Les étudiants se situent généralement dans une phase de construction identitaire, caractérisée par des questionnements personnels, sociaux et professionnels. Cette période de transition, associée aux exigences académiques, aux incertitudes liées à l'avenir et aux changements relationnels, peut favoriser l'apparition des troubles mentaux.

La prévalence mondiale de la dépression est d'environ 33.6%(7) avec 18,4 % en Espagne(8), 34 % en Turquie(9), 34,5 % au Royaume-Uni (10) et 37,2 % en Jordanie(11). Celle de l'anxiété avoisine les 40%(7).

Parmi les différentes filières universitaires, certaines formations semblent particulièrement exposées à la détresse psychologique en raison de leurs exigences académiques et du niveau de pression qu'elles impliquent. Les études de santé, notamment les études médicales et pharmaceutiques, figurent parmi les cursus les plus exigeants, caractérisés par une charge de travail importante, un rythme soutenu des apprentissages et une forte compétition académique. Dans ce contexte, la littérature rapporte que la prévalence de l'anxiété chez les étudiants en médecine peut atteindre environ 33 %(12), traduisant une vulnérabilité psychologique importante au sein de cette population.

En Algérie, avec près de 2 millions étudiants inscrits dans les universités algériennes(13), dont 7200 nouveaux étudiants en filières médicales(14), la santé mentale des étudiants

émerge aujourd'hui comme un problème de santé publique. Cependant, peu d'auteurs se sont intéressés à ce sujet, alors qu'à l'échelle mondiale, le nombre d'études sur cette thématique a considérablement augmenté. C'est dans cette perspective que nous nous sommes proposé d'évaluer, à l'aide de l'échelle DASS-21, la prévalence du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants de la faculté de médecine d'Ouargla, ainsi que les facteurs qui y sont associés.

Objectif principal

Évaluer, à l'aide de l'échelle DASS-21, la prévalence du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants de la faculté de médecine d'Ouargla.

Objectifs secondaires

- Déterminer, pour chaque sous-échelle (stress, anxiété, dépression), la répartition des étudiants selon les niveaux de sévérité définis par la DASS-21.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques et académiques de l'échantillon étudié, et discuter leur lien avec le stress, l'anxiété et la dépression à la lumière de la littérature.
- Décrire les habitudes de vie des étudiants (consommation de tabac, de café, de substances énergisantes, qualité du sommeil, pratique d'une activité physique), et discuter leur lien avec le stress, l'anxiété et la dépression à la lumière de la littérature.
- Décrire et comparer l'état de santé des étudiants avant et après leur entrée à la faculté de médecine.

II. REVUE DE LITTERATURE

II.1. Les études de médecine en Algérie :

II.1.A. Fondements historiques de la formation médicale en Algérie :

La première institution de formation médicale en Algérie a été fondée deux ans après la colonisation française, c'est **l'instruction de l'armée**, qui organisa les premiers cours de physiologie et d'anatomie en janvier 1832 à l'hôpital du Dey de Bab El Oued.

La fermeture de l'hôpital de l'institution et donc la mise en fin à l'enseignement des sciences médicales en 1836, mobilisa **la Société de Médecine d'Alger** à manifester la réouverture de cette institution, un combat qui mena à la réalisation du projet sous le nom **l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie** conformément le décret du 3 août 1857 qui devient **l'Ecole Supérieure de Médecine et de Pharmacie**, en application de la loi du 20 décembre 1879, et fut placée sous la tutelle **la Faculté de Médecine de Montpellier** qui délivrait les diplômes, à ce temps-là c'est **l'hôpital Mustapha Pacha** qui assura la continuité de la formation médicale.(15)

La première étudiante en médecine inscrite fut Melle Renggen de la Lime. Et c'est Mohamed Seghir Benlarbey le premier médecin algérien, ayant soutenu sa thèse en 1884.(16)

En 1895, sur un nombre total d'étudiants de 588 pour le nombre d'étudiants inscrits en Médecine et Pharmacie était de 177 soit 30 %.

Le départ massif des médecins après l'indépendance, a mené les restants à lever le défi pour redémarrer les structures hospitalières de l'hôpital Mustapha et de reprendre la formation médicale. L'absence d'enseignants de rang magistral dans les spécialités fondamentales a motivé les autorités algériennes à solliciter l'état français à ouvrir des postes d'agrégés pour l'Algérie (protocole du 28 août 1962 relatif à la situation des personnels universitaires français relevant d'une faculté ou école de médecine qui exercent conjointement en Algérie des fonctions universitaires et des fonctions hospitalières)(17)

« L'héritage fût des plus lourd à porter. Mais des circonstances historiques exceptionnelles nous ont imposé un défi, que nous nous devons de relever, pour nos malades, pour nos étudiants, pour nous-mêmes, et, enfin et surtout, pour nos martyrs. Je peux dire aujourd'hui, en anticipant, que le pari que nous devons gagner l'a été et largement » **(dit M. Djennas)**

De même, une nouvelle réforme a été entreprise, une politique de massification de la formation médicale a été mise en place, et une autre de décentralisation où des nouvelles facultés ont été créées à Oran, Constantine...etc, marquant un passage d'un modèle colonial élitiste à un modèle national équitable, le tout pour résoudre le problème de la pénurie des médecins et pour adapter la formation aux besoins sanitaires nationaux.

II.1.B. La formations en médecine en Algérie :

-Accès aux études médicales :

En Algérie, seules les filières du tronc scientifique et technique (sciences expérimentales, Math, Math technique) ont accès aux études médicales.

La sélection est basée sur une moyenne pondérée entre la moyenne du bac et la note de science de vie et de terre pour les filières math et sciences expérimentales. La moyenne d'accès est précisée après les délibérations nationales des résultats du bac selon un *numerus clausus* qui convient à la capacité des places pédagogiques de chaque faculté.

-Organisation des études médicales en Algérie :

Une nouvelle réforme des études de médecine a été instaurée en 2018(18), où un système unitaire a été appliqué, certains modules ont été ajoutés au programme de formation, et de nouvelles modalités d'évaluations ont été proposées

Les études de médecine en Algérie ont été dispensées principalement en langue française néanmoins une politique de renforcement de l'enseignement en langue anglaise a été mise en œuvre en début de l'année universitaire 2025-2026.

Le programme national de formation en sciences médicales l'organise en 3 cycles : cycle préclinique, cycle clinique, internat :

Cycle préclinique :

Organisé en 3 ans où le socle des sciences fondamentales est enseigné en cours magistraux, travaux dirigés, travaux pratiques avec des évaluations sous forme d'examens théorique (est sous forme de QCS, QCM ou QROQ) et des contrôles de travaux pratiques.(19)

Cycle clinique :

Organisé aussi en 3ans, selon un système unitaire avec une formation théorique et des stages pratiques dans les services correspondants, de plus, les évaluations sont sous forme de qcm qcs ou qroq pour le volet théorique, et un ECOS (examen clinique organisé et structuré) pour le volet pratique de chaque unité.(20)

Internat :

L'interne doit effectuer 4 stages dont la durée est de 3mois pour chacun : un stage de médecine, un stage de chirurgie, un stage de pédiatrie, un stage de gynéco-obstétrique, le diplôme de Docteur en Médecine est délivré après validation des quatre stages obligatoires, remise du mémoire d'études et du livret de stage dûment complété et régularité de la situation administrative.(20)

II.2. La santé mentale :

II.2.A. Etymologie :

L'expression « **santé mentale** » combine deux mots :

II.2. A.1.Santé : mot attesté en 1145, vient du latin *sanitas*, dérivé de l'adjectif *sanus*, qui signifie « sain », « en bon état », « intact ».(21)

Dans la langue latine, ce terme renvoyait à la fois à la santé du corps et à celle de l'esprit, comme l'illustre l'expression de Juvénal : *mens sana in corpore sano* (« un esprit sain dans un corps sain »).(22)

Cependant, dès le latin classique, le terme *insanus*, opposé de *sanus*, a vu son sens se restreindre progressivement au domaine de la santé mentale, désignant l'altération de la raison ou la démesure intellectuelle. De ce terme dérivent notamment *insania* (« déraison ») et *insanitas* (« mauvaise santé mentale »), à l'origine de plusieurs termes dans les langues modernes dont *insanity* en anglais et *insanité* en français.(23,24)

II.2. A.2.Mentale : Le latin *mens sana* se traduit en italien et en espagnol par *mente sana*, tandis qu'en français il correspond à l'expression « esprit sain ». Cette différence met en évidence la polysémie du terme « esprit » en français, qui peut désigner à la fois l'intelligence humaine et la dimension spirituelle, comme l'illustre la distinction entre *mens sana* (« esprit sain ») et *Spiritus Sanctus* (« esprit saint »).(25)

Le substantif latin *mens* (« esprit », « pensée ») est à l'origine de plusieurs dérivés tels que *demens* (« insensé »), *dementia* (« démence ») ainsi que du verbe *mentiri* (« mentir »), lequel renvoie à un usage dévié ou erroné de l'intelligence.Par ailleurs, l'adjectif *mentalis*, dérivé de *mens*, apparaît dans le bas latin. Toutefois, son emploi fut initialement contesté par Augustin d'Hippone, qui lui préférait le terme *intellectualis*. Malgré cette réserve, le terme *mentalis* fut progressivement adopté dans la pensée théologique médiévale.(26)

Le mot a ensuite été intégré aux langues modernes à travers plusieurs évolutions lexicales entre le français et l'anglais : « mental » apparaît en ancien français sous la forme *mentel* au XIV^e siècle, puis est repris par l'anglais (*mental*), avant que le terme « mentalité », issu de l'anglais *mentality*, ne soit réintroduit en français au XIX^e siècle.(27)

II.2.B. Histoire de la santé mentale à travers les âges

L'histoire de la santé mentale s'inscrit dans l'évolution générale des représentations du trouble psychique, marquée par un passage progressif d'explications magico-religieuses vers des modèles naturalistes, puis scientifiques et intégratifs.

II.2.B. 1. Antiquité : premières approches naturalistes

Dans l'Antiquité grecque, Hippocrate propose une interprétation naturaliste des troubles mentaux à travers la théorie des humeurs, qui a été enrichie après par Galien, et qui explique le fonctionnement du corps par l'équilibre de quatre humeurs : sang, bile jaune, bile noire et phlegme.

La santé correspond à cet équilibre, tandis que la maladie, y compris les troubles mentaux, résulte d'un déséquilibre. L'excès de bile noire est notamment associé à la mélancolie.

Cette théorie constitue l'une des premières explications naturalistes des troubles psychiques et a profondément influencé la médecine occidentale moderne. Cette approche constitue une rupture importante avec les explications exclusivement surnaturelles, bien que ces dernières persistent dans certaines traditions culturelles.(28)

II.2.B. 2. Moyen Âge : domination des interprétations théologiques

Au Moyen Âge, les troubles mentaux sont principalement interprétés dans un cadre théologique et moral, les rattachant au péché, à l'épreuve divine ou à la possession. Cette conception repose sur une lecture spirituelle du désordre psychique, en l'absence d'explication médicale structurée. Les modalités de prise en charge relèvent alors essentiellement de pratiques religieuses (prières, exorcismes), avant la médicalisation progressive à l'époque moderne.(29)

II.2.B. 3. Époque moderne : émergence de l'aliénisme

L'aliénisme désigne le courant médical apparu à la fin du XVIIIe siècle qui constitue le fondement historique de la psychiatrie moderne. Il s'intéresse à l'étude et au traitement des « aliénés », terme alors utilisé pour désigner les personnes atteintes de troubles mentaux. Ce courant est notamment marqué par Philippe Pinel, qui introduit une approche clinique des troubles mentaux et promeut leur prise en charge médicale ainsi que l'humanisation des conditions d'internement. L'aliénisme repose ainsi sur l'idée que la maladie mentale relève d'une pathologie susceptible d'être observée, classifiée et traitée.(30)

II.2.B. 4. XIXe siècle : constitution de la psychiatrie comme discipline médicale

Le XIXe siècle est caractérisé par l'institutionnalisation de la psychiatrie. Les troubles mentaux font l'objet de classifications nosographiques et de prises en charge

institutionnelles au sein des asiles. La compréhension reste principalement descriptive, centrée sur l'observation clinique et la catégorisation des pathologies.

II.2.B. 5. XXe siècle : pluralisation des modèles explicatifs

Le XXe siècle se distingue par la coexistence de plusieurs paradigmes explicatifs : psychanalytique, comportemental, cognitif et biologique. Cette période voit également l'émergence du modèle **biopsychosocial**, qui intègre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales dans la compréhension des troubles mentaux.(31)

II.2.B. 6. Époque contemporaine : approche intégrative et santé publique

Dans la période contemporaine, la santé mentale est appréhendée dans une perspective globale et préventive. Selon Organisation mondiale de la Santé, elle ne se réduit pas à l'absence de trouble mental, mais correspond à un état de bien-être permettant l'adaptation, la productivité sociale et la réalisation de soi. Les politiques actuelles mettent l'accent sur la prévention, la déstigmatisation et l'accessibilité des soins.(32)

II.2.C. Définitions de la santé mentale :

II.2. C.1. Définition selon Organisation mondiale de la Santé

La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut réaliser son potentiel, faire face aux tensions normales de la vie, travailler de manière productive et contribuer à la vie de sa communauté.(32)

II.2.C. 2. Définitions psychologiques

-L'association américaine de psychologie :

« La santé mentale correspond au bien-être émotionnel, psychologique et social. Elle influence la manière dont nous pensons, ressentons et agissons. Elle détermine également la façon dont nous gérons le stress, entrons en relation avec les autres et prenons des décisions. »(33)

-Karl Menninger propose une conception de la santé mentale qui repose sur l'adaptation de l'individu à son environnement et aux autres. Karl Menninger définit la santé mentale comme « l'adaptation des êtres humains au monde et aux autres »(34)

-Dans la tradition psychanalytique, la santé psychique est souvent liée à la capacité « d'aimer et de travailler ».

II.2. C.3.Définitions sociologiques

-Émile Durkheim (approche sociologique implicite)

Durkheim ne définit pas directement la « santé mentale », mais dans ses travaux sur le suicide :

« Le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu. »(35)

-Michel Foucault : sociologie de la folie

« La folie n'est pas un fait naturel, mais une construction historique et sociale. »(36)

-Talcott Parsons : sociologie de la santé

« Le rôle du malade est un statut social qui implique des droits et des obligations spécifiques. »(37)

II.2.D. Dimensions ou composantes de la santé mentale

II.2. D.1.Dimension émotionnelle (hédonique)

Elle renvoie à la capacité de reconnaître, comprendre et réguler ses émotions dans la vie quotidienne. Elle inclut la maîtrise de soi face aux émotions négatives (tristesse, colère, peur), l'aptitude à exprimer ses ressentis de manière adaptée et constructive, ainsi que la résilience, c'est-à-dire la capacité à surmonter les difficultés, les échecs ou les événements traumatiques.(38)

II.2. D.2.Dimension psychologique

Elle concerne l'évaluation que l'individu fait de lui-même et de sa vie, ainsi que son développement personnel. Elle comprend l'estime de soi, l'autonomie dans la prise de décision et l'action, ainsi que le sentiment d'épanouissement lié à la progression personnelle, à l'apprentissage et à la réalisation de son potentiel.(38)

II.2. D.3.Dimension sociale (eudémonique)

Elle correspond à la qualité des relations que l'individu entretient avec son environnement social. Elle englobe la capacité à établir et maintenir des relations interpersonnelles significatives (famille, amis, couple), le sentiment d'intégration et d'appartenance à un groupe ou à une communauté, ainsi que l'implication sociale et la contribution au fonctionnement collectif.(38)

II.2.E. Théories explicatives :

II.2. E.1. Approche psychanalytique

La santé mentale est comprise comme le résultat de l'équilibre entre les instances psychiques et de la résolution des conflits inconscients, souvent liés aux expériences précoces de l'enfance. Les troubles apparaissent lorsque ces conflits internes persistent et se traduisent par des symptômes psychiques.(39)

II.2.E. 2. Approche comportementale

Cette approche explique la santé mentale à partir des apprentissages et des conditionnements. Les comportements adaptés ou inadaptés sont acquis par interaction avec l'environnement, et les troubles psychiques peuvent être modifiés par des techniques de renforcement, d'extinction ou de réapprentissage.

II.2. E.3. Approche cognitive

La santé mentale dépend des schémas de pensée et des interprétations que l'individu attribue aux événements. Les troubles psychiques résultent de pensées automatiques négatives et de distorsions cognitives influençant les émotions et les comportements.

II.2. E.4. Approche humaniste

La santé mentale est définie comme un processus d'épanouissement et de réalisation de soi. Elle repose sur l'authenticité, l'estime de soi, l'autonomie et la capacité de développement personnel dans un environnement favorable.

II.2. E.5. Approche biologique

La santé mentale est liée au fonctionnement du système nerveux central et à l'équilibre neurochimique. Les troubles psychiques peuvent être associés à des dysfonctionnements biologiques, génétiques ou neurophysiologiques.

II.2. E.6. Approche biopsychosociale

La santé mentale résulte de l'interaction entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ce modèle permet une compréhension intégrée des troubles mentaux et constitue aujourd'hui un cadre de référence en psychiatrie.(40)

II.3. Stress :

II.3.A. Étymologie du stress

Terme exprimant à la fois l'agression subie par l'organisme et la réaction de ce dernier, emprunté à l'anglais stress « force, contrainte, effort, tension » et qui semble issu, avec aphérèse, de l'anglo-normand destresse.(41,42)

II.3.B. Définitions du stress

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le stress correspond à un état d'inquiétude ou de tension mentale qui survient lorsque les exigences d'une situation dépassent les ressources perçues de l'individu.(43)

Sur le plan physiologique, Hans Selye définit le stress comme une réponse non spécifique de l'organisme face à toute demande d'adaptation, se traduisant par un ensemble de réactions biologiques coordonnées.(44)

Dans une approche psychologique, Richard Lazarus et Susan Folkman définissent le stress comme un processus transactionnel résultant de l'évaluation cognitive d'une situation, en fonction de la perception des menaces et des ressources disponibles pour y faire face.(45)

II.3.C. Histoire du concept de stress

Les manifestations du stress ont été observées depuis l'Antiquité, bien qu'elles aient longtemps été interprétées à travers des cadres philosophiques ou humoraux, sans conceptualisation spécifique.

Au XXe siècle, Hans Selye introduit le concept scientifique de stress à travers ses travaux sur le syndrome général d'adaptation, mettant en évidence une réponse non spécifique de l'organisme face aux agressions.

Par la suite, les recherches en psychologie, notamment celles de Lazarus et Folkman, ont élargi cette conception en intégrant la dimension cognitive et subjective du stress, en soulignant l'importance de l'évaluation individuelle des situations.

Aujourd'hui, le stress est considéré comme un phénomène multidimensionnel, intégrant des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, et occupant une place centrale en médecine et en psychologie de la santé.(46)

II.3.D. Physiopathologie du stress

La réponse au stress repose sur un ensemble de mécanismes neurobiologiques complexes visant l'adaptation de l'organisme. Elle implique principalement le système nerveux autonome (système sympathique) et l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS).

Lors d'un stimulus stressant, l'hypothalamus active une cascade hormonale entraînant la libération de cortisol par les glandes surrénales, ainsi que de catécholamines (adrénaline et noradrénaline). Ces médiateurs provoquent une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la vigilance et de la disponibilité énergétique, permettant une réponse rapide face à la contrainte.(47)

Le modèle du « syndrome général d'adaptation » proposé par Hans Selye distingue trois phases :

- **Phase d'alarme** : activation immédiate des systèmes de défense ;
- **Phase de résistance** : adaptation prolongée de l'organisme ;
- **Phase d'épuisement** : dysrégulation des systèmes biologiques en cas de stress chronique. (48)

Un stress prolongé entraîne une hyperactivation de l'axe HHS, associée à une perturbation des systèmes immunitaire, endocrinien et neurologique, pouvant favoriser l'apparition de troubles anxieux, dépressifs, cardiovasculaires et immunitaires.

II.3.E. Eustress et distress :

Il convient de distinguer deux formes de stress.

L'**eustress** correspond à un stress positif, considéré comme stimulant et adaptatif. Il améliore la motivation, les performances cognitives et la capacité d'adaptation face à des défis perçus comme maîtrisables. Il joue ainsi un rôle fonctionnel dans l'apprentissage et la réalisation des objectifs.

Le **distress**, en revanche, désigne un stress négatif, perçu comme excessif ou incontrôlable. Il est associé à une surcharge des capacités d'adaptation, entraînant une détresse psychologique, une altération des performances et, à long terme, un risque accru de déséquilibres psychiques et somatiques.(49)

II.3.F. Approche transactionnelle du stress

Selon le modèle transactionnel développé par Richard Lazarus et Susan Folkman, le stress ne réside pas uniquement dans la situation elle-même, mais dans l'interaction entre l'individu et son environnement. Il résulte d'un processus d'évaluation cognitive en deux étapes : une évaluation primaire (perception de la menace ou du défi) et une évaluation secondaire (analyse des ressources disponibles pour y faire face). Le stress apparaît lorsque les exigences perçues excèdent les ressources d'adaptation.(45)

II.3.G. Manifestations du stress

Le stress se manifeste à plusieurs niveaux :

- **Physiologique** : activation du système sympathique, sécrétion hormonale, modifications cardiovasculaires ;
- **Psychologique** : anxiété, irritabilité, troubles de l'attention, sentiment de surcharge
- **Comportemental** : agitation, inhibition, stratégies d'évitement ou de coping.

Ces manifestations traduisent une tentative d'adaptation de l'organisme face à une contrainte(50).

II.3.H. Stress aigu et stress chronique

Le stress aigu correspond à une réponse transitoire et adaptative face à un événement ponctuel. Il est généralement limité dans le temps et peut avoir un effet mobilisateur.

Le stress chronique, en revanche, résulte d'une exposition prolongée à des facteurs stressants. Il entraîne une usure progressive des capacités d'adaptation et une dérégulation des systèmes neurobiologiques, augmentant le risque de pathologies physiques et psychiques.(51)

II.3.I. Principes de la prise en charge du stress

La prise en charge du stress repose sur une approche globale visant à réduire les facteurs de stress, renforcer les capacités d'adaptation et prévenir les complications psychologiques ou somatiques.

II.3. I.1.Approche psychologique

Les interventions psychologiques occupent une place centrale dans la gestion du stress.

Parmi les méthodes les plus utilisées figurent :

II.3. I.1.1.Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La gestion du stress repose sur plusieurs techniques cognitives et comportementales : la résolution de problèmes et la gestion des émotions, la gestion du temps et l'affirmation de soi . Plusieurs techniques sous forme d'exercices simples de TCC sont proposées : (52)

II.3. I.1.2.Techniques de relaxation

Où le but est d'apprendre à obtenir un état de détente en appliquant les techniques adaptées pour maîtriser les réponses physiologiques au stress . Certaines tels que le yoga et le zen retrouve leurs origines dans les traditions anciennes. D'autres techniques, adaptées et développées selon les approches modernes comprennent le contrôle respiratoire, la relaxation musculaire et la méditation de pleine conscience et les techniques de visualisation et le biofeedback de variabilité cardiaque. (52)

II.3. I.1.3.Soutien psychologique

D'abord avec une analyse des stratégies mobilisées pour faire face au stress , puis un repérage des pensées et des croyances qui les influencent afin de modifier ces pensées et ces croyances dans l'optique d'une meilleure adaptation à la situation stressante vécue. (52)

II.3. I.2.Approche hygiéno-diététique

L'amélioration du mode de vie contribue significativement à la réduction du stress : pratique régulière d'une activité physique ; alimentation équilibrée ; sommeil suffisant et régulier et la limitation des excitants tels que la caféine et le tabac. (53)

II.3. I.3.Approche sociale et organisationnelle

Le soutien familial, social et professionnel joue un rôle protecteur important. Une meilleure gestion du temps, l'organisation des tâches et l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle permettent également de réduire les sources de tension.(54)

II.3. I.4.Approche médicamenteuse

L'utilisation des anxiolytiques ne doit pas être systématique. Les BZDs sont à éviter car elles favorisent la mémorisation de l'évènement traumatisant. Il faut privilégier les antihistaminiques (hydroxyzine) et les bêta-bloquants (propranolol). Un débriefing collectif ou individuel doit être proposé le 2ème ou 3ème jour, et le traitement médicamenteux sera instauré en cas de manifestations anxieuses persistantes. (55)

II.3. J. Prévention du stress

La prévention repose sur :

- l'éducation à la gestion émotionnelle ;
- le développement des compétences d'adaptation ;
- la promotion d'un mode de vie sain ;
- l'identification précoce des facteurs de risque psychosociaux.

Les programmes de prévention du stress sont particulièrement importants dans les milieux professionnels et universitaires, où les exigences psychologiques sont élevées.

II.4. ANXIETE

II.4.A. Etymologie de l'anxiété

- ✓ Selon le dictionnaire Le Petit Larousse, l'anxiété est définie comme une inquiétude pénible accompagnée d'une tension nerveuse, provoquée par l'incertitude ou l'attente. Elle correspond également à un trouble émotionnel caractérisé par un sentiment diffus d'insécurité et d'angoisse.(56)
- ✓ Et d'après le Académie française dans son dictionnaire, le terme « anxiété », issu du latin anxietas dérivé de anxius, désigne une inquiétude intense donnant l'impression d'un resserrement du cœur. En psychopathologie, il correspond à un état de trouble psychique lié à la crainte d'une menace réelle ou imaginaire.(57)

II.4.B. Histoire de l'anxiété à travers les âges

- L'anxiété est connue depuis l'Antiquité. Chez les Grecs, elle était expliquée par un déséquilibre des humeurs du corps, tandis que les philosophes la considéraient comme une réaction émotionnelle liée aux difficultés de la vie.
- Au Moyen Âge, l'anxiété était surtout interprétée dans un cadre religieux comme une épreuve spirituelle ou une conséquence du péché.
- À la Renaissance et durant l'époque classique, les médecins ont commencé à étudier les troubles psychiques de manière plus scientifique, en les reliant au système nerveux et aux émotions.
- Au XIXe siècle, avec le développement de la psychiatrie moderne, les états anxieux ont été mieux décrits et classés parmi les névroses.
- Au XXe siècle, Sigmund Freud a contribué à expliquer l'anxiété par les conflits inconscients. Ensuite, les approches cognitives et comportementales ainsi que les neurosciences ont permis de mieux comprendre ses mécanismes psychologiques et biologiques.
- Aujourd'hui, l'anxiété est reconnue comme un trouble multifactoriel influencé par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, et sa prise en charge repose sur des traitements psychothérapeutiques et médicamenteux adaptés.(58)

II.4.C GÉNÉRALITÉS

L'anxiété est une émotion normale et adaptative qui aide l'individu à faire face aux situations nouvelles ou menaçantes. Elle se manifeste sur les plans psychologique, comportemental et somatique, en augmentant l'état de vigilance et en préparant une réaction de défense.

Cependant, elle devient pathologique lorsqu'elle est excessive, durable ou disproportionnée par rapport au danger réel, entraînant une souffrance psychique et des difficultés d'adaptation. Contrairement à la peur, qui répond à une menace immédiate et identifiable, l'anxiété est liée à l'anticipation d'un danger futur ou incertain.

Il convient également de distinguer l'anxiété de l'angoisse : l'anxiété est un terme surtout utilisé en médecine et en psychopathologie, tandis que l'angoisse renvoie davantage au vécu émotionnel et subjectif du sujet.(58)

II.4.D Comparaison entre l'anxiété physiologique et l'anxiété pathologique

L'anxiété normale survient généralement dans des situations objectivement dangereuses ou stressantes. Elle s'accompagne de préoccupations raisonnables et reste contrôlable, avec une intensité limitée. Sa durée est souvent brève et elle disparaît lorsque la situation en cause prend fin. De plus, elle entraîne peu ou pas de retentissement sur la vie quotidienne et n'influence pas significativement l'organisation de la vie personnelle, familiale, sociale ou professionnelle.

À l'inverse, l'anxiété pathologique apparaît dans des situations peu ou pas dangereuses. Elle se caractérise par des inquiétudes irréalistes, excessives ou disproportionnées. Cette anxiété est souvent intense, douloureuse et difficilement contrôlable, pouvant parfois évoluer vers un état de panique. Elle persiste au-delà de la situation déclenchante ou survient de manière trop fréquente. Par ailleurs, elle entraîne une détresse psychique importante ainsi qu'un handicap significatif dans la vie quotidienne, avec des répercussions majeures sur les plans affectif, familial, professionnel et social.(59)

II.4.E Définition Des Troubles Anxieux

Selon le DSM-5, l'anxiété est définie comme une anticipation inquiète d'un danger ou d'un événement négatif futur, accompagnée d'un sentiment de préoccupation, de détresse psychique et/ou de manifestations somatiques de tension. Cette anxiété peut être liée à une menace perçue comme interne ou externe.(60)

II.4.F Physiopathologie Des Troubles Anxieux

II.4. F.1.Vulnérabilité multifactorielle aux troubles anxieux :

Les troubles anxieux résultent d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs : génétiques, environnementaux, psychologiques et développementaux. Aucun facteur, à lui seul, ne peut expliquer l'apparition de l'anxiété pathologique. L'importance de chacun varie selon les individus et peut également changer au cours de la vie d'une même personne.(61)

II.4. F.2.Facteurs génétiques et familiaux :

Sur le plan génétique, il n'existe pas de « gène unique de l'anxiété ». Toutefois, certains gènes participent à une susceptibilité accrue aux troubles anxieux. Parmi eux, le gène du récepteur sérotoninergique 5-HT1A semble jouer un rôle important. Des études expérimentales ont montré que son inactivation chez l'animal entraîne une augmentation des comportements anxieux, sans pour autant expliquer à elle seule l'apparition d'un trouble anxieux.

Par ailleurs, l'existence de plusieurs cas de troubles anxieux au sein d'une même famille suggère une prédisposition familiale d'origine multigénique. Cependant, cette transmission n'est pas uniquement biologique. L'environnement familial peut également favoriser un apprentissage social de la peur. Par exemple, des parents vivant dans un isolement social important ou manifestant eux-mêmes une anxiété excessive peuvent transmettre à leurs enfants une perception inquiétante du monde extérieur.(61)

II.4. F.3.Influence de l'environnement et des expériences de vie :

L'anxiété peut aussi être renforcée par certains mécanismes relationnels et sociaux. Un enfant anxieux, peu engagé dans les interactions sociales, peut devenir plus vulnérable au rejet ou au harcèlement. Ces expériences négatives entretiennent alors un cercle vicieux, aggravant progressivement les symptômes anxieux.

Plusieurs facteurs psychologiques et développementaux sont également associés à un risque accru de troubles anxieux, notamment :

- ✓ les antécédents familiaux de troubles anxieux ;
- ✓ les événements traumatisants ;
- ✓ la consommation d'alcool ou de drogues ;
- ✓ la prise de certains médicaments ;
- ✓ la présence d'autres troubles médicaux ou psychiatriques.

II.4. F.4.Neurobiologie de l'anxiété : des connaissances en constante évolution :

Les progrès récents en neurosciences ont permis une meilleure compréhension des mécanismes cérébraux impliqués dans l'anxiété. Les études utilisant l'imagerie cérébrale ainsi que les modèles animaux ont largement contribué à ces avancées.

Certaines régions du cerveau apparaissent particulièrement impliquées. Ainsi, le cortex insulaire et l'amygdale présentent une hyperactivité chez les patients souffrant de troubles anxieux. D'autres structures cérébrales intervenant dans la peur, les émotions et les interactions sociales peuvent également être concernées selon le type d'anxiété observé.(62)

Les neurotransmetteurs jouent eux aussi un rôle essentiel. Le GABA, principal neurotransmetteur inhibiteur du système nerveux central, intervient dans la régulation de l'anxiété et constitue la cible principale des médicaments anxiolytiques. La sérotonine participe également à cette régulation, notamment par son action sur l'activité du GABA. Cela explique l'efficacité des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dans plusieurs troubles anxieux. Une augmentation du taux de sérotonine permet notamment de diminuer les symptômes observés dans les attaques de panique, le trouble anxieux généralisé et certaines phobies.(63)

D'autres mécanismes biologiques sont actuellement étudiés, en particulier le rôle des endocannabinoïdes produits par le cerveau, notamment au niveau du noyau accumbens. Certaines recherches suggèrent qu'une supplémentation en acides gras oméga-3, favorisant leur synthèse, pourrait contribuer à réduire les symptômes anxieux.(64)

Malgré ces avancées, les mécanismes précis responsables du passage d'une anxiété normale et adaptative vers une anxiété pathologique restent encore imparfaitement compris. Les données actuelles suggèrent toutefois qu'il existe une amplification ou un détournement des circuits neuronaux normalement impliqués dans l'adaptation à l'environnement.

II.4.G Types de troubles anxieux

Les troubles anxieux regroupent un ensemble de pathologies ayant en commun une anxiété excessive ainsi que des perturbations comportementales associées. Ces troubles se différencient principalement par la nature des objets ou des situations à l'origine de la peur et de l'anxiété, ainsi que par les comportements d'évitement et les mécanismes cognitifs qui les accompagnent.

Le type de trouble anxieux peut souvent être identifié en fonction de l'objet ou de la situation à l'origine de l'anxiété. Cet objet anxiogène varie considérablement d'un individu à un autre et peut être multiple. Il peut s'agir, par exemple, d'animaux, de plantes, de certaines personnes, de lieux, de situations particulières ou d'événements spécifiques.

L'anxiété peut également être liée à des conditions de vie, à un rôle social, à des concepts abstraits, à des idées, des images mentales, des anticipations futures, voire à certaines émotions ou comportements.

Les troubles anxieux sont généralement classés en deux grandes catégories : l'anxiété dirigée et l'anxiété généralisée.

Dans les anxiétés dirigées, l'angoisse est centrée sur un objet ou une situation clairement identifiable. En revanche, dans l'anxiété généralisée, aucun objet précis n'est retrouvé. Le

patient décrit alors souvent une inquiétude diffuse et permanente, exprimée par des phrases telles que « avoir peur de tout » ou « se sentir inquiet en toute circonstance ».

L'anxiété dirigée regroupe les troubles dans lesquels l'angoisse est liée à un objet, une situation ou une pensée clairement identifiable. Cette catégorie comprend notamment les phobies spécifiques :

- l'agoraphobie,
- la phobie sociale
- le trouble obsessionnel compulsif (TOC)
- la crainte excessive d'être atteint d'une maladie
- les troubles à symptomatologie somatique

Cependant, l'anxiété généralisée correspond à une anxiété diffuse, sans objet précis. Elle inclut principalement le trouble panique et le trouble d'anxiété généralisée, caractérisés par une inquiétude persistante et difficilement contrôlable dans différentes situations de la vie quotidienne.(65)

II.4.H MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les manifestations cliniques des troubles anxieux peuvent être regroupées en trois grandes catégories : les symptômes physiques, psychiques et comportementaux. Ces manifestations sont souvent interconnectées et évoluent au cours du temps.

Les symptômes physiques peuvent être aigus ou chroniques.

Les manifestations aiguës comprennent notamment : les palpitations, la tachycardie, les tremblements, la dyspnée pouvant aller jusqu'à une sensation de suffocation, l'hyperventilation, les douleurs ou gênes thoraciques, les étourdissements, les vertiges, les paresthésies, les picotements, les crampes, les bouffées de chaleur, les nausées, les douleurs abdominales ainsi que les sueurs abondantes.

Les manifestations chroniques incluent surtout : la fatigue, les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit, les tensions musculaires, les lombalgies et les céphalées.

Les symptômes psychiques concernent principalement les cognitions et les émotions.

Sur le plan cognitif, on retrouve : des pensées et représentations anxieuses, une tendance à la surinterprétation des symptômes physiques, une hypervigilance ainsi que des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire.

Sur le plan émotionnel, l'anxiété peut se traduire par : la peur, l'angoisse, la nervosité, la tension ou encore l'irritabilité. Dans les formes sévères, des symptômes dissociatifs peuvent apparaître, tels que la dépersonnalisation, caractérisée par une impression de ne

plus être soi-même, et la déréalisation, correspondant à une altération de la perception de la réalité.

Les symptômes comportementaux se manifestent par des comportements d'évitement, qu'ils soient évidents ou subtils, ainsi que par des comportements de sécurité destinés à réduire l'anxiété. Les patients peuvent présenter un blocage ou une inhibition physique, psychique ou sociale, une agitation improductive, une hyperactivité ou une crispation. Les relations interpersonnelles peuvent également être perturbées avec l'apparition d'irritabilité, d'impatience, de repli sur soi ou de dépendance affective.

Certains sujets développent des rituels de vérification, de nettoyage ou de rangement, recherchent constamment une réassurance ou recourent à des substances psychoactives telles que l'alcool, les benzodiazépines ou le cannabis.(65)

II.4.I Classification Des Troubles Anxieux

II.4. I.1.Trouble anxieux généralisé (TAG)

Le trouble anxieux généralisé (TAG) représente l'un des troubles anxieux les plus fréquemment rencontrés en pratique médicale, notamment en médecine physique et de réadaptation (MPR). Il se caractérise par une anxiété excessive, persistante et difficile à contrôler, présente dans plusieurs situations de la vie quotidienne.

Le diagnostic du TAG peut être difficile en raison de la diversité des manifestations cliniques, associant à la fois des symptômes psychiques et somatiques. Les patients présentent fréquemment des symptômes physiques sans cause organique évidente, tels que :

- ✓ des douleurs thoraciques ;
- ✓ des douleurs abdominales ;
- ✓ des troubles du sommeil ;
- ✓ une fatigue persistante ;
- ✓ des céphalées ;
- ✓ des vertiges.

Cette symptomatologie polymorphe conduit souvent à la réalisation de nombreux examens complémentaires avant que le diagnostic ne soit évoqué. De plus, le TAG est fréquemment associé à d'autres troubles psychiatriques ou médicaux, ce qui augmente davantage sa complexité diagnostique ainsi que son impact social et économique.

II.4.I.1.A Critères diagnostiques (selon le DSM-5) :

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires)
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :

N.B. : Un seul item est requis chez l'enfant.

1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
2. Fatigabilité.
3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire.
4. Irritabilité.
5. Tension musculaire.
6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

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

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.(60)

II.4. I.2.Trouble panique

Le trouble panique est caractérisé par la survenue répétée d'attaques de panique, correspondant à des épisodes soudains de peur intense accompagnés d'un important malaise physique et psychique. Ces crises apparaissent brutalement, souvent de manière inattendue, sans facteur déclenchant clairement identifiable.

Cette absence de cause évidente permet de distinguer le trouble panique d'autres troubles anxieux dans lesquels les attaques de panique surviennent en réponse à une situation particulière, comme dans l'anxiété sociale, les phobies spécifiques, le trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou le trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

L'agoraphobie constitue une complication fréquente du trouble panique et peut également lui être associée dès le début de l'évolution. Les patients développent alors des comportements d'évitement de certains lieux, situations ou sensations physiques qu'ils

associent à la possibilité de refaire une crise. Certains ressentent également le besoin d'être accompagnés afin de se sentir en sécurité.(65)

Il est important de souligner qu'une attaque de panique isolée est relativement fréquente dans la population générale et ne suffit pas, à elle seule, à poser le diagnostic de trouble panique. Environ une personne sur cinq peut présenter au moins une crise de panique au cours de sa vie sans développer le trouble.

II.4. I.3.Agoraphobie

L'agoraphobie correspond à une peur intense et disproportionnée de situations dans lesquelles la personne pense qu'il serait difficile de s'échapper ou d'obtenir de l'aide en cas de malaise ou de survenue d'une crise de panique.

Les situations les plus fréquemment redoutées comprennent :

- ✓ les lieux clos ;
- ✓ les transports en commun ;
- ✓ les espaces ouverts ou les grands espaces ;
- ✓ les foules ;
- ✓ le fait d'être seul loin du domicile.

Face à ces situations, la personne développe des comportements d'évitement importants ou ressent le besoin d'être accompagnée pour se sentir en sécurité. Cette anxiété peut entraîner une limitation significative des activités quotidiennes et altérer la qualité de vie.

Dans certains cas, l'agoraphobie s'accompagne d'attaques de panique déclenchées par l'exposition à la situation anxiogène, ce qui renforce progressivement les conduites d'évitement.(65)

II.4. I.4.Phobie sociale

La phobie sociale, également appelée anxiété sociale, se caractérise par une peur intense du regard et du jugement des autres, ainsi que par la crainte d'être évalué négativement, humilié ou de déranger autrui.

Cette anxiété apparaît principalement dans les situations impliquant une interaction sociale, une observation par les autres ou une performance en public. Les situations les plus fréquemment concernées sont :

- les échanges sociaux ;
- le fait d'être observé lors d'activités quotidiennes, comme manger ou écrire ;
- les situations de performance, telles que parler en public.

Face à ces situations, la personne adopte souvent des comportements d'évitement ou manifeste une importante inhibition comportementale. Cette peur peut entraîner un retentissement significatif sur la vie sociale, scolaire ou professionnelle.

Certaines personnes ont recours à la consommation d'alcool ou d'autres substances afin de diminuer temporairement leur anxiété sociale et de mieux faire face aux situations redoutées.(60,65)

II.4. I.5.Phobies spécifiques

Les phobies spécifiques correspondent à des peurs intenses, excessives et irrationnelles déclenchées par la présence ou l'anticipation d'un objet ou d'une situation particulière.

Ces phobies peuvent concerner différents types de stimuli, notamment :

- ✓ les animaux : souris, araignées, chiens, etc. ;
- ✓ les éléments de l'environnement naturel : hauteur, orages, eau ;
- ✓ certains objets ou actes médicaux : aiguilles, couteaux, sang ;
- ✓ certaines situations : avion, ascenseur, espaces clos.

La confrontation à l'objet ou à la situation phobique provoque une anxiété importante pouvant aller jusqu'à une véritable attaque de panique. Afin d'éviter cette détresse, la personne adopte souvent des comportements d'évitement qui peuvent perturber son quotidien.

Il est fréquent qu'un même individu présente plusieurs phobies spécifiques simultanément, avec une moyenne d'environ trois phobies par personne.(65)

II.4. I.6.Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se caractérise par la présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux à la fois.

Les obsessions correspondent à des pensées, images ou impulsions répétitives, intrusives et angoissantes, vécues comme difficiles à contrôler. Elles provoquent une anxiété importante ainsi qu'un sentiment de détresse.

Afin de réduire cette anxiété, la personne met en place des compulsions, qui sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux réalisés de manière ritualisée. Ces compulsions peuvent être motrices, comme le lavage excessif des mains ou les vérifications répétées, ou mentales, comme compter, répéter certains mots ou prier intérieurement.

Pendant longtemps, le TOC a été classé parmi les troubles anxieux. Cependant, plusieurs classifications récentes, notamment celle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

dans la CIM-11, le distinguent désormais des autres troubles anxieux en raison de ses caractéristiques cliniques et neurobiologiques spécifiques.(65)

II.4. I.7.Crainte excessive d'avoir une maladie et trouble à symptomatologie somatique (anciennement hypocondrie)

Bien que ces troubles ne soient plus classés parmi les troubles anxieux dans les classifications récentes, l'anxiété y occupe une place centrale.

Dans le DSM-5, le terme d'« hypocondrie » a été remplacé par deux entités distinctes :

- ✓ la crainte excessive d'avoir une maladie ;
- ✓ le trouble à symptomatologie somatique.

La différence principale entre ces deux troubles réside dans la présence ou non de symptômes physiques importants. Dans la crainte excessive d'avoir une maladie, les symptômes somatiques sont absents ou peu marqués, tandis que dans le trouble à symptomatologie somatique, ils sont au contraire présents et souvent au premier plan.

Ces troubles se caractérisent principalement par :

- ✓ une préoccupation excessive concernant la possibilité d'être atteint d'une maladie physique ;
- ✓ une anxiété importante liée à la santé ;
- ✓ des comportements associés à cette inquiétude, comme les consultations répétées, les demandes fréquentes d'examens médicaux ou la surveillance excessive du corps.

La personne interprète souvent de manière erronée des sensations corporelles normales ou bénignes comme les signes d'une maladie grave, parfois même en l'absence de symptômes physiques significatifs. Cette situation est fréquemment rencontrée en médecine générale et peut compliquer la relation médecin-patient en entraînant des investigations médicales répétées et parfois inutiles.

Contrairement aux idées délirantes, le patient peut néanmoins reconnaître que ses inquiétudes sont possiblement exagérées ou admettre qu'aucune maladie n'a été objectivement retrouvée.(65)

II.4. I.8.le trouble à symptomatologie somatique

1. Un ou plusieurs symptômes somatiques, cause de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne.
2. Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitée par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants :

- a) Pensées persistantes et excessives concernant la gravité des symptômes.
 - b) Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes.
 - c) Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé.
3. Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (généralement plus de 6 mois).(65)

II.4. I.9.La prise en charge des troubles anxieux

La prise en charge des troubles anxieux repose, en premier lieu, sur l'établissement d'une relation thérapeutique fondée sur la confiance. Une fois cette alliance instaurée, il est essentiel de proposer au patient une démarche psychoéducative lui permettant de comprendre son diagnostic, ses manifestations cliniques ainsi que les options thérapeutiques envisageables. Le patient doit se sentir écouté, reconnu dans sa souffrance et considéré avec sérieux ; cette reconnaissance contribue souvent à diminuer l'anxiété liée à l'incompréhension de son état.

Dans la majorité des cas, les troubles anxieux répondent favorablement à une prise en charge reposant sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la pharmacothérapie, ou l'association de ces deux approches. Les phobies spécifiques constituent toutefois une exception, dans la mesure où la pharmacothérapie n'y est généralement pas indiquée. Par ailleurs, il est indispensable d'informer le patient des différentes alternatives thérapeutiques disponibles afin de favoriser une prise de décision partagée, en accord avec ses besoins, ses préférences et le contexte clinique.

II.4. I.9.1 Mesures non spécifiques

Les mesures non spécifiques occupent une place importante dans la prise en charge globale des troubles anxieux. À ce titre, il est recommandé de promouvoir une hygiène de vie adaptée, comprenant notamment :

- le maintien d'un sommeil de qualité ;
- la pratique régulière d'une activité physique ;
- l'évitement des substances psychoactives ou excitantes, telles que la caféine, le tabac, l'alcool et les drogues ;
- l'encouragement au « self-care », à savoir la mise en place d'activités favorisant le ressourcement physique et psychique du patient.

Ces mesures, bien qu'insuffisantes à elles seules dans certaines situations, constituent un soutien complémentaire pertinent dans le cadre d'une approche thérapeutique intégrée.

II.4. I.9.2 Pharmacothérapie

Les antidépresseurs, en particulier les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), représentent les traitements pharmacologiques de première intention dans les troubles anxieux.

Toutefois, l'instauration de ce traitement peut s'avérer délicate chez certains patients, en raison du délai d'action relativement long, généralement compris entre deux et six semaines.

Dans le cas spécifique du trouble anxieux généralisé (TAG), **la prégabaline** constitue une alternative thérapeutique. Son efficacité est comparable à celle des antidépresseurs, avec un délai d'action plus rapide. Néanmoins, en raison du risque potentiel de dépendance lors d'une utilisation prolongée, elle est le plus souvent réservée à une utilisation de deuxième ligne.

D'autres options pharmacologiques peuvent également être envisagées selon le tableau clinique :

les benzodiazépines, utiles pour un soulagement rapide des symptômes anxieux, mais dont l'utilisation doit rester limitée dans le temps en raison du risque de dépendance et de syndrome de sevrage ; elles sont fréquemment prescrites en début de traitement, en association avec un ISRS ou un IRSN ; **l'agomélatine**, indiquée uniquement dans le trouble anxieux généralisé ; **la buspirone**, efficace mais principalement utilisée comme traitement adjuvant ; **les antidépresseurs tricycliques**, dont l'efficacité est reconnue, mais dont l'usage est restreint par la fréquence de leurs effets indésirables ; **les bêtabloquants**, administrés ponctuellement dans l'anxiété de performance, notamment lors d'examens ou de prises de parole en public, sous réserve de l'absence de contre-indications ; **l'hydroxyzine (Atarax®)**, antihistaminique H1 de première génération, utilisée dans le traitement à court terme de l'anxiété ; **les antipsychotiques atypiques**, employés comme traitement adjuvant aux antidépresseurs dans certaines formes de trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

En cas d'absence de réponse thérapeutique après une durée minimale de douze semaines, une stratégie de deuxième ligne doit être envisagée en concertation avec un spécialiste.

II.4. I.9.3 Psychothérapie

La psychothérapie occupe une place centrale dans la prise en charge des troubles anxieux.

À court terme, son efficacité est au moins comparable à celle de la pharmacothérapie, avec des bénéfices souvent plus durables à long terme. Plusieurs approches psychothérapeutiques sont reconnues, parmi lesquelles la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie systémique et la thérapie analytique.

En pratique clinique, la thérapie cognitivo-comportementale demeure l'approche la plus couramment utilisée. Elle vise à permettre au patient de développer des stratégies adaptées pour faire face aux situations anxiogènes, tout en réduisant progressivement les comportements d'évitement. Cette démarche repose notamment sur des exercices d'exposition progressive, favorisant une meilleure gestion de l'anxiété et une restauration du fonctionnement quotidien.(52)

II.5 DEPRESSION

II.5. A. Etymologie :

Le terme « dépression », d'origine latine depressio signifiant « enfoncement », possède plusieurs acceptions en langue française. En médecine, il désigne un état pathologique caractérisé une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur, comme le précise le Dictionnaire Larousse.(66)

II.5. B. Définition

La dépression est un trouble psychique courant, caractérisé par une humeur dépressive persistante et/ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir(67) pour les activités habituelles, entraînant une altération du fonctionnement personnel, social ou académique.

II.5. C. Historique de la dépression

Le parcours historique de la dépression prend son origine au Ve siècle av. J.-C., avec les travaux d'Hippocrate, qui a proposé la théorie dite « humorale ». À cette époque, la dépression était décrite sous le terme de « mélancolie », les troubles psychiques étant attribués à un déséquilibre des humeurs corporelles, notamment une prédominance de la « bile noire ».

Au Moyen Âge, les troubles mentaux ont commencé à être associés au cerveau, mais ils restaient largement interprétés dans un cadre religieux, comme des phénomènes de possession ou d'envoûtement, nécessitant des pratiques telles que l'exorcisme.

Ce n'est qu'au XVIIIe siècle que débute une approche scientifique des troubles mentaux, notamment grâce à François Boissier de Sauvages, qui propose une première classification sémiologique et nosologique, incluant la mélancolie. Au début du XIXe siècle, Philippe Pinel approfondit ces travaux, améliore la prise en charge des patients en reconnaissant leur humanité et introduit l'idée d'une évolution épisodique des troubles, ouvrant ainsi la voie à la notion de guérison.

Au XIXe siècle, Jean-Étienne Dominique Esquirol précise le concept de dépression, qu'il rattache aux « monomanies », caractérisées par des idées fixes souvent à tonalité négative. Son élève Étienne Jean Georget distingue la dépression (alors appelée stupeur) de la démence.

Au XXe siècle, la compréhension de la dépression s'enrichit avec l'approche psychanalytique de Sigmund Freud, qui met en avant le rôle de la culpabilité et des conflits inconscients. Parallèlement, Charles Darwin propose une théorie selon laquelle les expressions faciales peuvent influencer les états émotionnels, suggérant une interaction entre manifestations physiques et vécu psychique.

Emil Kraepelin contribue à la classification des troubles de l'humeur, en distinguant notamment la psychose maniaco-dépressive des autres pathologies, dont la schizophrénie. Enfin, Aaron Beck introduit le modèle de la triade cognitive dépressive, reposant sur une vision négative de soi, du monde et de l'avenir, constituant aujourd'hui une base essentielle des approches psychothérapeutiques.

Cette évolution a abouti à une définition clinique standardisée dans les classifications contemporaines, notamment le DSM-5.

Ainsi, la compréhension de la dépression a évolué d'une conception humorale à une approche scientifique multidimensionnelle intégrant des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.(68)

II.5.D. Epidémiologie

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression constitue l'une des principales causes de handicap dans le monde. On estime qu'environ 4,0 % de la population mondiale en souffre, dont 5,7 % des adultes (4,6 % des hommes et 6,9 % des femmes) et 5,9 % des personnes âgées de 70 ans ou plus. À l'échelle mondiale, près de 332 millions de personnes sont atteintes de dépression.(67)

La dépression peut toucher les individus indépendamment de leur origine ethnique ou de leur niveau d'instruction. Elle représente un important problème de santé publique en raison de son impact socio-économique considérable et du niveau élevé de handicap qu'elle engendre, constituant l'une des principales causes d'années de vie perdues en bonne santé à l'échelle mondiale.

Plusieurs facteurs de risque sont associés à la survenue de la dépression, notamment un faible statut socio-économique, la présence de troubles psychiatriques tels que les troubles anxieux ou addictifs, certaines pathologies somatiques, les expériences traumatiques durant l'enfance, ainsi que les antécédents personnels ou familiaux de troubles dépressifs récurrents.

II.5.E. Facteurs impliqués dans la dépression

La dépression résulte d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs biologiques et psychologiques, dont l'importance varie selon les individus.

II.5.E.1. Facteurs biologiques

II.5. E.1.a. Facteurs génétiques :

La vulnérabilité génétique intervient dans la survenue des troubles dépressifs. Les antécédents familiaux augmentent significativement le risque de dépression.

Bien qu'une prédisposition génétique puisse augmenter la vulnérabilité à la dépression, de nombreuses personnes porteuses de cette susceptibilité ne développeront jamais de trouble dépressif.(69)

Plusieurs polymorphismes génétiques ont été étudiés, notamment ceux impliqués dans :

- le transporteur de la sérotonine ;
- les récepteurs monoaminergiques
- la réponse au stress.

Les mécanismes épigénétiques, influencés par l'environnement et les traumatismes précoces, pourraient également moduler l'expression génétique.(69)(70)

II.5. E.1.b. Facteurs hormonaux : (L'hypothèse monoaminergique)

L'hypothèse monoaminergique constitue l'un des principaux modèles explicatifs de la dépression. Elle repose sur un déficit fonctionnel des neurotransmetteurs monoaminergiques au niveau des synapses cérébrales, principalement :

- la sérotonine (5-HT) ;
- la noradrénaline ;
- la dopamine.

Une diminution de la transmission sérotoninergique serait impliquée dans la tristesse pathologique, les idées suicidaires et les troubles anxieux associés. Le déficit noradrénergique participerait au ralentissement psychomoteur, à l'asthénie et aux troubles de l'attention, tandis que l'hypoactivité dopaminergique serait responsable de l'anhédonie, de l'apragmatisme et de la perte de motivation.(71)(72)(73)

II.5. E.1.c. Dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

Le stress chronique joue un rôle majeur dans la physiopathologie de la dépression via une hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien.

Cette activation entraîne :

- une hypersécrétion de corticotropin-releasing hormone (CRH) ;
- une augmentation de l'ACTH ;
- une hypercortisolémie chronique.

L'excès prolongé de cortisol exerce un effet neurotoxique, notamment sur l'hippocampe, entraînant :

- une diminution de la neurogenèse ;
- une atrophie hippocampique ;
- des troubles mnésiques et émotionnels.

- Des anomalies du rétrocontrôle négatif du cortisol ont également été décrites chez les patients dépressifs.(74)(75)

II.5. E.1.d. Altérations neuroanatomiques et neurofonctionnelles

Les techniques de neuro-imagerie ont mis en évidence plusieurs anomalies cérébrales chez les sujets dépressifs.

II.5. E.1.d.1. Cortex préfrontal

- Hypoactivité du cortex préfrontal dorsolatéral ;
- altération des fonctions exécutives et de la régulation émotionnelle.(76)

II.5. E.1. d.2.Hippocampe

- Réduction du volume hippocampique ;(76)
- altération de la mémoire et de la plasticité neuronale.(74)

II.5. E.1.d.3. Amygdale

- Hyperactivité amygdalienne ;
- majoration des réponses émotionnelles négatives et de l'anxiété.(76)

II.5. E.1. d.4.Hypothèse neuro-inflammatoire

Des données récentes suggèrent l'implication de mécanismes inflammatoires dans la dépression.

Une augmentation des cytokines pro-inflammatoires a été observée :

- interleukine-1 (IL-1) ;
- interleukine-6 (IL-6) ;
- tumor necrosis factor alpha (TNF- α).

Ces médiateurs inflammatoires peuvent :

- modifier la neurotransmission monoaminergique ;
- perturber la neuroplasticité ;
- favoriser les symptômes dépressifs.(77)(78)

II.5. E.2.Facteurs psychologiques

Les facteurs psychologiques jouent un rôle important dans la survenue et le maintien de la dépression. Ils reposent principalement sur des schémas cognitifs dysfonctionnels et des événements de vie stressants.(79)

1.Modes de pensée négatifs :

Ils se caractérisent par une tendance à surévaluer les échecs et à minimiser les réussites, associée à des pensées pessimistes et à une autocritique excessive, favorisant ainsi une vision négative de soi et de l'environnement.(79)

2.Deuil et pertes affectives :

La dépression peut apparaître à la suite d'événements de perte importants, tels qu'un décès, une séparation ou toute rupture affective significative, entraînant une souffrance psychologique durable.(80)

3.Sentiment d'échec :

Il correspond à la difficulté à accepter l'échec ou la non-réalisation d'objectifs personnels, académiques ou professionnels, ce qui peut conduire à une diminution de l'estime de soi et à un état dépressif.(79)

4.Stress :

L'exposition répétée ou prolongée à des événements de vie stressants, tels que des difficultés familiales, financières ou professionnelles, constitue un facteur favorisant majeur, pouvant déclencher ou aggraver un épisode dépressif.(80,81)

II.5.F. Diagnostic de la dépression

Selon le DSM-5-TR, le diagnostic du trouble dépressif majeur (également appelé trouble dépressif caractérisé) repose sur des critères précis. Au moins cinq des neuf symptômes diagnostiques doivent être présents durant une même période de deux semaines, représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur du patient. Parmi ces symptômes, au moins l'un doit correspondre soit à une humeur dépressive, soit à une perte d'intérêt ou de plaisir :

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne ou observée par les autres
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

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

Les symptômes dépressifs doivent entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou personnel. L'épisode dépressif ne doit pas être lié aux effets d'une substance ou à une affection médicale sous-jacente. De plus, l'absence d'antécédents d'épisodes maniaques ou hypomaniaques est nécessaire afin d'exclure un trouble bipolaire.

Dans les formes sévères, la dépression peut s'accompagner de manifestations psychotiques, nécessitant un diagnostic différentiel avec d'autres troubles psychotiques, notamment la schizophrénie. Par ailleurs, les épisodes dépressifs peuvent récidiver à des fréquences variables, justifiant une prise en charge adaptée et des mesures préventives afin de limiter les rechutes.

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

* léger (symptômes juste suffisants au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé/peu de perturbations sociales ou professionnelles) .

* moyen (plus de symptômes que nécessaire/perturbations sociales ou professionnelles modérées).

* sévère (quasiment tous les symptômes/perturbations sociales ou professionnelles nettes).(60)

II.5.G. Les différentes caractéristiques cliniques de l'épisode dépressif caractérisé

L'épisode dépressif caractérisé peut se présenter sous plusieurs formes cliniques selon les symptômes prédominants. Les classifications internationales distinguent notamment les formes mélancolique, psychotique, mixte, anxieuse et catatonique.

II.5. G. 1. Forme mélancolique :

- -Dépression sévère avec souffrance morale intense
- -Anhédonie importante
- -Ralentissement psychomoteur marqué
- -Troubles du sommeil et perte d'appétit
- -Sentiment excessif de culpabilité
- -Risque suicidaire élevé

II.5.G. 2. Forme psychotique :

- -Présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations
- -Thèmes fréquents : culpabilité, ruine, maladie, mort

- -Possibilité de syndrome de Cotard (idées de négation de soi ou du monde)

II.5.G. 3. Forme mixte :

- -Association de symptômes dépressifs et de manifestations maniaques ou hypomaniaques

II.5.G. 4. Forme anxieuse :

- -Symptômes anxieux prédominants
- -Agitation importante possible
- -Risque accru de passage à l'acte suicidaire

II.5. G. 5. Forme catatonique :

- -Troubles psychomoteurs importants
- -Catalepsie, négativisme, stéréotypies, écholalie ou échopraxie
- -Observée dans les formes sévères des troubles de l'humeur(82)

II.5. H. Les différentes formes cliniques

L'épisode dépressif caractérisé peut se présenter sous une forme isolée ou récurrente.

Les classifications internationales distinguent plusieurs types de troubles dépressifs selon le contexte d'apparition et l'évolution des épisodes dépressifs.

L'épisode dépressif caractérisé isolé correspond à la survenue d'un seul épisode dépressif.

En revanche, le trouble dépressif récurrent se définit par la présence d'au moins deux épisodes dépressifs caractérisés, séparés par une période d'au moins deux mois consécutifs sans symptômes significatifs(83).

II.5.I. Prise en charge de la dépression

II.5 .I .1. Indications de recours au psychiatre

Une prise en charge spécialisée en psychiatrie est indiquée dans plusieurs situations, notamment :

- risque suicidaire élevé ou mise en danger du patient ;
- épisode dépressif sévère ;
- présence de comorbidités psychiatriques ou somatiques ;
- formes cliniques particulières : mélancolique, psychotique, mixte ou catatonique ;
- résistance à deux traitements antidépresseurs bien conduits ;
- situations spécifiques telles que la grossesse ou le post-partum.(84)

II.5 .I .2. Traitement pharmacologique

II.5 .I .2. a. Bilan pré-thérapeutique

Avant l'instauration d'un traitement antidépresseur, une évaluation clinique complète est nécessaire.

Les examens complémentaires ne sont pas systématiques et sont orientés selon le contexte clinique et les comorbidités associées.(84)

II.5 .I .2. b. Traitement antidépresseur

Les antidépresseurs sont indiqués dans les épisodes dépressifs modérés à sévères.

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituent le traitement de première intention.

L'augmentation posologique doit être progressive selon la tolérance du patient.

Le délai d'action thérapeutique est généralement de 2 à 4 semaines.

Après rémission, le traitement est poursuivi pendant 6 à 12 mois afin de réduire le risque de rechute.

La résistance thérapeutique est définie par l'échec de deux antidépresseurs administrés à dose efficace et pendant une durée suffisante.(84)

II.5 .I .2. c. Spécificité en lien avec les caractéristiques cliniques

En présence de caractéristiques psychotiques associées à l'épisode dépressif, un traitement antipsychotique peut être associé aux antidépresseurs.

Lorsque l'anxiété est importante, notamment au début de la prise en charge, un traitement anxiolytique de type benzodiazépine peut être prescrit pour une durée limitée et sous surveillance médicale.

En cas d'insomnie, un traitement hypnotique peut être envisagé temporairement. En raison du risque de dépendance, la posologie doit être réévaluée régulièrement et la durée du traitement ne doit pas dépasser quatre semaines. Des mesures d'hygiène du sommeil doivent également être systématiquement recommandées.

Une surveillance clinique et biologique régulière est indispensable afin d'évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement. Le risque suicidaire ainsi que le risque de virage maniaque sous antidépresseurs doivent être particulièrement surveillés.

Dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, notamment à partir du troisième épisode dépressif caractérisé, il est recommandé de poursuivre un traitement antidépresseur après la rémission des symptômes comme traitement de maintien. Une psychothérapie peut également être associée pendant une durée de 18 mois à 2 ans. Il est préférable de conserver la même molécule et la même posologie ayant permis d'obtenir une rémission complète.

II.5 .I .2. d. Populations spécifiques : prise en charge selon l'âge et la situation clinique

- **Enfant et adolescent**

Chez l'enfant et l'adolescent, une prise en charge non médicamenteuse est privilégiée en première intention lorsque l'épisode dépressif est d'intensité légère à modérée.

En revanche, dans les formes modérées à sévères, il est recommandé d'associer un traitement pharmacologique à une prise en charge psychothérapeutique. Le traitement médicamenteux repose principalement sur la Fluoxétine (PROZAC®) en première intention, tandis que les autres ISRS peuvent être utilisés en deuxième intention. La durée minimale du traitement est généralement d'au moins six mois.(85)

- **Sujet âgé**

Chez la personne âgée, les approches non pharmacologiques sont également recommandées en première intention pour les formes légères à modérées.

Lorsque la dépression est modérée à sévère, un traitement antidépresseur peut être instauré, avec une préférence pour les ISRS les mieux tolérés afin de limiter les effets indésirables.

- **Femme enceinte**

Chez la femme enceinte, la décision d'instaurer ou de poursuivre un traitement antidépresseur doit reposer sur une évaluation individualisée du rapport bénéfice-risque pour la mère et le fœtus.

II.5 .I .3. Traitements non pharmacologiques de la dépression

II.5 .I .3. a. Traitements physiques

L'électroconvulsivothérapie (ECT) constitue une option thérapeutique dans les formes sévères de dépression, notamment lorsqu'il existe des caractéristiques mélancoliques, psychotiques ou catatoniques. Elle peut également être indiquée en cas de résistance aux traitements médicamenteux, de contre-indication aux antidépresseurs ou lors de situations d'urgence mettant en jeu le pronostic vital, telles qu'un risque suicidaire important, une dénutrition ou une déshydratation.

L'ECT repose sur l'administration d'un courant électrique transcrânien de faible intensité induisant une crise convulsive généralisée contrôlée. Cette procédure est réalisée sous anesthésie générale de courte durée avec curarisation afin de limiter les complications physiques. Le patient bénéficie d'une surveillance clinique et électroencéphalographique durant la séance.

Dans certaines situations, des séances d'entretien peuvent être programmées, généralement à raison d'une séance par mois, afin de prévenir les rechutes ou récurrences dépressives.

L'efficacité de l'ECT est particulièrement élevée dans les épisodes dépressifs résistants, avec un taux de réponse dépassant souvent 80 %.

Ses principales indications concernent :

- les troubles de l'humeur sévères ;
- certains troubles psychotiques résistants ;
- les syndromes catatoniques graves.

La principale contre-indication absolue de l'ECT est l'hypertension intracrânienne. Une évaluation clinique et anesthésique préalable est indispensable avant l'instauration du traitement.

Les effets indésirables les plus fréquents sont des céphalées et des nausées après les séances. Des troubles mnésiques transitoires, principalement antérogrades, peuvent également apparaître mais régressent généralement dans les semaines suivant l'arrêt du traitement.

D'autres approches physiques peuvent être utilisées dans certaines situations particulières, notamment la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS), une technique non invasive utilisant des champs magnétiques pour stimuler certaines régions du cortex cérébral. Son efficacité dans la dépression reste encore en cours d'évaluation.

II.5 .I .3. b. Psychothérapies

La psychothérapie de soutien occupe une place essentielle dans la prise en charge des épisodes dépressifs.

Les psychothérapies structurées peuvent être utilisées seules dans les formes légères de dépression, ou associées aux traitements médicamenteux dans les formes modérées à sévères.

Le choix de la psychothérapie dépend à la fois des préférences du patient et de l'orientation thérapeutique du médecin. Parmi les approches ayant le meilleur niveau de preuve scientifique figurent :

- ✓ les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ;
- ✓ les thérapies interpersonnelles.

II.5 .I .3. c. Réhabilitation psychosociale

Des mesures de réhabilitation psychosociale peuvent être proposées afin de favoriser la réinsertion sociale, familiale et professionnelle du patient, et de réduire le retentissement fonctionnel lié à la maladie dépressive.

II.6. Les instruments de mesure

II.6.A. Le stress

Outre la Perceived Stress Scale (PSS), l'échelle Depression Anxiety Stress Scale (DASS) figure parmi les instruments les plus fréquemment utilisés dans la littérature pour l'évaluation du stress. Cette échelle existe en deux versions : une version originale de 42 items (DASS-42) et une version abrégée de 21 items (DASS-21).

Il s'agit d'un auto-questionnaire permettant d'évaluer simultanément le stress, l'anxiété et la dépression. Ainsi, la DASS présente un intérêt particulier dans les études où l'objectif est d'explorer conjointement ces trois dimensions psychopathologiques.(86,87)

II.6. B. L'anxiété

Plusieurs échelles sont utilisées pour l'évaluation de l'anxiété dans la littérature scientifique. Parmi elles, l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) occupe une place importante. Il s'agit d'une échelle mixte composée de 14 items, répartis en deux sous-échelles : 7 items consacrés à l'anxiété (HADS-A) et 7 items consacrés à la dépression (HADS-D). Les items sont présentés de manière alternée, mais les deux dimensions peuvent être analysées indépendamment.

L'échelle de Hamilton d'évaluation de l'anxiété (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) est davantage centrée sur l'anxiété, ce qui en fait un outil plus spécifique pour l'exploration de cette symptomatologie. Elle comporte 14 items.

Le Beck Anxiety Inventory (BAI) constitue également un instrument de référence dans l'évaluation de l'anxiété. Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 21 items, largement utilisé pour apprécier l'intensité des symptômes anxieux.

Par ailleurs, l'échelle Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) est un auto-questionnaire bref de 7 items spécifiquement conçu pour l'évaluation du trouble d'anxiété généralisée. Son intérêt réside dans sa simplicité d'utilisation et sa pertinence pour le dépistage de ce trouble particulier.

Enfin, l'échelle DASS, précédemment décrite, peut également être utilisée dans l'évaluation de l'anxiété, puisqu'elle comprend une sous-dimension spécifiquement dédiée à cette composante.(88)

II.6.C. La dépression

L'évaluation de la dépression repose également sur plusieurs instruments validés:

- **L'échelle de Hamilton pour la dépression (HDRS)**

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation comprenant entre 17 et 21 items selon les versions utilisées .

- **L'inventaire de dépression de Beck (BDI) :**

Ce questionnaire d'auto-évaluation est constitué de 21 items. Une première révision a donné lieu à une version similaire à l'originale, tandis qu'une seconde révision plus substantielle a produit le Beck Depression Inventory-II (BDI-II), spécifiquement conçu pour correspondre aux critères diagnostiques du DSM-IV .

- **Le questionnaire sur la santé du patient (PHQ) :**

Développé à partir du Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), le PHQ permet de diagnostiquer cinq catégories de troubles mentaux selon les critères du DSM-IV : dépression, anxiété, troubles somatoformes, alcoolisme et troubles alimentaires. Cet auto-questionnaire comprend trois modules autonomes couvrant l'anxiété, les troubles somatiques et la dépression. Le PHQ-9, module dédié à la dépression, contient 9 items, tandis que le PHQ-2 se compose uniquement des deux premiers items du PHQ-9 .

- **L'échelle de dépression du Center for Epidemiologic Studies (CES-D)**

Élaborée par le Center for Epidemiological Studies (CES) du National Institute of Mental Health (NIMH) à partir de plusieurs échelles validées, la CES-D a été conçue pour mesurer la symptomatologie dépressive dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 20 items .

- **Autres échelles**

Les échelles HADS et DASS, préalablement décrites, sont également employées pour l'évaluation de la dépression.

II.6.D. Échelle de Dépression, d'Anxiété et de Stress (DASS-21)

Le DASS-21 est une échelle d'auto-évaluation composée de 21 items, conçue pour mesurer trois états émotionnels négatifs : la dépression, l'anxiété et le stress. Cet outil permet d'évaluer l'intensité des symptômes psychologiques ressentis par une personne au cours d'une période donnée.

L'échelle est divisée en trois sous-échelles comprenant chacune sept questions. La première sous-échelle concerne la dépression et explore des manifestations telles que la tristesse, le désespoir, la perte d'intérêt, la baisse de motivation, l'autodévalorisation ainsi que l'anhédonie. La deuxième sous-échelle évalue l'anxiété, notamment les manifestations physiques de la peur et de la tension, l'activation neurovégétative et l'inquiétude excessive. Enfin, la troisième sous-échelle mesure le stress, à travers des symptômes comme l'irritabilité, la difficulté à se détendre, la nervosité, l'impatience et l'hyperréactivité émotionnelle.

Le DASS-21 repose sur une approche dimensionnelle des troubles psychologiques. Ainsi, il ne vise pas à établir un diagnostic psychiatrique selon les classifications du DSM ou de la CIM, mais plutôt à apprécier le degré de sévérité des symptômes émotionnels. Par conséquent, cet outil ne remplace pas une consultation clinique avec un professionnel de santé.

La cotation du DASS-21 s'effectue en additionnant les scores des items correspondant à chaque dimension.

Les questions relatives au stress sont : Q1, Q6, Q8, Q11, Q12, Q14 et Q18.

Celles de l'anxiété sont : Q2, Q4, Q7, Q9, Q15, Q19 et Q20.

Enfin, les questions associées à la dépression sont : Q3, Q5, Q10, Q13, Q16, Q17 et Q21.

Une fois les scores additionnés, chaque total est multiplié par deux afin d'obtenir le score final.

L'interprétation des résultats permet ensuite de classer les symptômes selon différents niveaux de sévérité. Pour le stress, un score compris entre 0 et 10 est considéré comme normal, tandis qu'un score supérieur peut indiquer un niveau léger, modéré, sévère ou extrêmement sévère. Concernant l'anxiété, les scores normaux se situent entre 0 et 6.

Quant à la dépression, un score de 0 à 9 correspond à un niveau normal.

Enfin, le DASS-21 présente de bonnes propriétés psychométriques, notamment une sensibilité et une spécificité satisfaisantes. Grâce à sa simplicité et à sa fiabilité, il est largement utilisé dans les domaines clinique et scientifique pour évaluer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress.(86)(89)

III. PARTIE

PRATIQUE

III.A.

MATERIELES

ET METHODES

III.A.1. Design de l'étude

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

III.A.2. Période de l'étude

L'étude a déroulée en 04 mois, entre le 01/02/2026 et le 17/08/2026 ; et en pratique une durée de distribution et remplissage du questionnaire entre : le 12/04/2026 et le 23/05/2026.

III.A.3. Population d'étude :

Les étudiants de la faculté de médecine Ouargla .

III.A.4. Critères d'inclusion :

L'ensemble des étudiants en médecine de la 1ère année à la 7ème année avec les étudiants en pharmacie de la 1ère année à la 3ème année.

III.A.4. Critères d'exclusion :

les étudiants ne désirant pas participer à l'étude.

III.A.5. Mesures :

III.A.1. Recueil des données

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

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

III.A.2. Éthique

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

III.A.3. Variables recueillies

Le questionnaire comprend 57 questions dont les réponses étaient divisées entre ouvertes et fermées , Il est nonymement rempli .il comprend :

- 1. Données sociodémographiques :

- 1.1. Age

- 1.2. Sexe

- Féminin

- Masculin

- 1.3. Statut matrimonial

- Célibataire

- Marié(e) - Autre

- 1.4. A-t-il/elle des enfants :

- Oui

- Non

1.5. Résidence :

- Avec la famille

- Résidence universitaire

- Location

- Autre

1.6. Situation financière perçue :

- Faible

- Moyenne

- Bonne

1.7. Travail rémunéré en parallèle des études :

- Oui

- Non

1.8. Niveau éducationnel des parents :

- Analphabète

- Primaire

- Moyen

- Secondaire

- Universitaire

2.Parcours académique

2.1 Spécialité:

- médecine

- pharmacie

2.2. Niveau universitaire :

- 1ère année

- 2ème année

- 3ème année

- 4ème année

- 5ème année

- 6ème année

- Internat

2.3. Antécédent d'échec universitaire au cours du parcours :

- Oui

-Non

2.3.Type d'échec universitaire :

-Redoublement

-Échec à l'ECOS

-Échec à l'examen théorique

-Rattrapage

2.4. Antécédent de redoublement :

a) Nombre de redoublements :

- une fois

- deux fois

b) Année(s) concernée(s) :

- 1ère année

- 2ème année

- 3ème année

- 4ème année

- 5ème année

- 6ème année

- Internat

2.5.Moyenne générale estimée de l'année précédente :

- <10 ()

- 10–12 ()

- 12–14 ()

- >14 ()

2.6.Degré de satisfaction vis-à-vis des performances académiques :

-Oui

-Non

2.7.Ressenti de pression liée aux examens :

-Oui

-Non

2.8.Charge de travail perçue :

-Faible

-Modérée

-Élevée

-Très élevée

2.8.Nature des relations avec les enseignants :

- Positives
- Négatives
- Inexistantes

2.9.Participation à des activités extra-universitaires (sportives, culturelles, associatives...) :

- Oui
- Non

2.10.Intention de refaire des études de médecine :

- Oui
- Non

3.Mode de vie et habitudes:

3.1.Nombre moyen d'heures de sommeil par nuit :

- <5 h
- 5–6 h
- 7–8 h
- >8 h

3.2.Qualité du sommeil :

- Mauvaise
- Moyenne
- Bonne

3.3.Pratique d'une activité physique régulière :

- Oui
- Non

3.4.Consommation de café/thé :

- Non
- Occasionnelle
- Quotidienne

3.5.Consommation de boissons énergisantes :

- Oui
- Non

3.6.Consommation de produits toxiques :

- Oui
- Non

3.7.Type(s) de produits toxiques consommés :

-Tabac

-Alcool

-Autres

4.Etat de santé :

4.1.Antécédent de consultation pour troubles psychiques avant les études médicales (médecin généraliste, psychologue, psychiatre ou autre) :

-Oui

-Non

4.2.Antécédent de diagnostic d'affection psychopathologique avant les études médicales :

-Oui

-Non

4.3.Antécédent de prescription de traitement pour la santé mentale avant les études médicales (antidépresseurs, anxiolytiques, antipsychotiques...) :

-Oui

-Non

4.4.Diagnostic d'une affection psychopathologique durant les études médicales :

-Oui

-Non

4.5.Suivi actuel pour la santé mentale (médecin généraliste, psychologue, psychiatre ou autre) :

-Oui

-Non

4.6.Prise actuelle de traitement pour la santé mentale :

-Oui

-Non

4.7.Antécédent de maladie organique/physique chronique :

-Oui

-Non

4.8.Survenue d'événement(s) négatif(s) extra-académique(s) au cours des 12 derniers mois :

-Oui

-Non

5.Questionnaire DASS-21 (stress, Anxiété et Dépression):

Veillez lire chaque affirmation et indiquer dans quelle mesure elle s'est appliquée à vous au cours de la dernière semaine. 0 = Ne s'est pas appliqué à moi du tout 1 = S'est appliqué à moi dans une certaine mesure 2 = S'est appliqué à moi une bonne partie du temps 3 = S'est appliqué à moi la plupart du temps

1. J'ai eu du mal à me calmer.
2. J'ai pris conscience d'une sécheresse de ma bouche.
3. Je n'ai pas réussi à ressentir de sentiment positif.
4. J'ai eu des difficultés à respirer (par exemple respiration rapide, essoufflement).
5. J'ai eu du mal à prendre l'initiative de faire des choses.
6. J'ai eu tendance à réagir de façon excessive aux situations.
7. J'ai eu des tremblements (par exemple des mains).
8. J'ai eu du mal à me détendre.
9. Je me suis inquiété(e) de situations dans lesquelles je pourrais paniquer et me ridiculiser.
10. J'ai senti que je n'avais rien à attendre de l'avenir.
11. Je me suis senti(e) agité(e).
12. J'ai eu du mal à me relaxer.
13. Je me suis senti(e) triste et abattu(e).
14. J'ai été intolérant(e) à toute interruption de ce que j'étais en train de faire.
15. Je me suis senti(e) proche de la panique.
16. Je n'ai pas réussi à m'enthousiasmer pour quoi que ce soit.
17. Je me suis senti(e) sans valeur.
18. J'ai senti que j'étais plutôt irritable.
19. J'ai senti les battements de mon cœur en l'absence d'effort physique.
20. J'ai eu peur sans raison.
21. J'ai senti que la vie n'avait pas de sens.

Chaque question doit être cotée de 0 à 3 selon la fréquence des symptômes.

G. Analyse des données :

Le codage, la saisie et l'analyse ont été fait à l'aide des logiciels : Canva, Excel 16 et Word 16.

La gestion des références bibliographiques a été effectuée à l'aide de Zotero.

III.B. RESULTATS

Cette étude a porté sur 303 étudiants, recrutés parmi 1105 inscrits à la faculté de Médecine, soit un taux de réponse de 27,42%.

Les résultats sont représentés selon les 04 axes principaux du questionnaire élaboré : caractéristiques sociodémographiques, parcours académique, mode de vie et état de santé mentale.

Ils incluent également l'évaluation des niveaux de stress, anxiété et dépression mesurés par l'échelle DASS-21.

III.B.1 Caractéristiques sociodémographiques des participants

III.B.1.1 Âge des participants

- La moyenne d'âge des étudiants en médecine était de 21,28 +/- 2,4 ans.

III.B.1.2 Répartition selon le sexe

- La population étudiée était largement dominée par les étudiantes, représentant 87.8 % des participants contre 12.2% d'étudiants masculins.

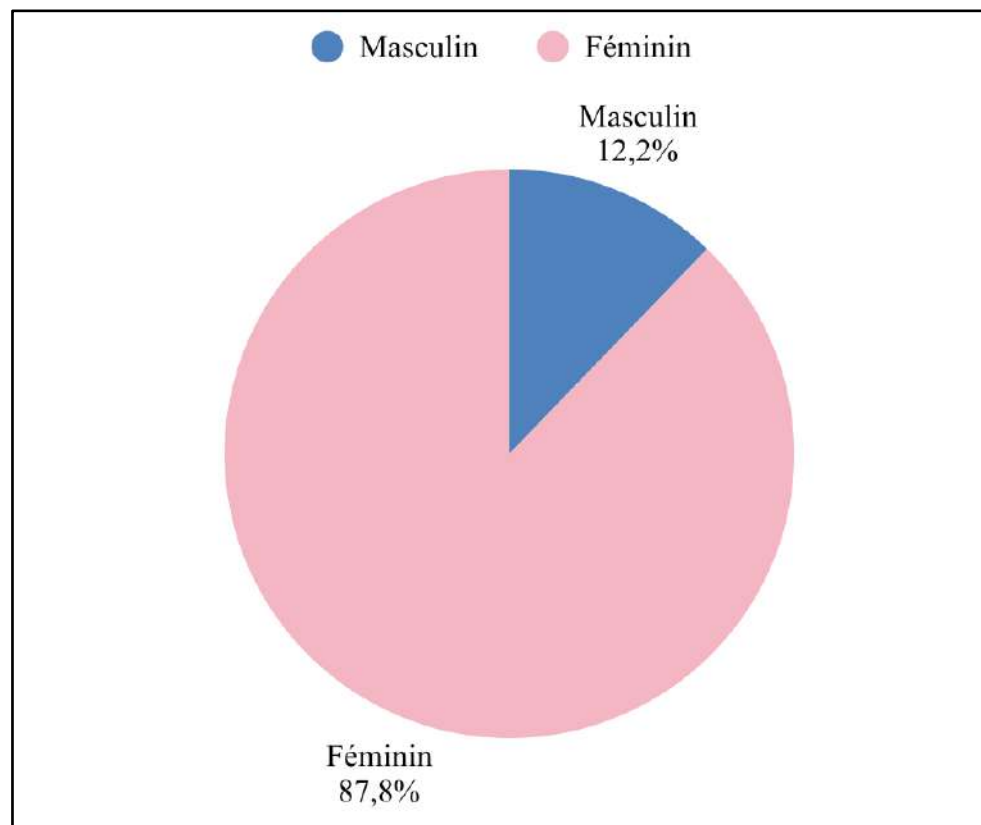


Figure 1 : Répartition de la population d'étude selon le sexe

III.B.1.3 Situation matrimoniale

- Dans notre échantillon, la quasi-totalité des étudiants étaient célibataires (98,3%), tandis que les étudiants mariés représentaient seulement 1,7% .

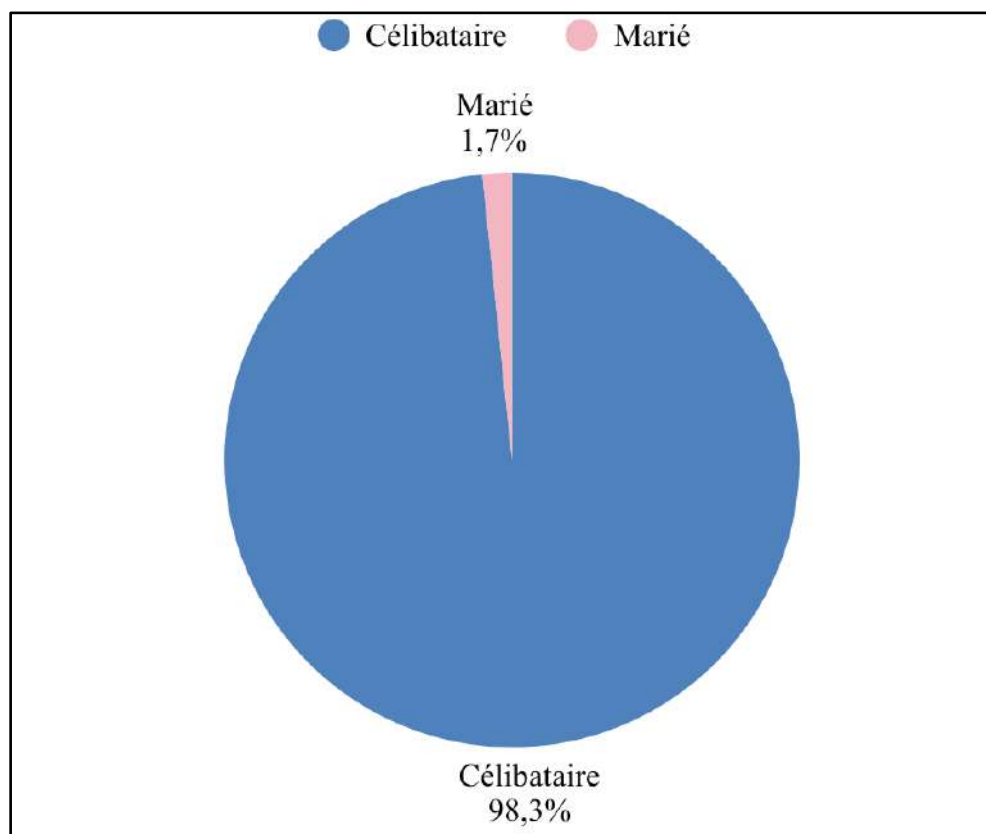


Figure 2 Répartition de la population d'étude selon le statut matrimonial

III.B.1.4 Présence des enfants

- Une très faible proportion des participants avaient des enfant ,avec un seul cas rapporté (0,33% de l'échantillon).

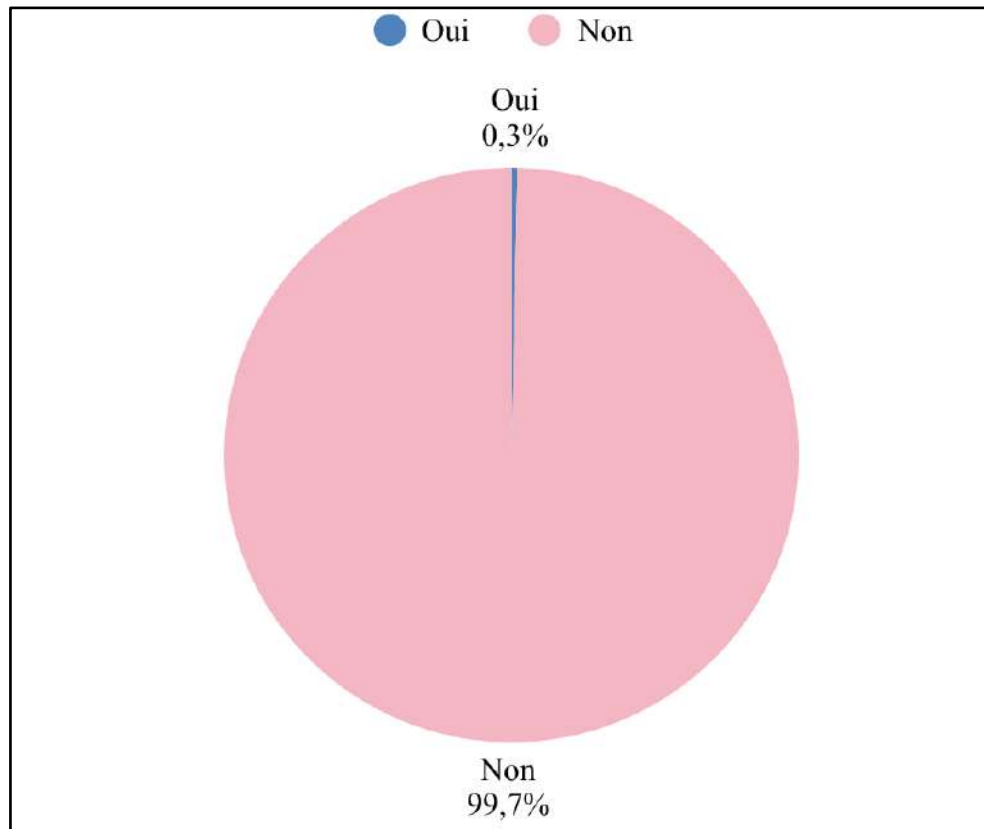


Figure 3 Répartition de la population d'étude selon le statut parental.

III.B.1.5 Lieu de résidence

- Sur 303 étudiants, 179 résidaient en résidence universitaire (soit 59,1%), 121 vivaient avec leurs familles (39,9 %), tandis que 3 étaient locataires (1 %).

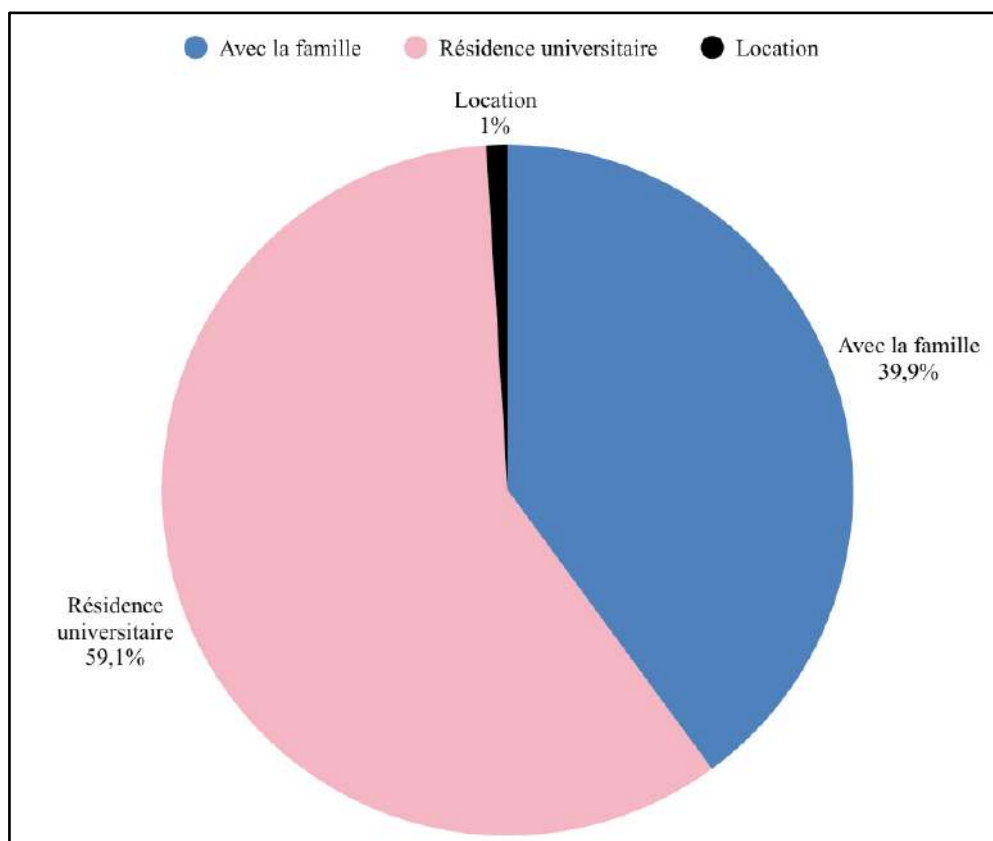


Figure 4 Répartition des étudiants selon le lieu de résidence

III.B.1.6 Situation financière perçue

- Concernant la situation financière perçue, la majorité des étudiants l'estimaient moyenne (65 %), contre 22,1 % qui la jugeaient bonne et 12,9 % faible.

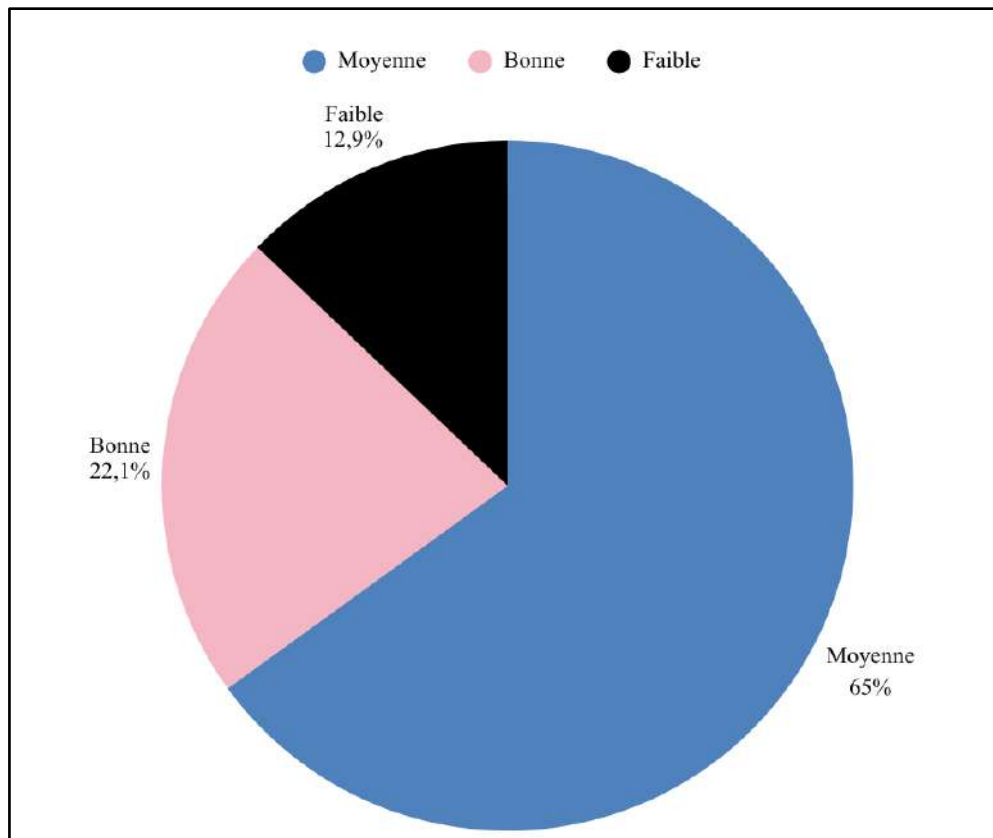


Figure 5 Répartition des étudiants selon la situation financière

III.B.1.7 Activité professionnelle en parallèle des études

- Une minorité des étudiants exerçaient une activité professionnelle en parallèle de leurs études (11,6 %), tandis que la majorité n'en exerçaient pas (88,4 %).

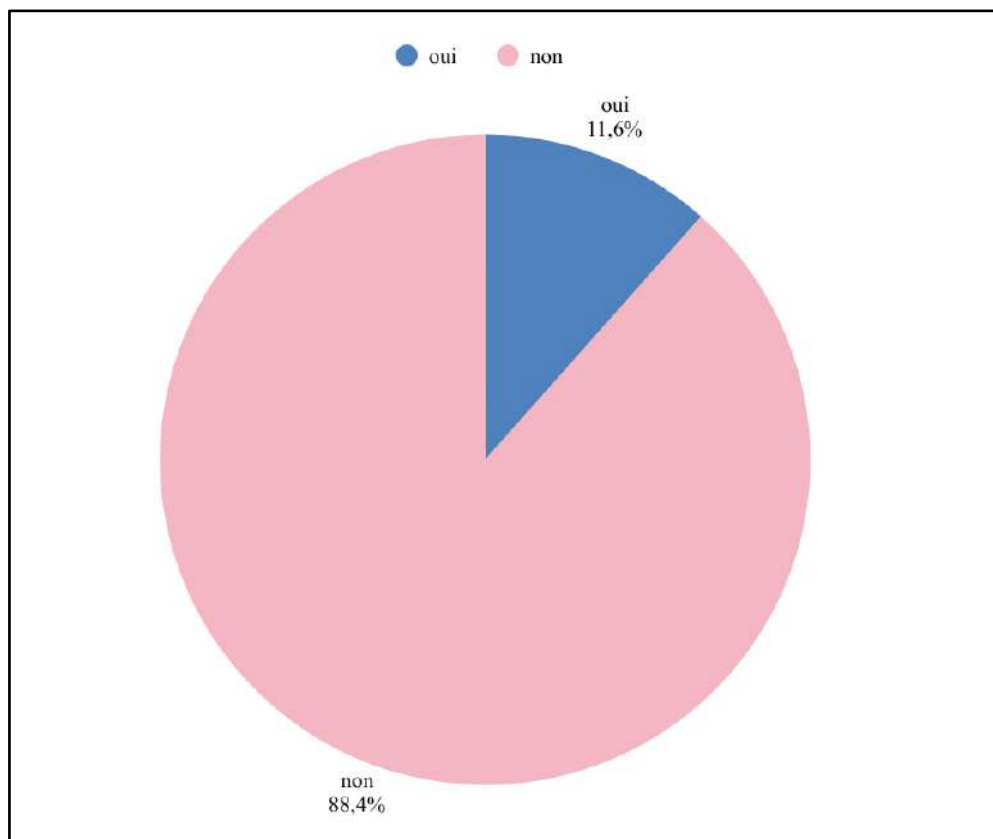


Figure 6 Répartition des étudiants selon l'activité professionnelle en parallèle des études

III.B.1.8 Niveau d’instruction du père

- Le niveau d’instruction des pères était majoritairement universitaire (50,5 %), suivi de ceux de niveau secondaire (29,7 %). Les niveaux moyen, primaire et analphabète représentaient une minorité, avec respectivement 12,9 %, 5,3 % et 1,7 %.

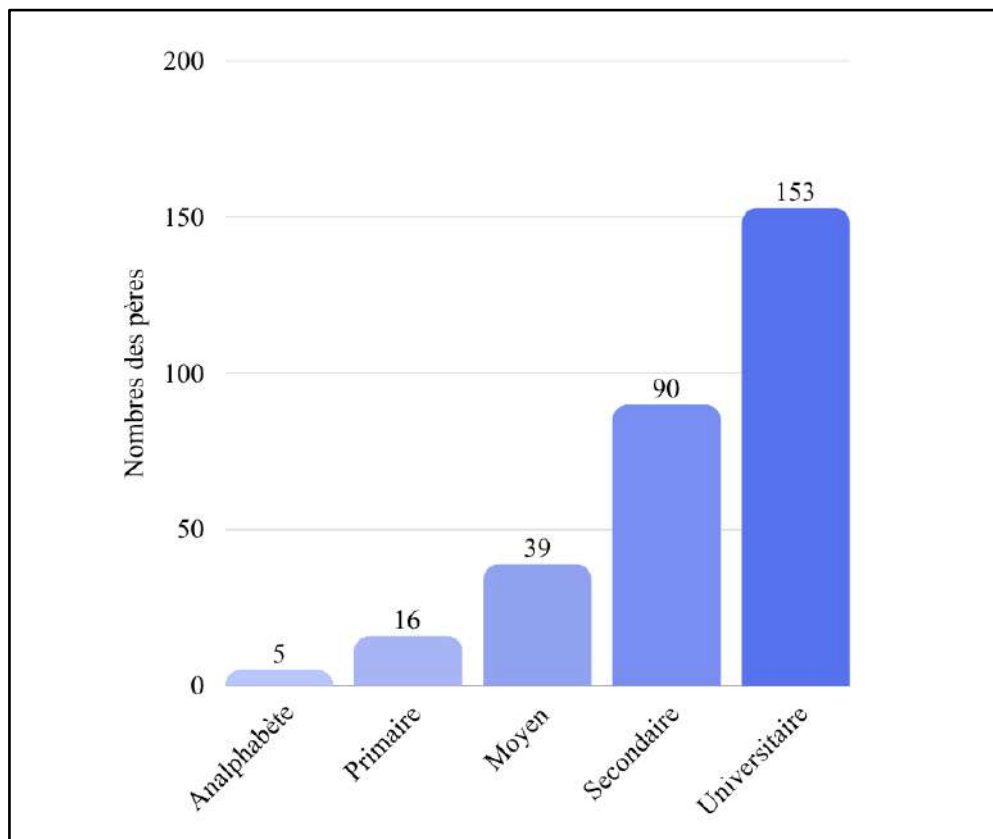


Figure 7 Répartition des étudiants selon le niveau d’instruction des pères.

III.B.1.9 Niveau d'instruction de la mère

- Le niveau d'instruction des mères montre une relative proximité entre les niveaux universitaire et secondaire, avec respectivement 39,9 % et 34,3 %, tandis que les niveaux moyen, primaire et analphabète étaient moins représentés (13,9 %, 7,6 % et 4,3 % respectivement)

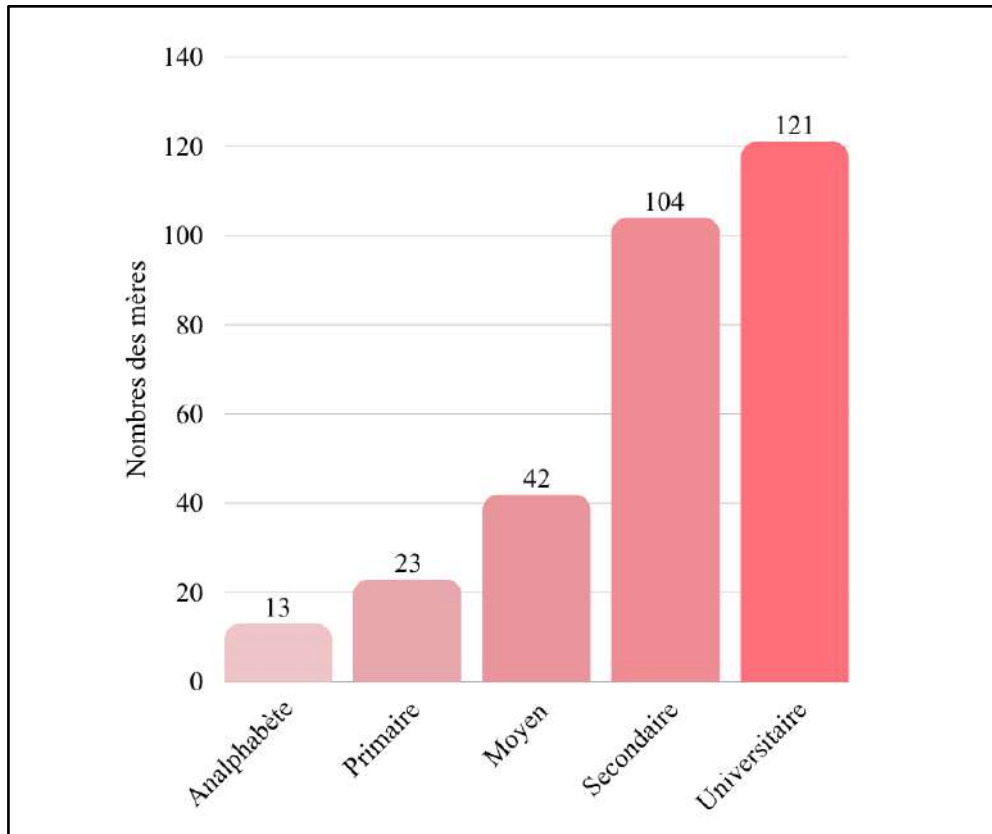


Figure 8 Répartition des étudiants selon le niveau d'instruction des mères.

III.B.2 Parcours académique des participants

III.B.2.1 Niveau universitaire

- Sur 303 participants, la majorité était inscrite en médecine (n=253) , contre 50 étudiants en pharmacie.

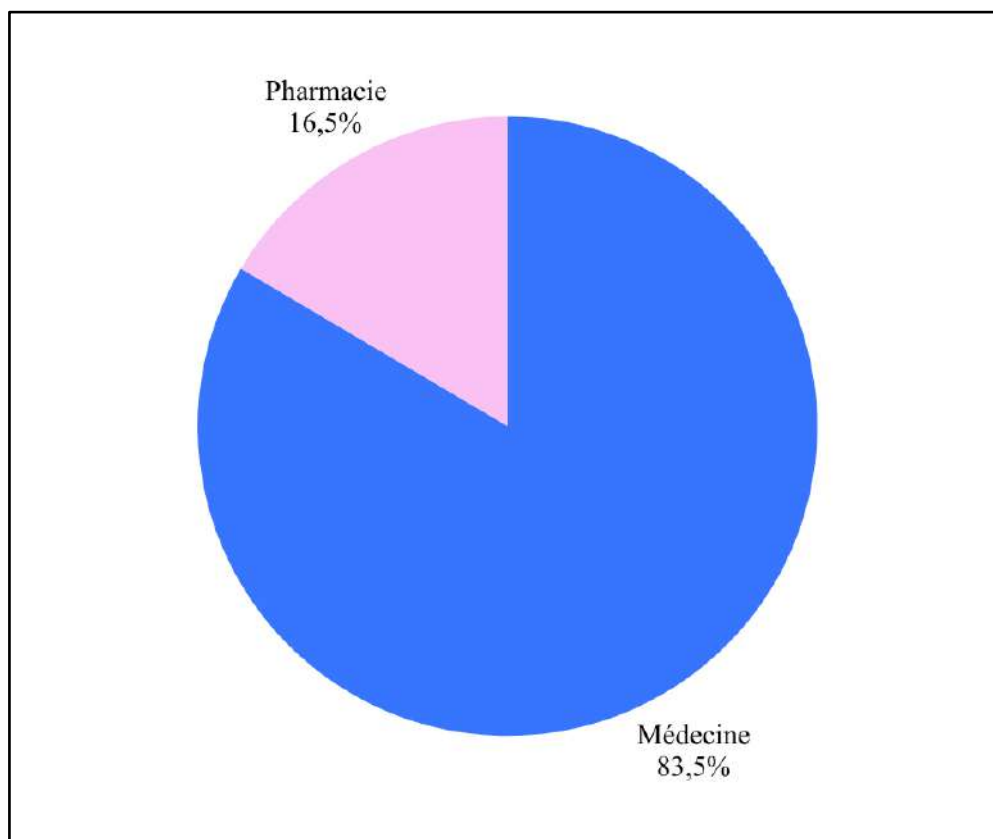


Figure 9 Répartition des étudiants selon la filière médicale.

- L'analyse des niveaux universitaires révèle une distribution hétérogène des étudiants en médecine selon les différentes années d'étude. Les effectifs les plus élevés étaient observés en deuxième année ($n = 52$), suivie de la troisième ($n = 48$) et de la quatrième année ($n = 47$). Les étudiants de cinquième, sixième et septième années représentaient respectivement 33, 24 et 28 participants, alors que les étudiants de première année étaient au nombre de 25.
- Concernant les étudiants en pharmacie, ils étaient répartis entre la première, la deuxième et la troisième année avec des effectifs respectifs de 24, 12 et 10 étudiants. La première année de pharmacie était ainsi la plus représentée au sein de cette filière.

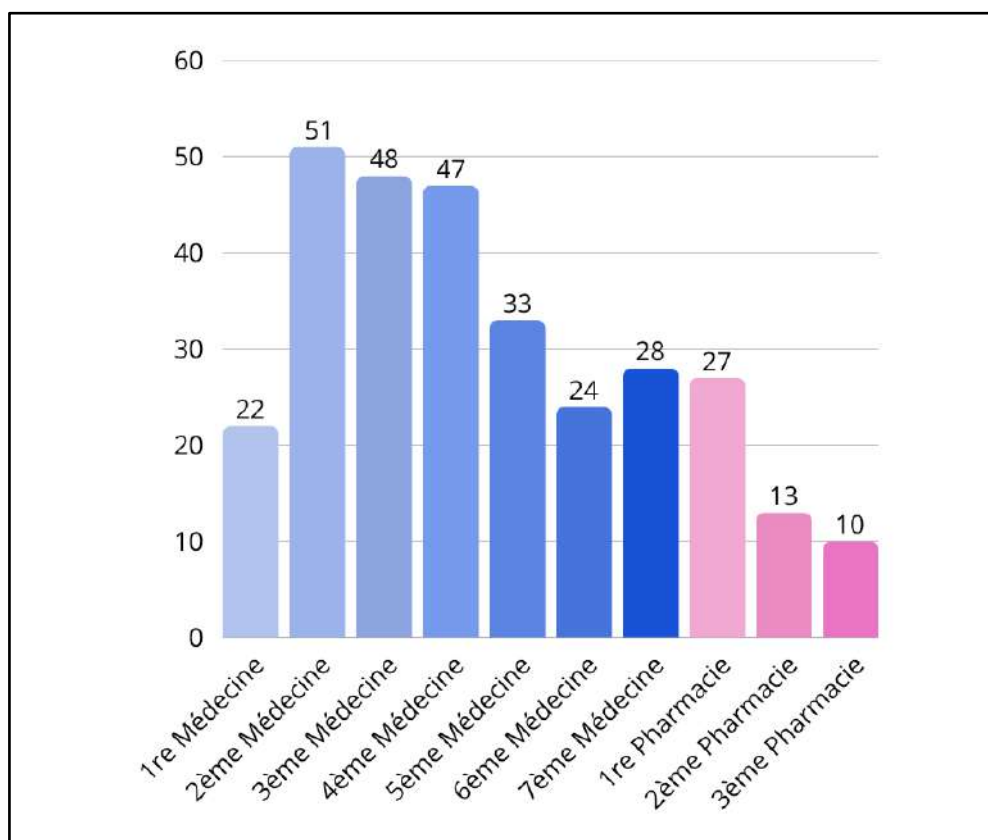


Figure 10 Répartition des étudiants selon les niveaux universitaires.

III.B.2. 2.Antécédents d'échec universitaire

- Un antécédent d'échec universitaire a été rapporté par plus d'un tiers des interrogés (38,3 %).

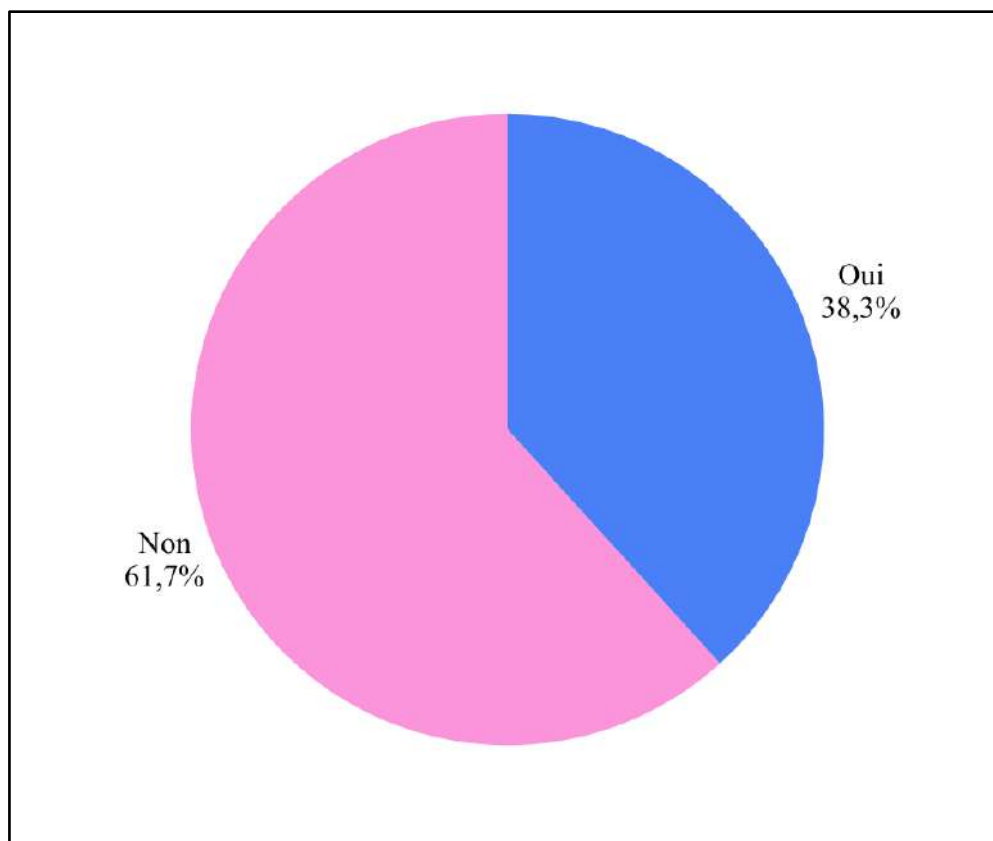


Figure 11 Répartition des étudiants selon l'antécédent d'échec universitaire

III.B.2.3 Type d'échec universitaire

- Le rattrapage constituait la principale cause d'échec universitaire rapporté par les interrogés (39,6%), suivi l'échec à l'examen théorique (27 %) puis de de l'échec à l'ECOS(18,2 %), puis de redoublement (11,9 %).
- Les autres types de l'échec universitaire rapporté par les étudiants représentaient 3,1 % et ils sont dominés par l'insatisfaction vis-à-vis des notes obtenues par rapport au travail fourni.

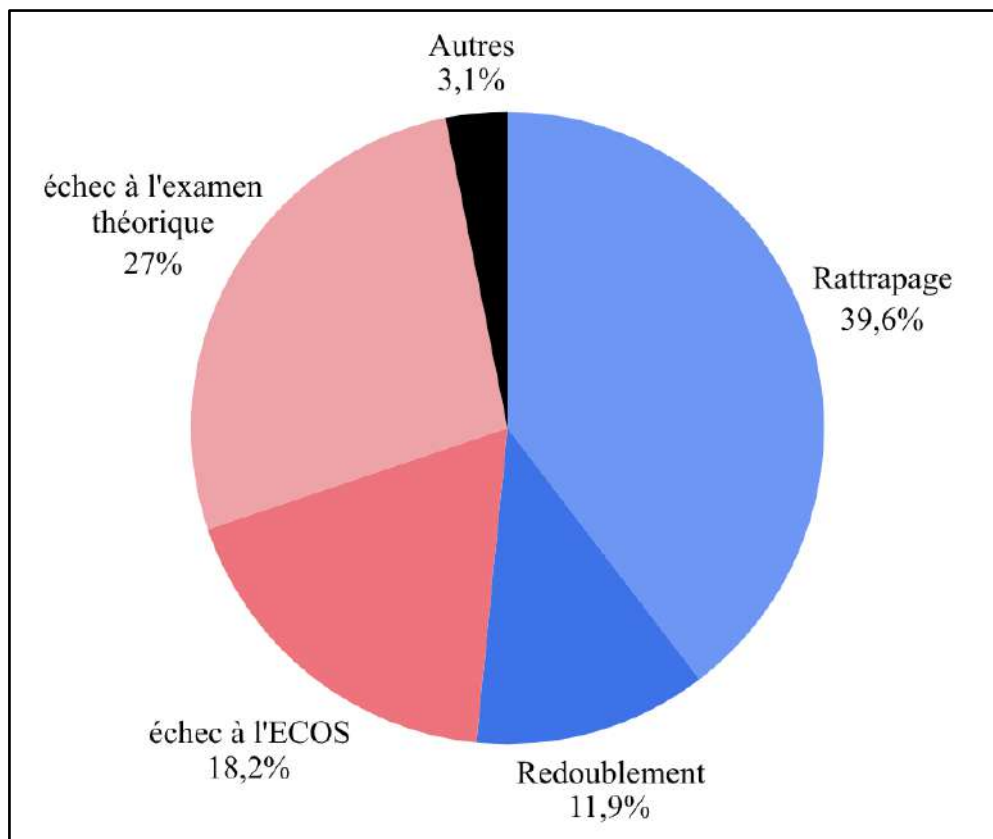


Figure 12 Répartition des étudiants selon le type d'échec universitaire vécu

III.B.2.4 Nombre de redoublements et niveau concerné

- Parmi les 19 étudiants ayant rapporté un redoublement, 18 avaient redoublés 01 fois, tandis qu'un seul avait redoublé 2 fois.

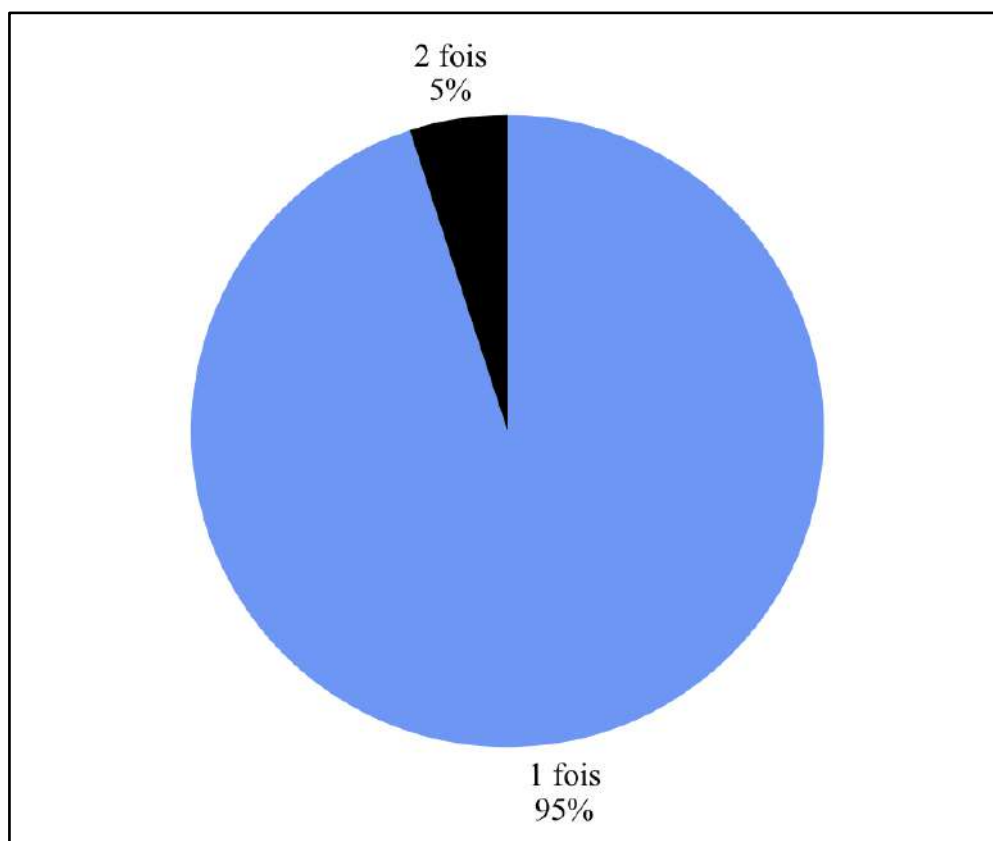


Figure 13 Répartition des étudiants selon le nombre des redoublements

- Sur un total de 19 redoublants, la majorité avait redoublé la première année($n=13$).
- Les redoublements en troisième et en quatrième année, étaient respectivement de 4 et 2 cas.

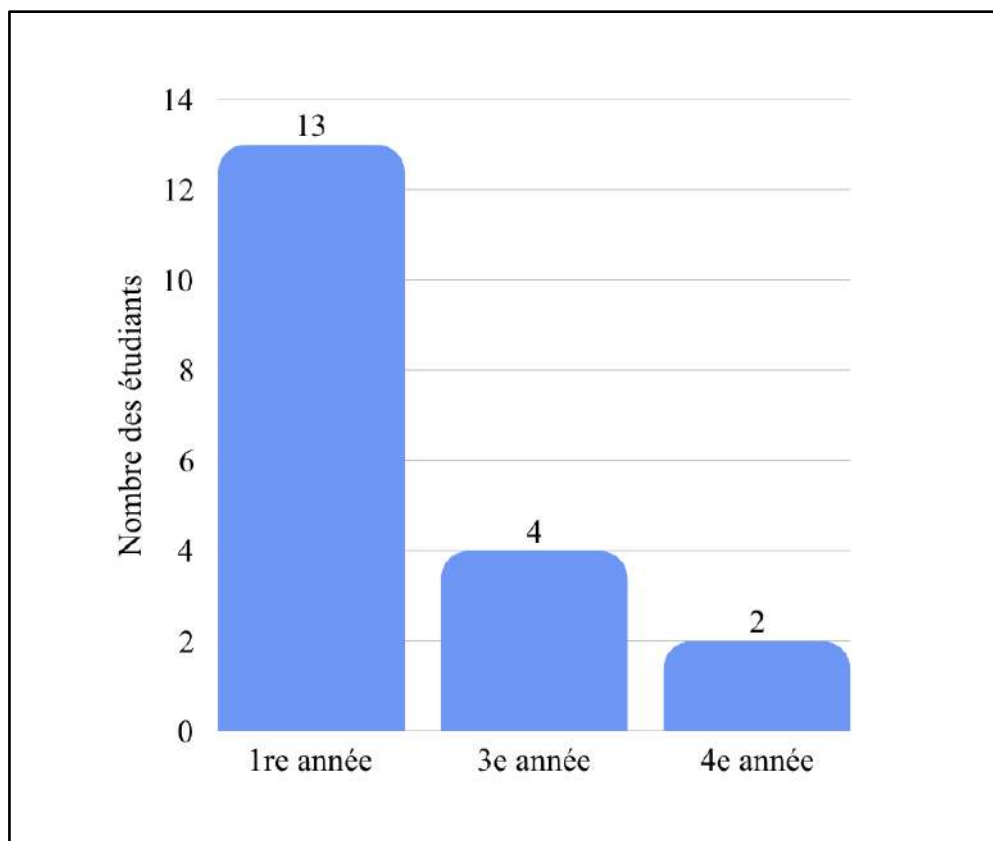


Figure 14 Répartition des redoublements selon l'année d'étude

III.B.2.5 Moyenne générale de l'année précédente

- La majorité des étudiants avaient des moyennes comprises entre 10 et 12 (38 %), suivie de ceux ayant des moyenne supérieure à 14 (36 %) et de ceux situés entre 12 et 14 (26 %).

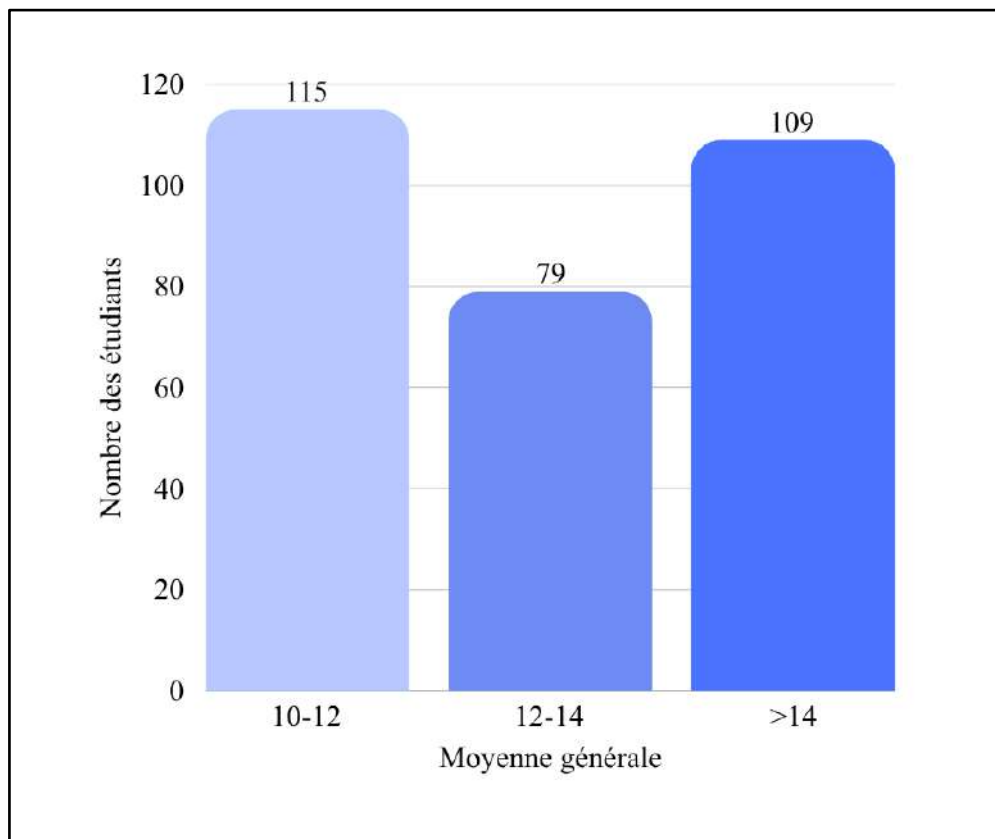


Figure 15 Répartition des étudiants selon la moyenne générale estimée

III.B.2.6 Satisfaction des performances académiques

- Plus des deux tiers des participants déclaraient être insatisfaits de leurs performances académiques ($n = 203$, 67 %), contre 33 % qui se déclaraient satisfaits.

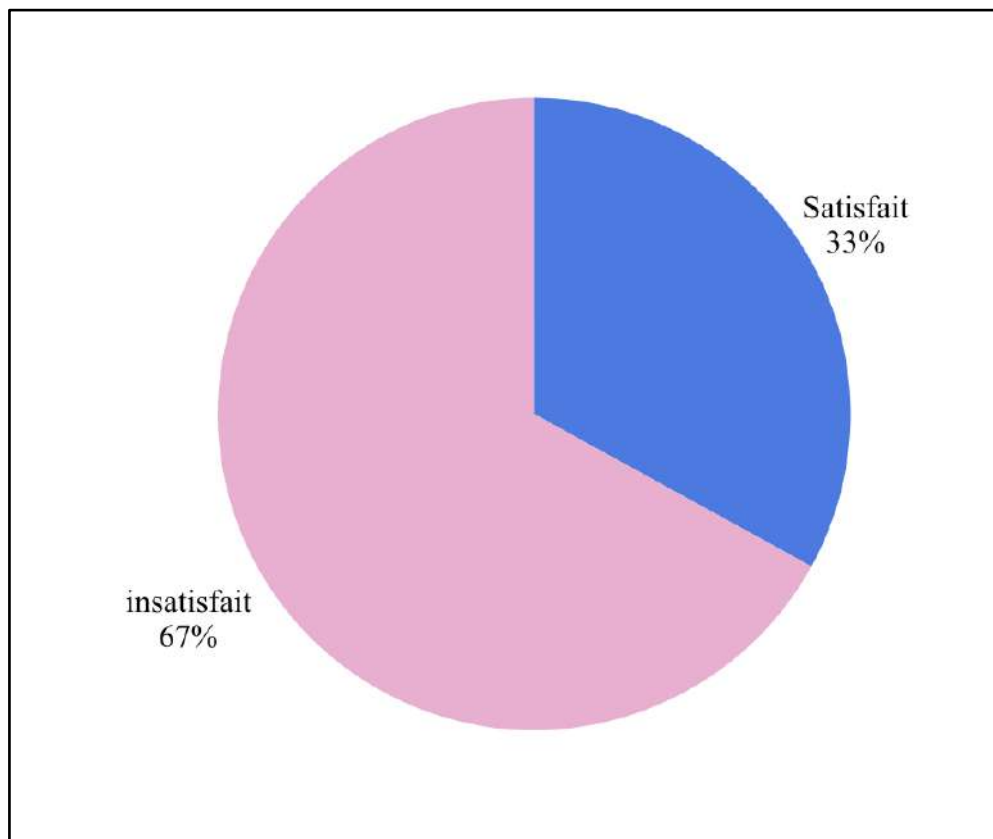


Figure 16 Répartition des étudiants selon la satisfaction des performances académiques.

III.B.2.7 Pression ressentie lors des examens

- 87,5 % des participants déclaraient avoir ressenti une pression lors des examens, contre 12 % qui ne rapportaient pas cette sensation.

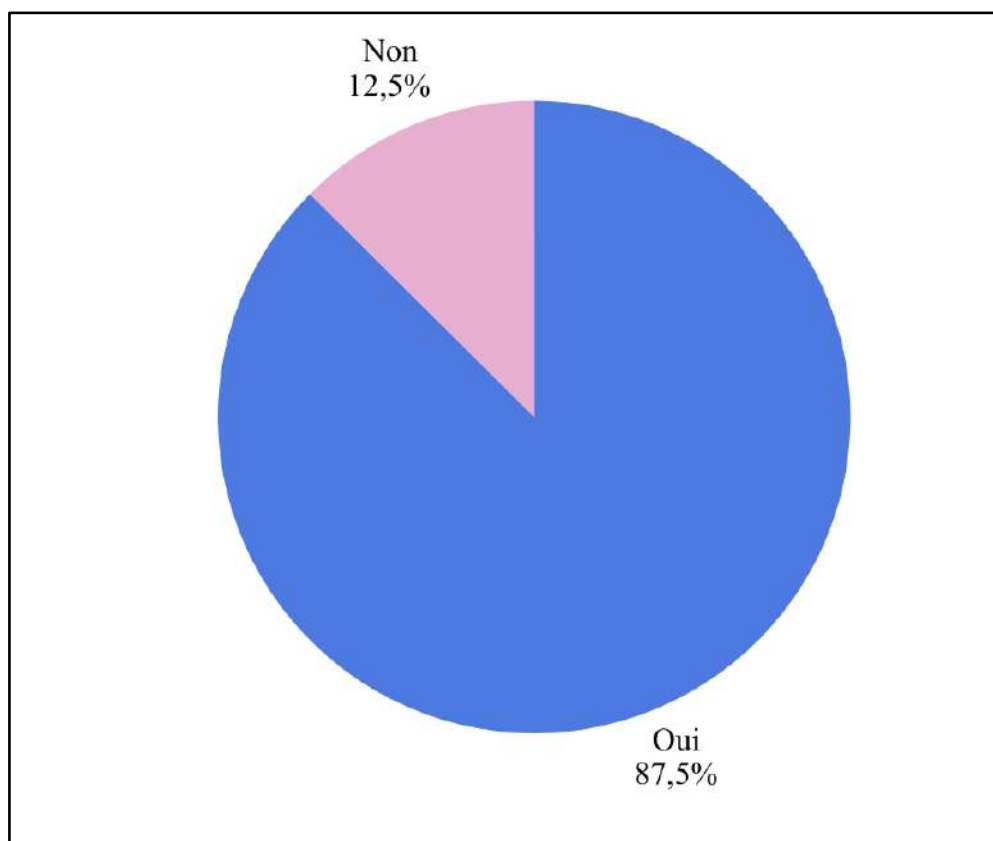


Figure 17 Répartition des étudiants selon la pression ressentie lors des examens

III.B.2.8 Charge de travail perçue

- La charge du travail perçue était principalement modérée à élevée chez les étudiants, avec respectivement 38,0 % et 40,3 %. La charge très élevée était rapportée par 14,9% des participants, alors que 6,9 % déclaraient une charge faible.

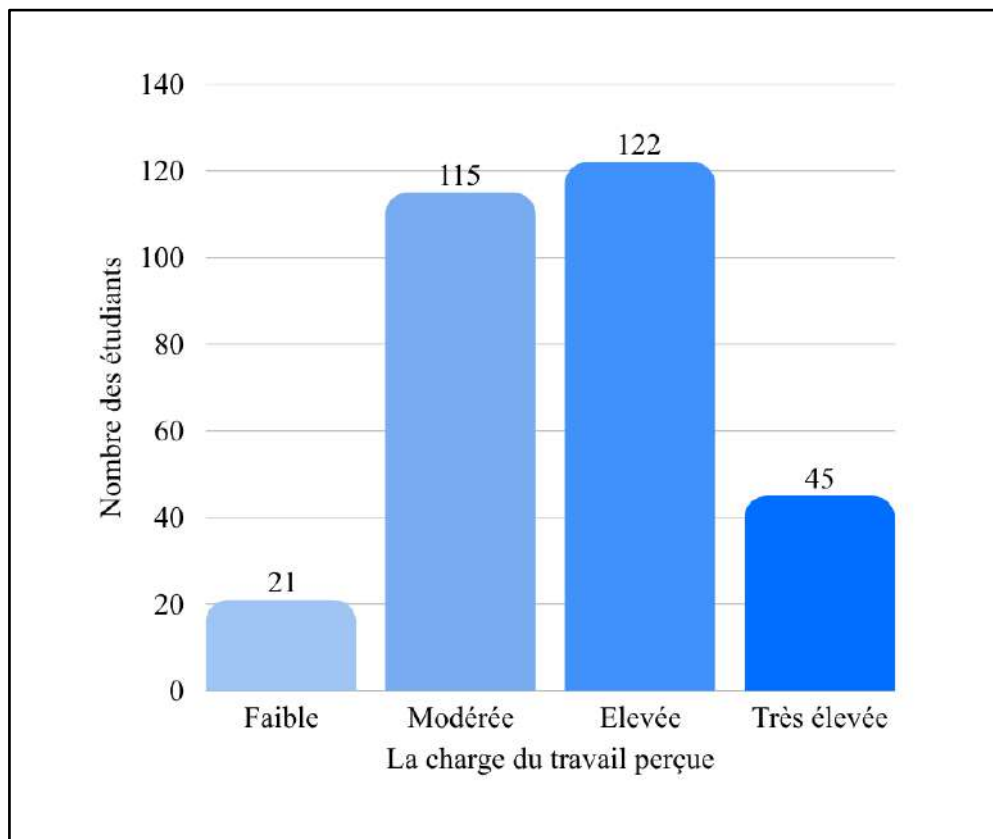


Figure 18 Répartition des étudiants selon la charge du travail perçue

III.B.2.9 Relation avec les enseignants

- La relation avec les enseignants était jugée inexistante par la majorité des étudiants (n = 190), négative par 7 et positive par 106 étudiants.

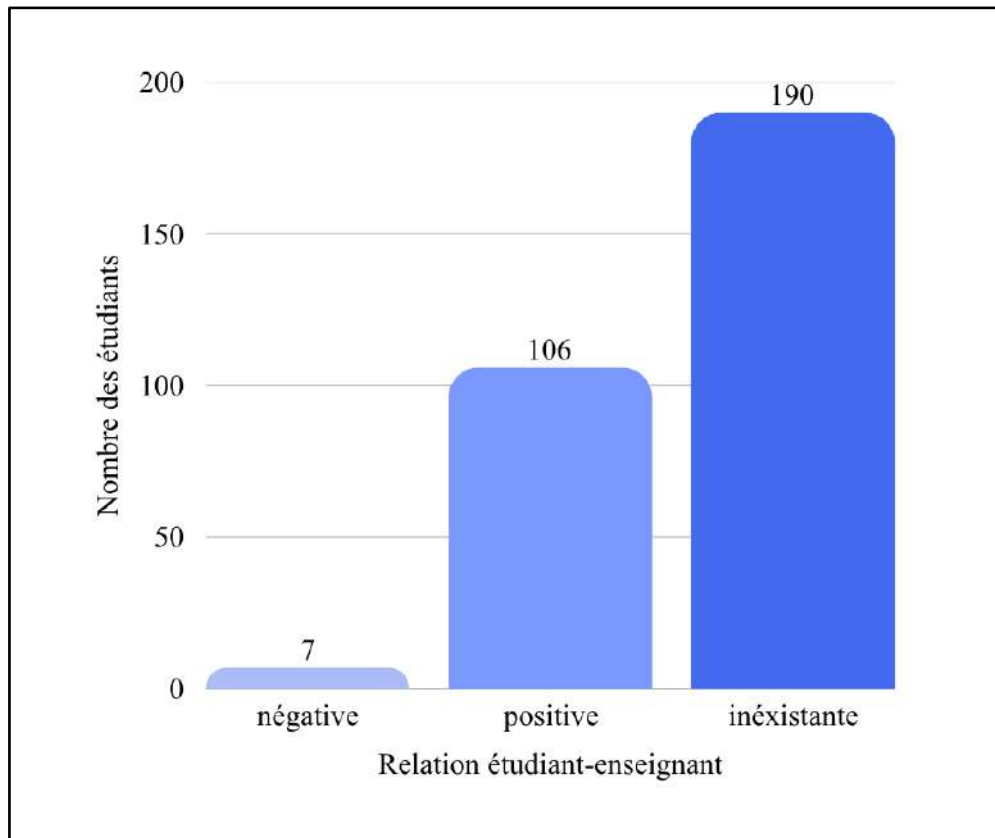


Figure 19 Répartition des étudiants selon la qualité de la relation avec les enseignants

III.B.2.10 Participation aux activités extra-universitaires

- Deux tiers des étudiants ne participaient pas aux activités extra-universitaires (n = 202), le tiers restant y participait (n = 101).

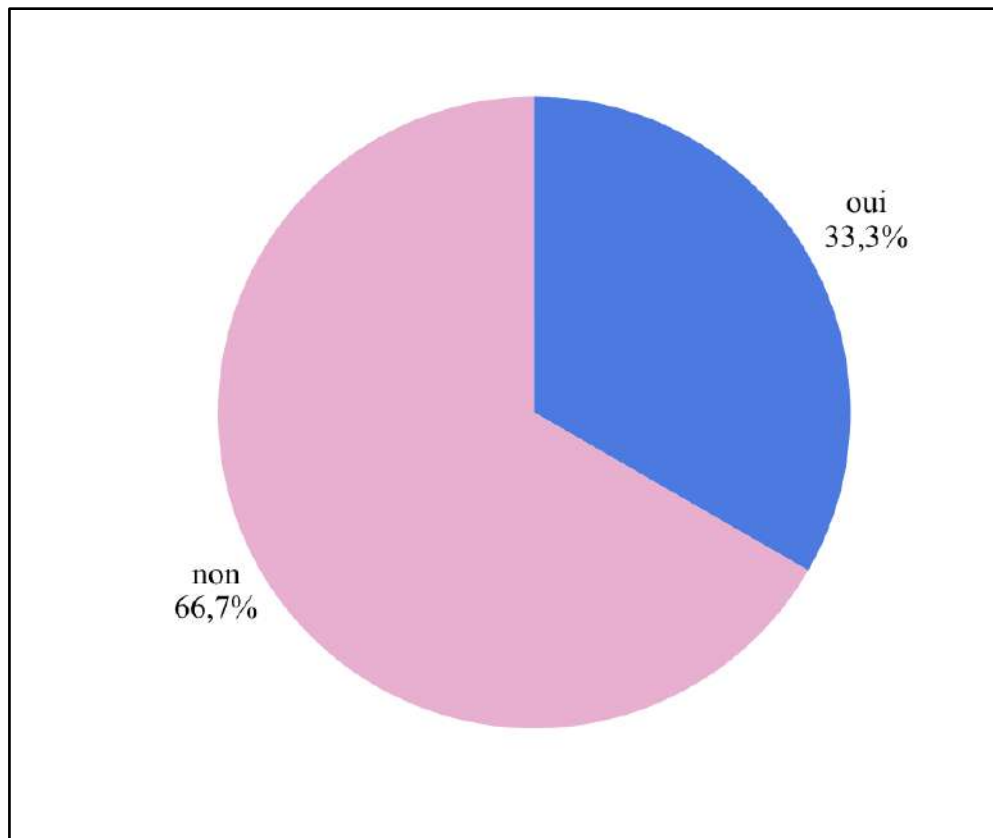


Figure 20 Répartition des étudiants selon la pratique des activités extra-universitaires

III.B.2.11 Réorientation du choix des études de médecine (rétrospective)

- 30 % des répondants, ont rapporté qu'ils ne referaient pas le choix d'entreprendre des études médicales si une seconde opportunité leur était offerte, tandis que la majorité (soit 70 %) ont affirmé qu'ils opéreraient à nouveau pour ce domaine.

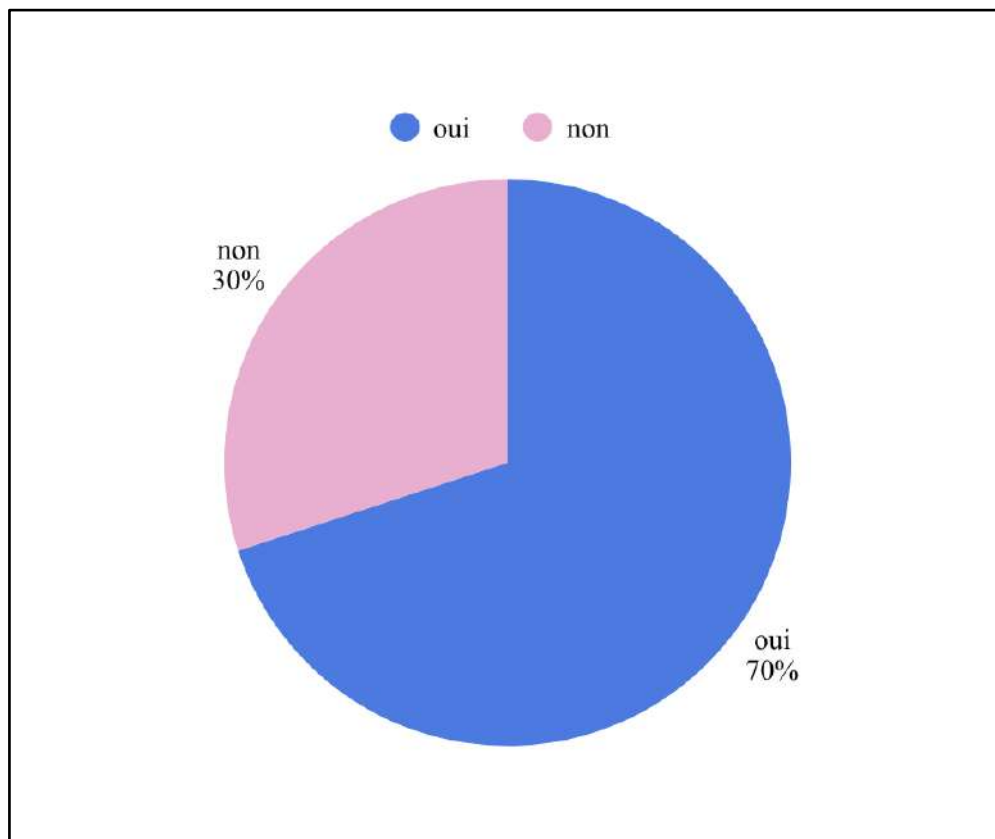


Figure 21 Répartition des étudiants selon le choix de refaire des études médicales

III.B.3 Mode de vie et habitudes

III.B.3.1 Durée du sommeil

- La durée de sommeil la plus fréquemment rapportée était entre 5-6h (n = 140 ; 46,2 %). En outre, 101 étudiants dormaient entre 7 et 8 heures, 46 moins de 5 heures et 16 plus de 8 heures.

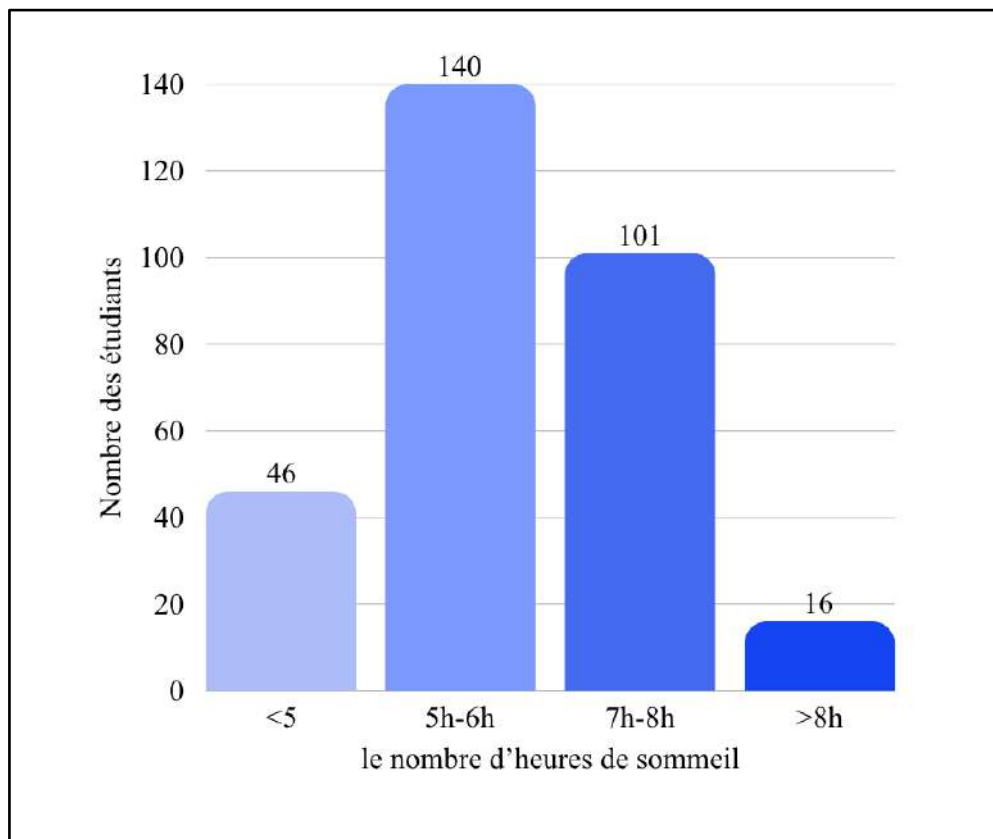


Figure 22 Répartition des étudiants selon le nombre d'heure de sommeil

III.B.3.2 Qualité du sommeil

- Une qualité moyenne du sommeil était rapportée par 59,7 % des étudiants (n = 181), contre 18,1 % présentant une mauvaise qualité du sommeil et 22,2 % une bonne qualité du sommeil.

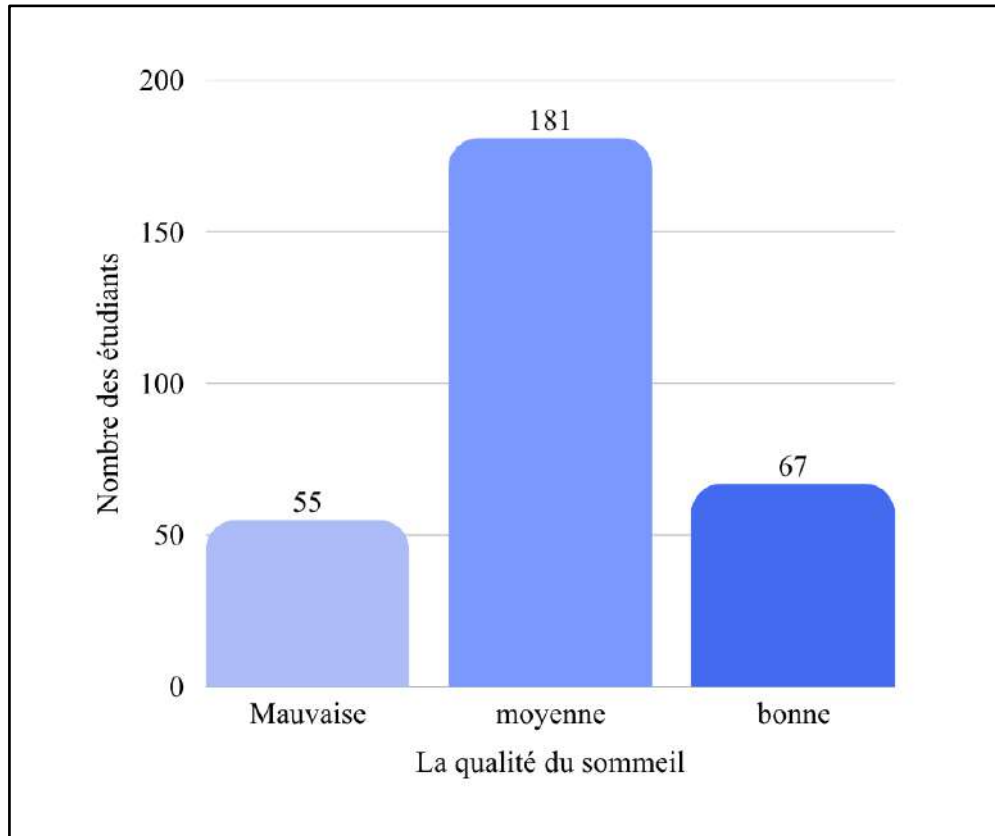


Figure 23 Répartition des étudiants selon la qualité du sommeil

III.B.3.3 Activité physique régulière

- Près des trois quarts des étudiants ne pratiquaient pas régulièrement une activité physique.

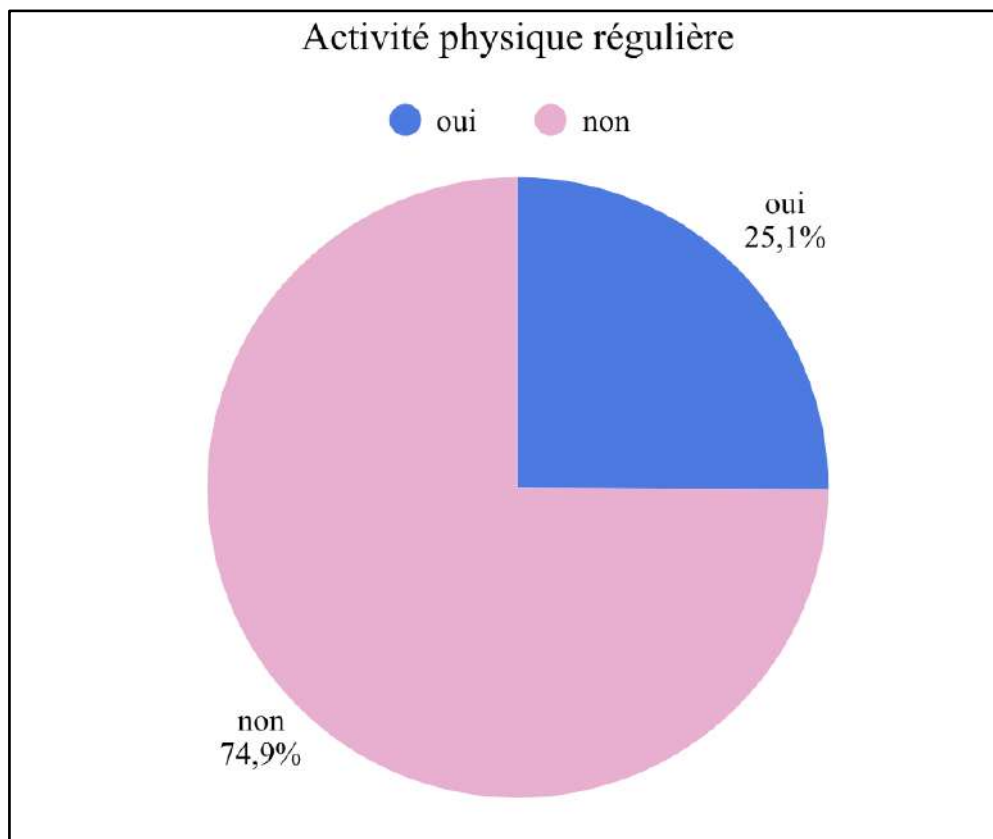


Figure 24 Répartition des étudiants selon la pratique régulière d'une activité physique

III.B.3.4 Consommation de café et de thé

- La majorité des étudiants soit 48,5 % consommaient quotidiennement les boissons caféinées, alors que 30,3 % en consommaient occasionnellement et 21,1 % n'en consommaient pas.

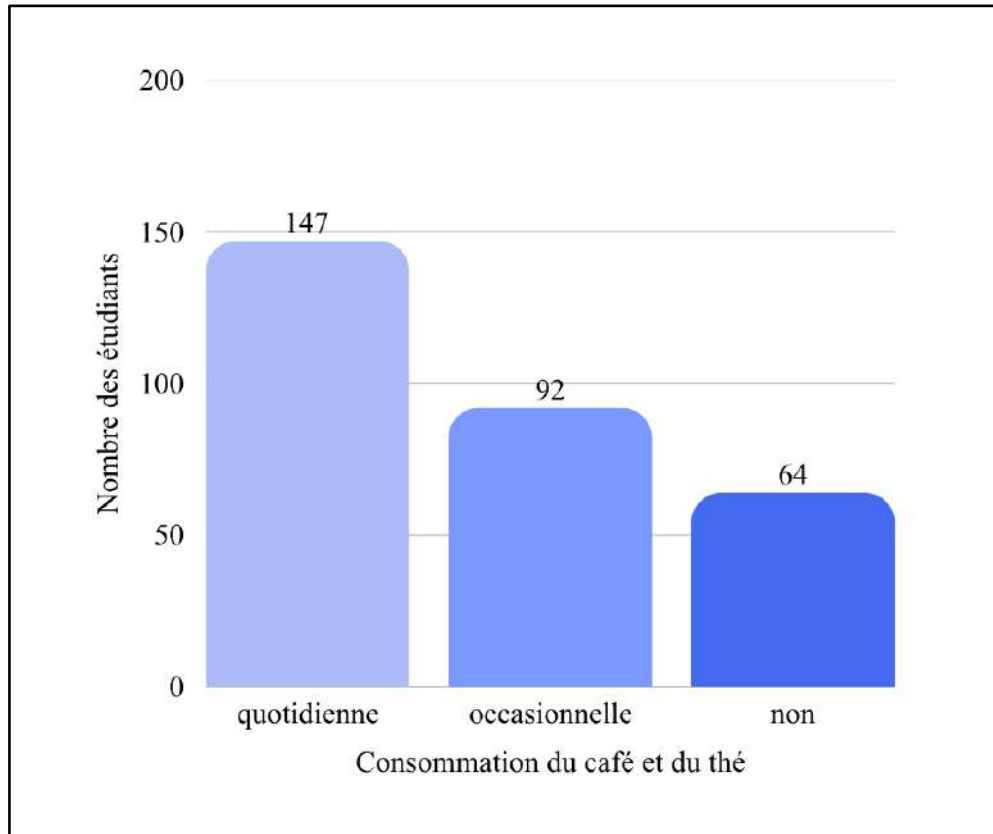


Figure 25 Répartition des étudiants selon la consommation des boissons caféinées

III.B.3.5 Consommation de boissons énergisantes

- Près de 8% de la population étudiée déclarait consommer des boissons énergisantes.
- Le reste (soit 92 %) n'en consommait pas.

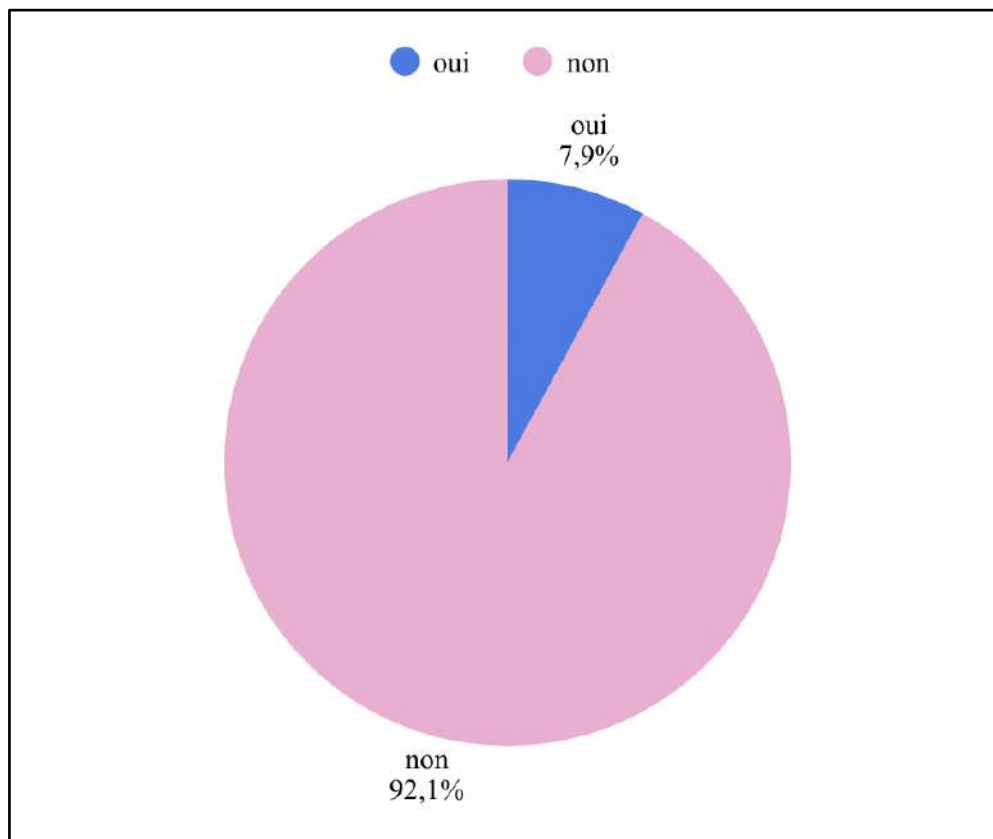


Figure 26 Répartition des étudiants selon la consommation des boissons énergisantes

III.B.3.6 Consommation de substances toxiques

- Une faible proportion des étudiants déclarait consommer des produits toxiques (3 %), tandis que la grande majorité (97 %) n'en consommait pas.

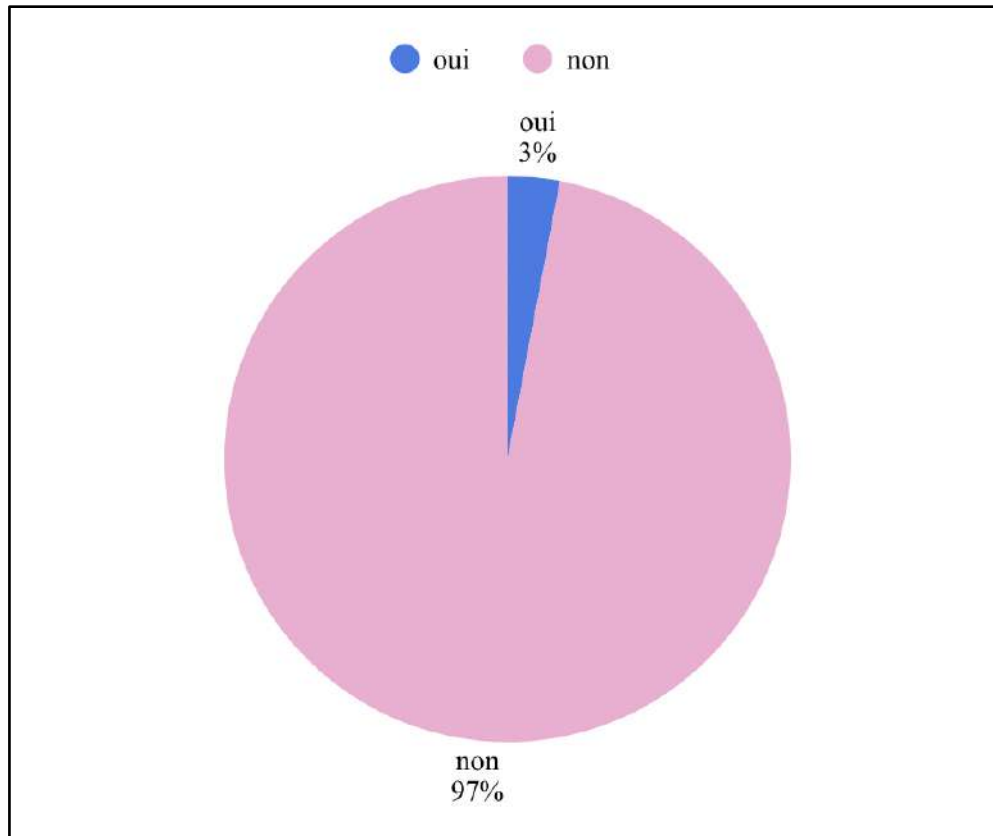


Figure 27 Répartition des étudiants selon la consommation des produits toxiques

III.B.3.7 Types de substances consommées

- Sur un ensemble de 9 étudiants ayant déclaré consommer des produits toxiques, 02 étaient tabagiques, 01 consommait l'alcool et les 06 restants rapportaient d'autres pratiques notamment le surdosage médicamenteux.

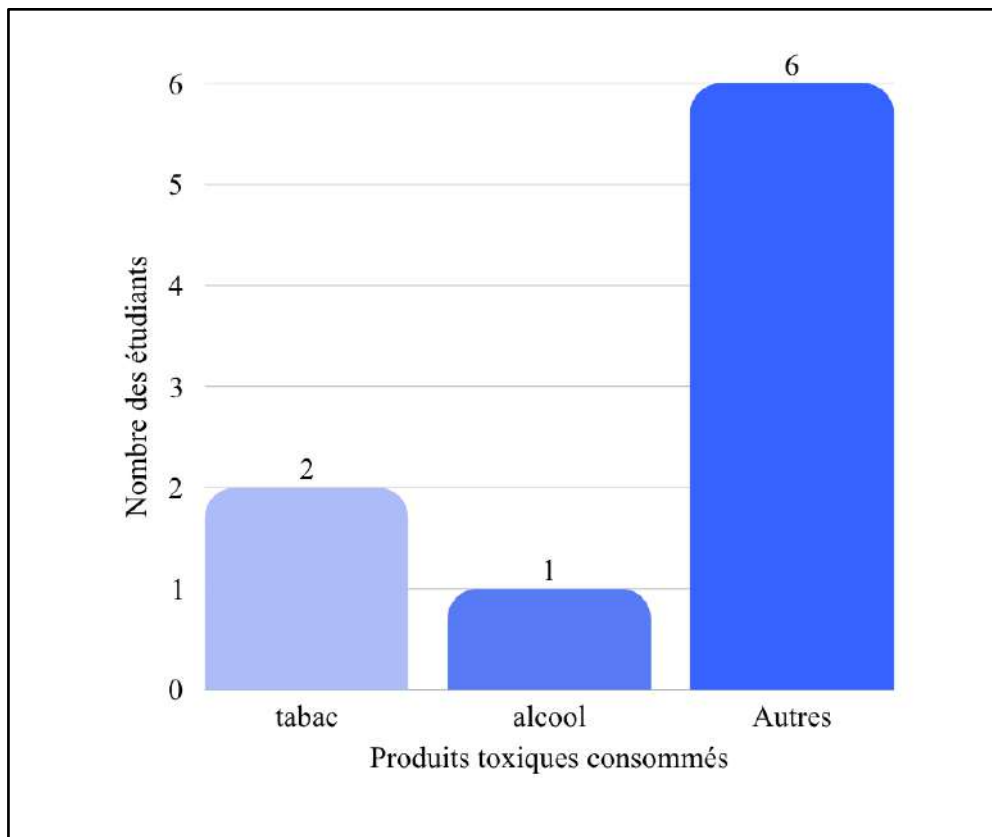


Figure 28 Répartition des étudiants selon les types des produits toxiques consommés

III.B.4 État de santé et santé mentale des participants

III.B.4.1 Antécédents de consultation pour troubles psychologiques avant les études

- Une consultation pour troubles psychologiques avant les études médicales a été rapportée par 12,9 % des interrogés (soit 39 étudiants), tandis que 87,1 % ne rapportaient aucun antécédent de consultation psychologique.

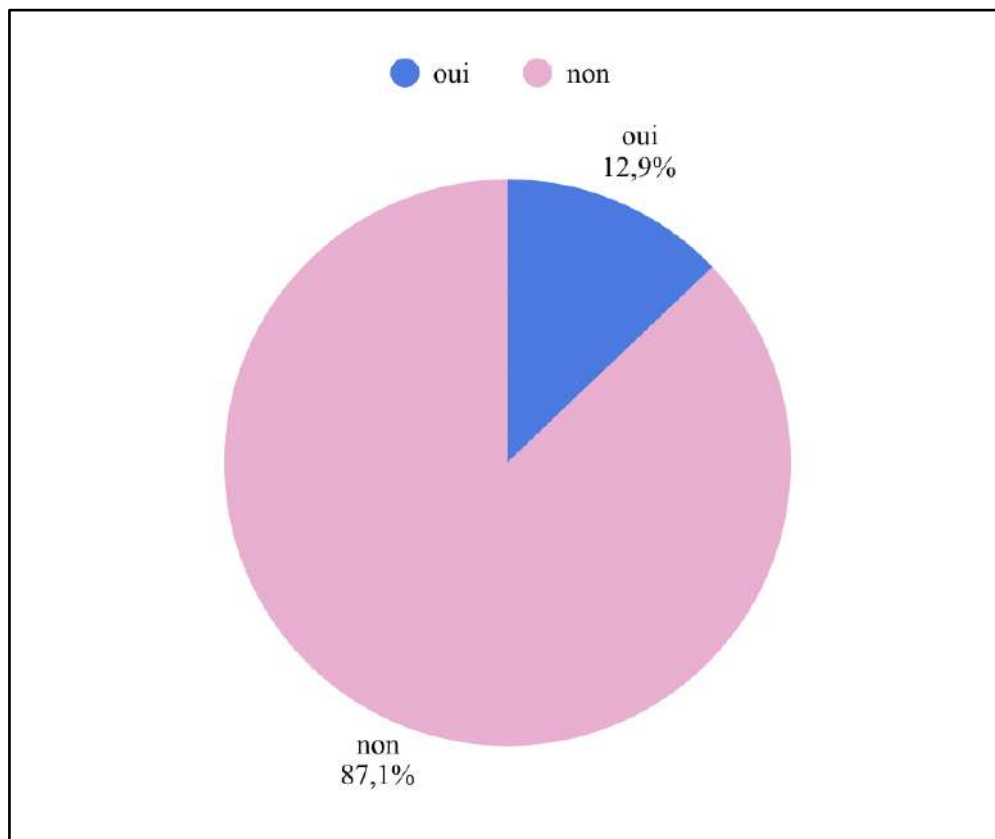


Figure 29 Répartition des étudiants selon les antécédents de consultation pour troubles psychopathologiques avant les études médicales

III.B.4.2 Diagnostic de trouble psychopathologique avant les études

- Parmi les étudiants interrogés, 5,6 % avaient déjà reçu un diagnostic de trouble psychopathologique avant leur entrée en études médicales, contre 94,4 % n'ayant aucun antécédent de ce type.

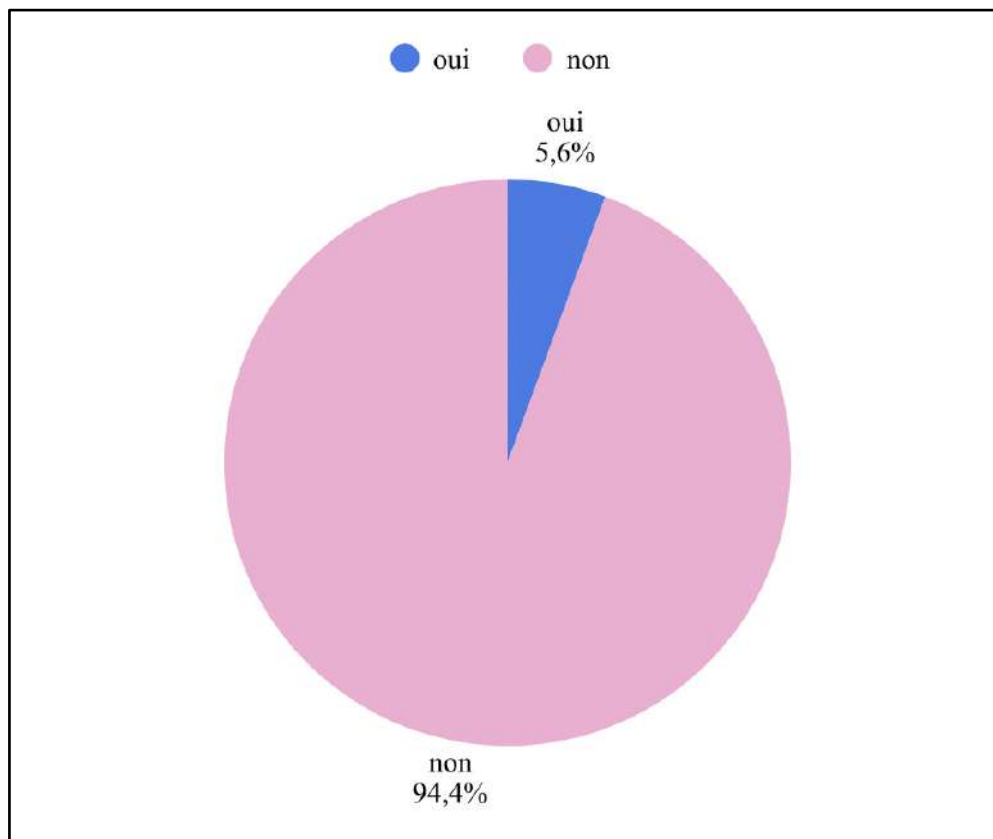


Figure 30 Répartition des étudiants selon un antécédent de diagnostic de trouble psychopathologique avant les études médicales

III.B.4.3 Traitement psychotrope avant les études médicales :

- La majorité des étudiants ne rapportait aucun antécédent de prise d'un médicament pour un trouble psychopathologique (soit 97 %), alors que 3 % déclaraient en avoir déjà reçu.

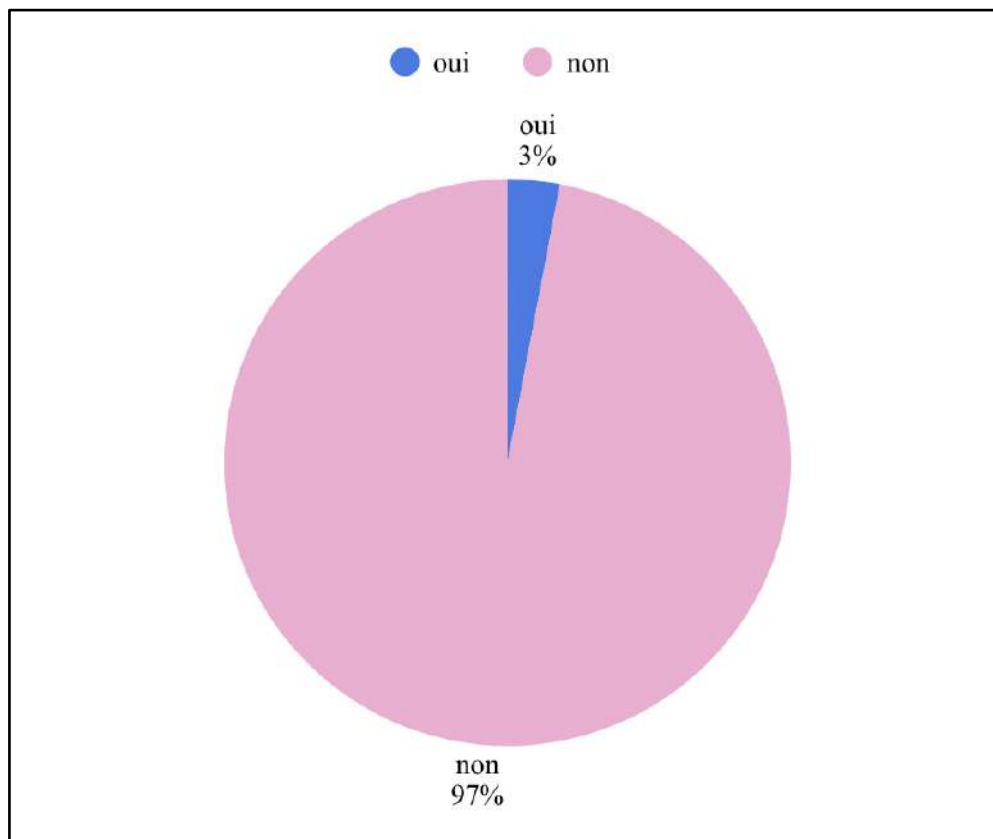


Figure 31 Répartition des étudiants selon la consommation de médicament psychotrope antérieurement aux études en médecine

III.B.4.4 Consultation actuelle en santé mentale

- Le taux d'étudiants ayant déjà consulté pour leur santé mentale au cours de leurs études médicales s'élevait à 9,2% et ceux n'ayant jamais consulté s'élevait à 90,8 %.

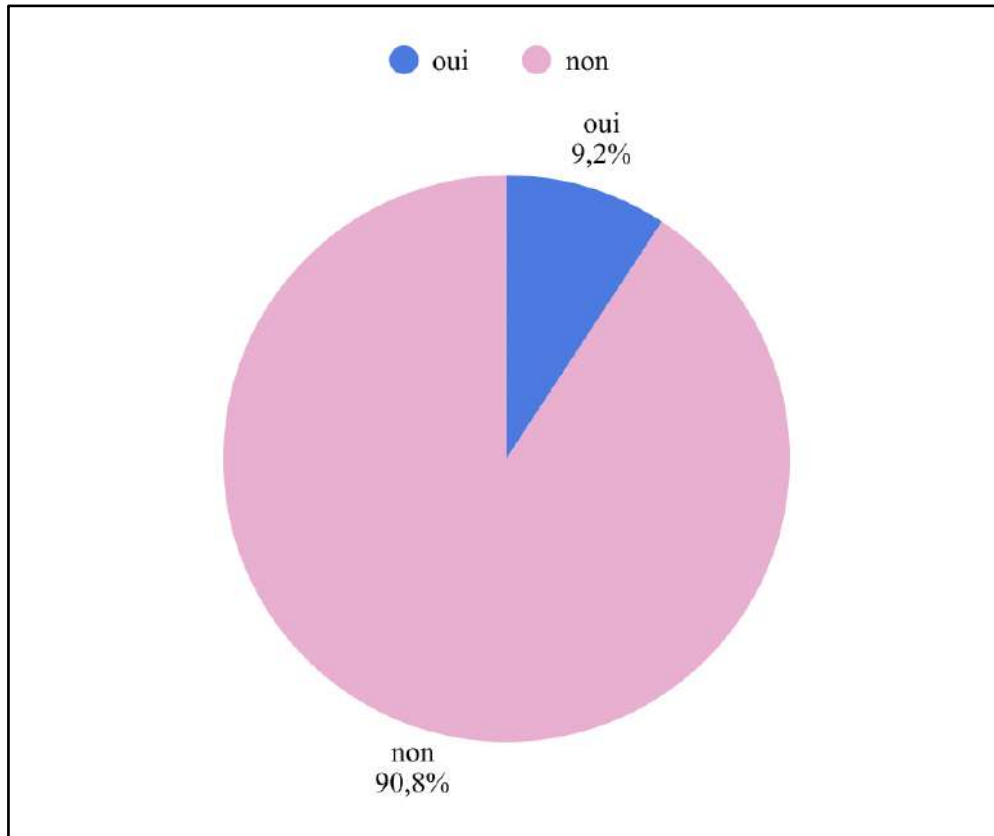


Figure 32 Répartition des étudiants selon les antécédents de consultation pour troubles psychopathologiques au cours des études médicales

III.B.4.5 Diagnostic pendant les études de médecine

- 7,9 % des étudiants ont rapportaient avoir été diagnostiqués d'un trouble psychopathologique pendant les études médicales, contre 92,1 % ne rapportant aucun diagnostic de novo.

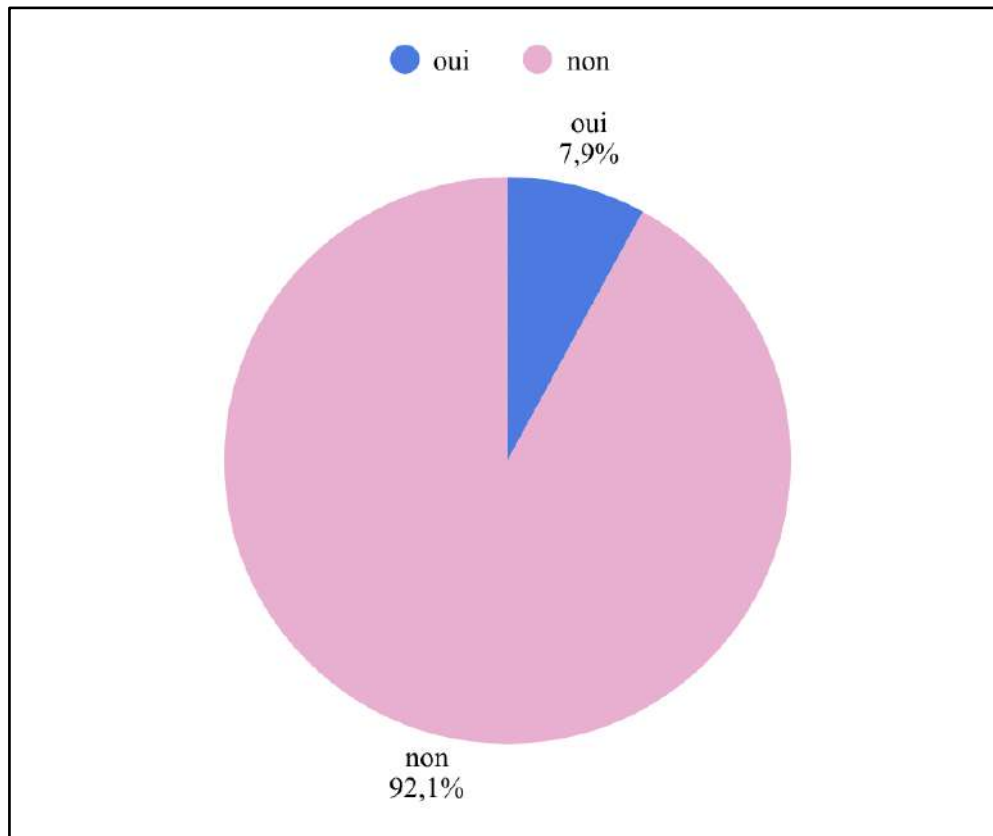


Figure 33 Répartition des étudiants selon les antécédents de diagnostic de trouble psychopathologique au cours des études médicales

III.B.4.6 Traitement psychotrope actuel

- La majorité des étudiants ne consommaient aucun médicament au cours de leurs études pour leur santé mentale (95,7 %) et seulement 4,3 % d'étudiants en consommaient

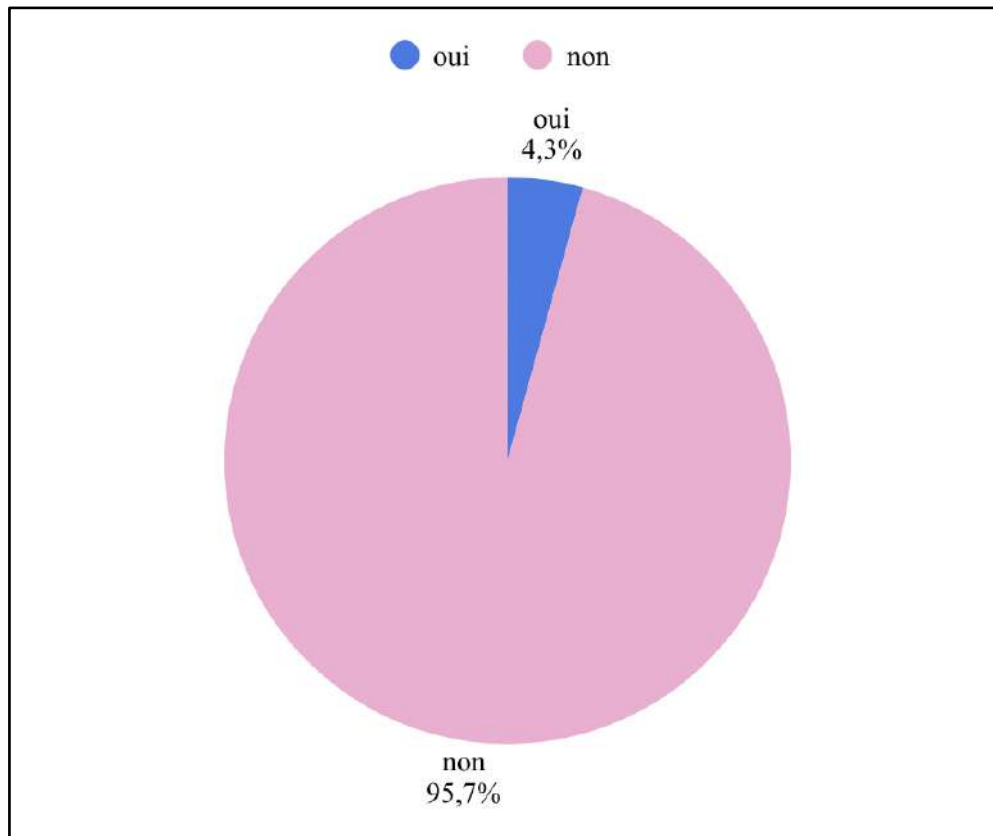


Figure 34 Répartition des étudiants selon la consommation de médicament psychotrope au cours des études médicales

III.B.4.7 Présence de maladies chroniques

- 26,1% des interrogés ont déclaré souffrir d'une maladie chronique, tandis que les 73,9% restants ont déclaré ne pas en souffrir.

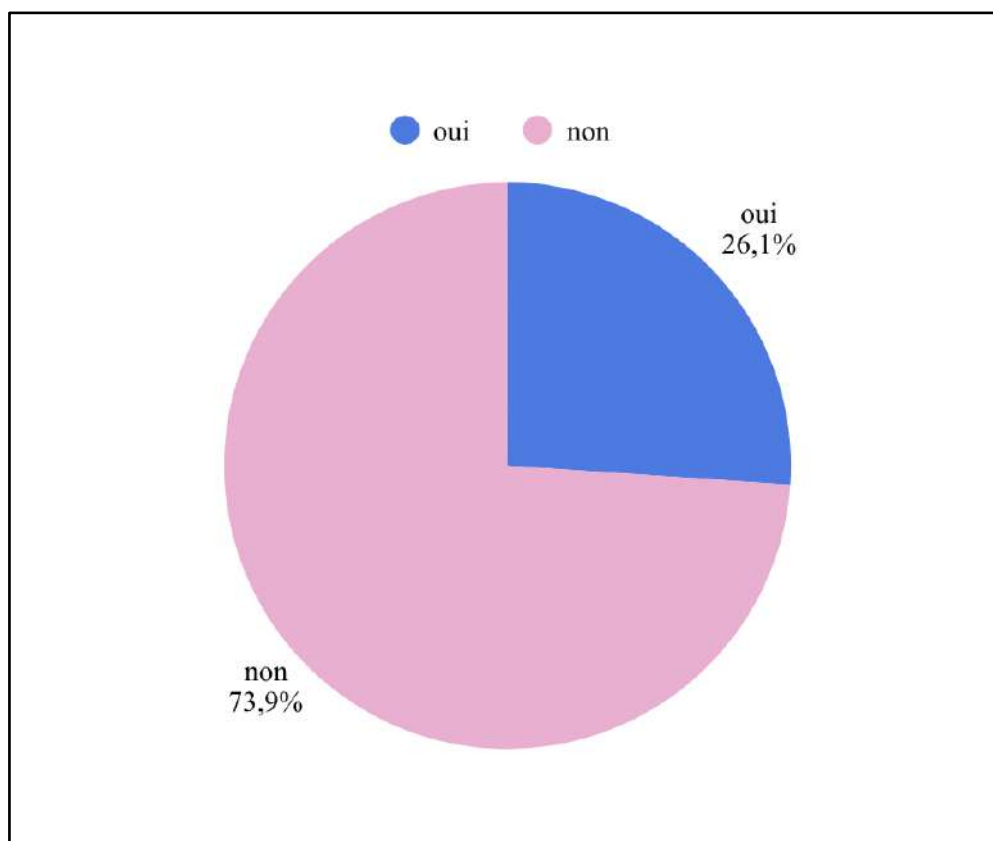


Figure 35 Répartition des étudiants selon les antécédents de maladies chroniques

III.B.4.8 Événements de vie négatifs hors cadre académique

Presque la moitié des répondants(49,5 %) ont rapporté avoir vécu au moins un événement de vie négatif durant les 12 derniers mois précédant l'étude.

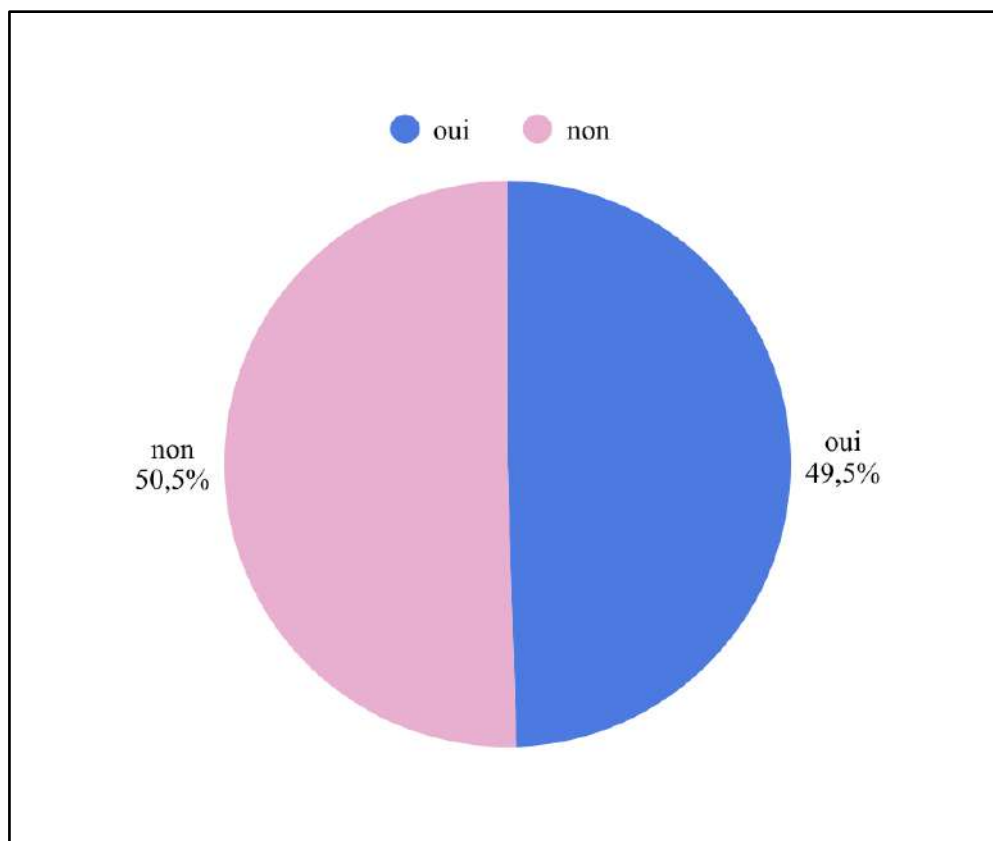


Figure 36 Répartition de la population d'étude selon le vécu d'événement(s) de vie négatif(s) durant les 12 derniers mois

III.B.5 Prévalence et sévérité du stress, de l'anxiété et de la dépression :

III.B.5.1 Prévalence et sévérité du stress :

- Selon les scores obtenus à l'échelle DASS-21, 19,1 % des interrogés avaient un stress normal, 10,9 % un stress léger, 29 % un stress modéré, 15,5 % un stress sévère et 25,4 un stress extrêmement sévère.
- Ainsi, 7 étudiants sur dix (69,9 %) présentaient un niveau de stress allant de modéré à extrêmement sévère.

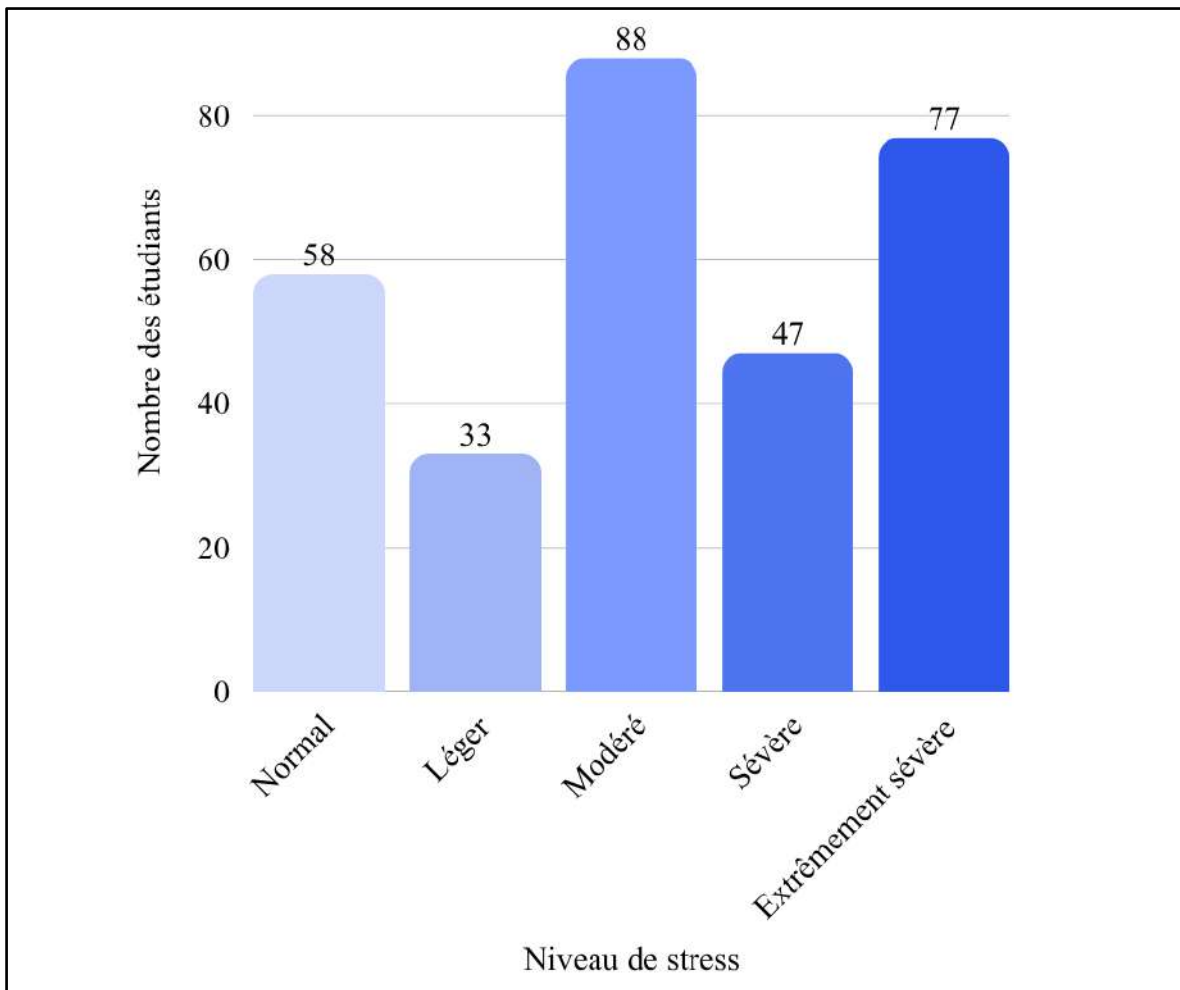


Figure 37 Répartition de la population d'étude selon les niveaux de stress

III.B.5.2 Prévalence et sévérité de l'anxiété :

- L'évaluation de l'anxiété par l'échelle DASS-21 a révélé que 25,1 % des étudiants avaient un niveau d'anxiété normal. Environ 10,9 % des participants présentaient un niveau d'anxiété léger. En revanche, 19,5 % des étudiants avaient une anxiété modérée. Les formes d'anxiété sévère et extrêmement sévère concernaient respectivement 13,2 % et 31,4 % des étudiants.
- Ainsi, plus de la moitié des étudiants, soit 64,1 %, présentaient une anxiété allant de modérée à extrêmement sévère, la forme extrêmement sévère étant la plus fréquente.

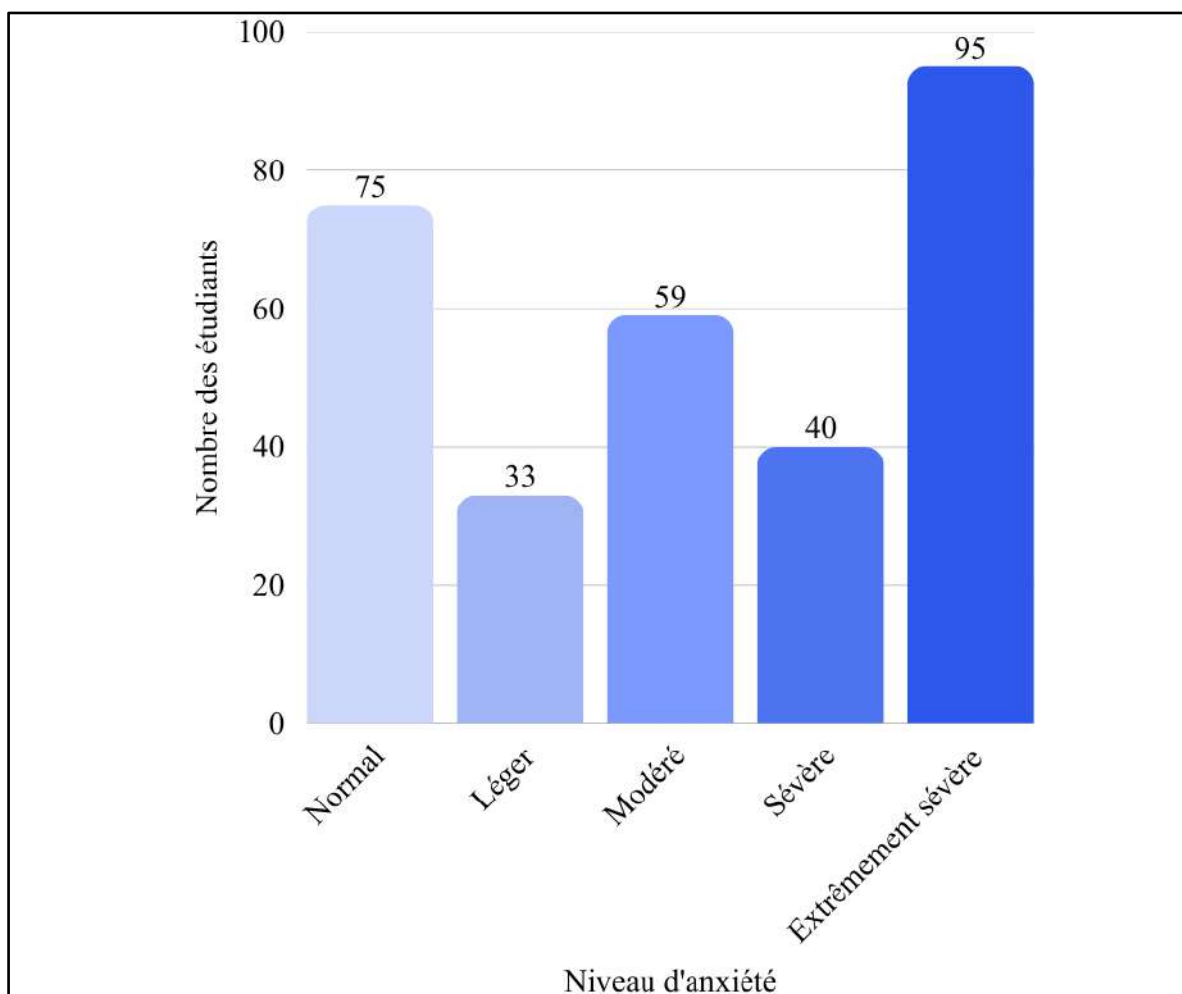


Figure 38 Répartition de la population d'étude selon les niveaux de l'anxiété

III.B.5.2 Prévalence et sévérité de dépression :

- L'évaluation de la dépression selon le DASS-21 a montré que 30,7 % des répondants présentaient un niveau normal. Le niveau léger était observé chez 12,9 %, le niveau modéré chez 26,4 %, tandis que les niveaux sévère et extrêmement sévère étaient présents respectivement chez 10,2 % et 19,8% des étudiants.

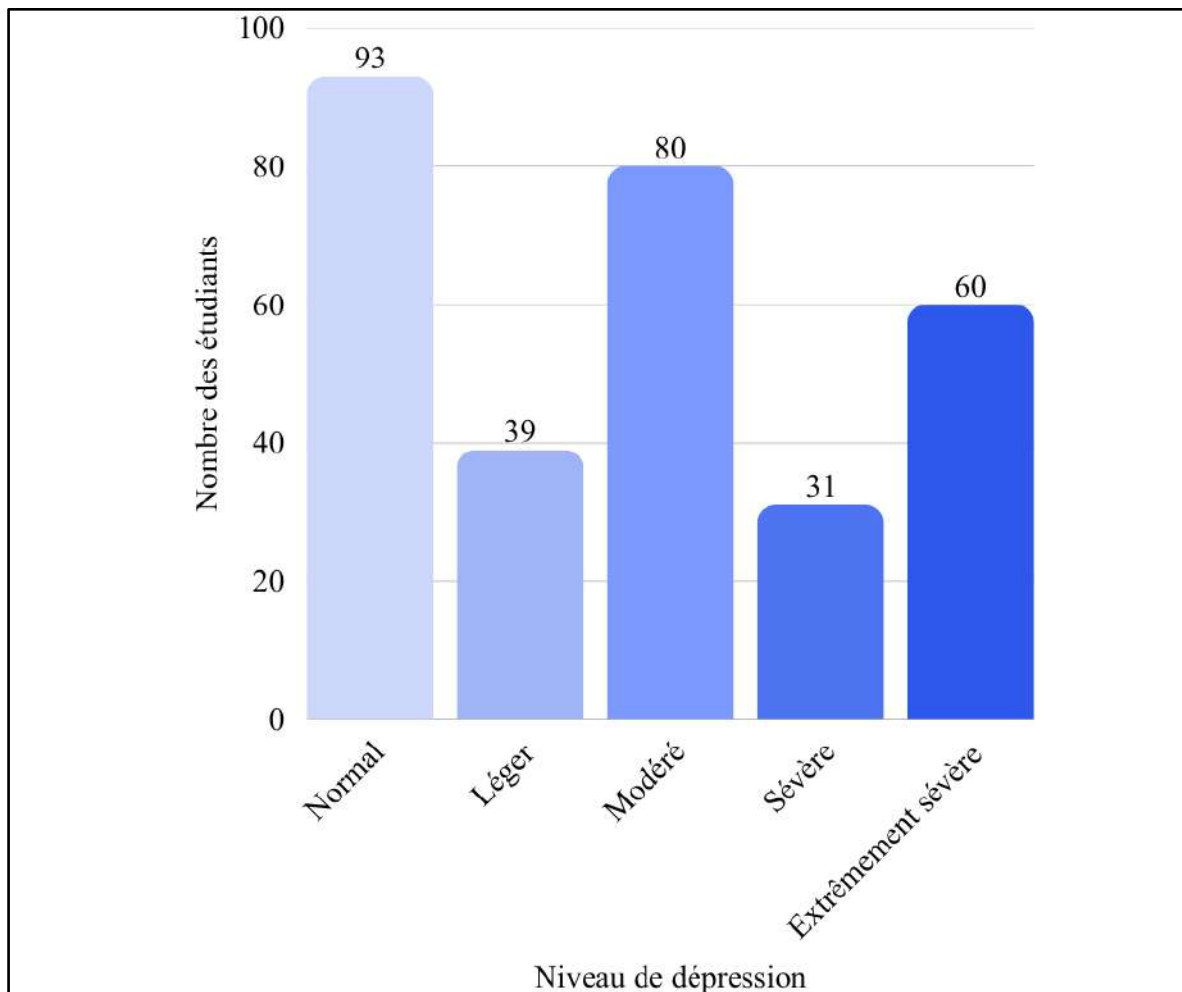


Figure 39 Répartition de la population d'étude selon les niveaux de dépression

III.C.DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer la prévalence du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants en médecine et en pharmacie de la Faculté de Ouargla, ainsi que d'identifier les principaux facteurs associés à ces troubles. Les résultats obtenus mettent en évidence une charge psychologique importante au sein de cette population étudiante, traduisant une vulnérabilité notable face aux différentes exigences de la formation universitaire en sciences médicales et pharmaceutiques.

Cette détresse psychologique semble s'inscrire dans un modèle explicatif multifactoriel, où interagissent de manière complexe des facteurs académiques (charge de travail, pression des examens, années d'étude), des facteurs personnels (gestion du stress, habitudes de vie, qualité du sommeil) ainsi que des facteurs environnementaux et sociaux (conditions de vie, soutien familial et social). L'ensemble de ces éléments suggère que la santé mentale des étudiants ne peut être appréhendée de manière isolée, mais résulte d'une interaction dynamique entre plusieurs dimensions.

Ces résultats soulignent ainsi la nécessité d'une approche globale et intégrée afin de mieux comprendre les déterminants de la détresse psychologique chez les étudiants et d'orienter les stratégies de prévention et d'accompagnement adaptées à ce contexte universitaire.

III.C.1 Prévalence du stress, anxiété et dépression selon l'échelle DASS-21 :

III.C.1.1 Prévalence et sévérité du stress selon l'échelle DASS-21 :

Dans notre étude, 69,9 % des étudiants présentaient un niveau de stress allant de modéré à extrêmement sévère selon l'échelle DASS-21.

Dans le monde arabe, une étude menée auprès d'étudiants en médecine et en dentaire en Arabie Saoudite à l'aide de la même échelle DASS-21 a rapporté une prévalence de stress nettement plus élevée, atteignant 88,5 % (90). Une étude conduite chez des étudiants en dentisterie en Irak a retrouvé un niveau de stress élevé chez la quasi-totalité de l'échantillon (98 %) (91), tandis qu'une étude égyptienne menée chez des étudiants en médecine d'Alexandrie a rapporté une prévalence de stress modéré à extrêmement sévère de 62,2 %, plus proche de nos résultats (92).

À une échelle plus large, une étude péruvienne menée chez des étudiants en médecine à l'aide de la DASS-21 a observé une prévalence de stress modéré à extrêmement sévère de 62,7 %, comparable à la nôtre (93), tandis qu'une étude soudanaise a rapporté une prévalence plus faible, de 56,7 % (94). À l'inverse, une étude menée chez des étudiants en médecine d'une université privée en Malaisie a retrouvé une prévalence nettement plus basse, de 46,9 % (95).

Ces écarts importants, retrouvés d'une étude à l'autre y compris avec un même instrument de mesure, s'expliquent probablement par des différences dans le contexte académique (charge de travail, organisation des stages), la période de passation du questionnaire par rapport au calendrier des examens, ainsi que par des facteurs socioculturels et économiques propres à chaque pays.

III.C.1.2 Prévalence et sévérité de l'anxiété dans notre échantillon selon l'échelle DASS-21 :

Dans notre étude, 64,1 % des étudiants présentaient un niveau d'anxiété allant de modéré à extrêmement sévère selon la DASS-21, la forme extrêmement sévère étant la plus fréquente (31,4 %).

Ce résultat rejoint les données rapportées dans plusieurs études utilisant la même échelle. Une étude péruvienne menée chez des étudiants en médecine a retrouvé une prévalence d'anxiété de 71,9 % (96), tandis qu'une étude soudanaise a rapporté une prévalence encore plus élevée, à 76,8 %, l'anxiété y étant le trouble le plus fréquent parmi les trois dimensions étudiées (97). Une étude conduite chez des étudiants en médecine et en dentisterie en Arabie Saoudite a retrouvé une prévalence de 67,3 % (98), proche de la nôtre, alors qu'une étude menée chez des étudiants en dentisterie en Irak a rapporté un niveau nettement supérieur, atteignant 90,4 % (99). Enfin, une étude malaisienne menée chez des étudiants en médecine a retrouvé une prévalence de 76,2 % (95).

Ces résultats confirment que l'anxiété figure, comme dans notre population, parmi les troubles psychologiques les plus fréquemment rapportés chez les étudiants en médecine à l'échelle internationale, avec des taux généralement plus élevés que ceux du stress.

III.C.1.3 Prévalence et sévérité de la dépression dans notre échantillon selon l'échelle DASS-21 :

Dans notre étude, l'évaluation de la dépression selon la DASS-21 a montré que 30,7 % des répondants présentaient un niveau normal, 12,9 % un niveau léger, 26,4 % un niveau modéré, 10,2 % un niveau sévère et 19,8 % un niveau extrêmement sévère. Ainsi, 56,4 % des étudiants présentaient une dépression allant de modérée à extrêmement sévère.

Ce résultat est comparable, voire légèrement inférieur, aux prévalences rapportées dans la littérature utilisant le même instrument. Une étude péruvienne menée chez des étudiants en médecine a retrouvé une prévalence de dépression de 71,6 % (96), et une étude soudanaise de 70,2 % (97), soit des taux nettement supérieurs aux nôtres. Une étude conduite chez des étudiants en médecine et en dentisterie en Arabie Saoudite a rapporté une prévalence de 51,3 % (98), proche de la nôtre, tandis qu'une étude menée chez des étudiants en dentisterie en Irak a retrouvé un taux nettement plus élevé, de 74,1 % (99). Une étude malaisienne a quant à elle rapporté une prévalence de 60,2 % (95), également proche de nos résultats. Cette prévalence de dépression relativement modérée par rapport à d'autres études pourrait

s'expliquer par des différences dans le contexte socioculturel, le soutien familial ou communautaire dont bénéficient les étudiants, ou encore par la période de passation du questionnaire par rapport au calendrier universitaire (proximité ou non des examens).

III.C.2 Caractéristiques sociodémographiques des participants

III.C.2.1 Âge des participants

Dans notre étude, l'âge moyen des étudiants était de $21,28 \pm 2,4$ ans. Ce résultat est comparable à celui rapporté dans une étude intitulée « Prévalence du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants de la Faculté de Médecine de Sfax » réalisée à la Faculté de Médecine de Sousse (Tunisie) en 2022, où l'âge moyen était de 22 ans(100). De même, l'étude de Mohamed Fawzy et Sherifa A Hamed intitulée « Prévalence du stress psychologique, de la dépression et de l'anxiété chez les étudiants en médecine en Égypte », menée en 2017 à la Faculté de Médecine de l'Université de Assiut, retrouvait un âge moyen de 21.22 ± 1.632 ans.(101)

Cette similitude s'explique par le fait que les études médicales recrutent principalement des étudiants immédiatement après l'obtention du baccalauréat. Cette période de la vie correspond à une phase de transition entre l'adolescence et l'âge adulte, caractérisée par la construction de l'identité personnelle et professionnelle, ainsi que par l'acquisition progressive de l'autonomie. Plusieurs auteurs considèrent cette période comme particulièrement vulnérable à l'apparition de troubles psychologiques en raison des multiples adaptations qu'elle exige.

III.C.2.2 Répartition selon le sexe

Notre population d'étude était largement dominée par les étudiantes, qui représentaient 87,8 % des participants. Cette prédominance féminine est cohérente avec les données rapportées dans plusieurs études réalisées au Maghreb.

Ainsi, dans l'étude « Santé mentale des étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat » menée en 2019 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat (Maroc), les femmes représentaient 65.62% des participants(102). Des résultats similaires (76,2%) ont également été observés dans l'étude de « Prévalence du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants de la Faculté de Médecine de Sousse » réalisée à la Faculté de Médecine de Sousse (Tunisie) en 2022.(100)

Cette féminisation progressive des études médicales est observée dans de nombreux pays et reflète l'évolution de l'accès des femmes à l'enseignement supérieur. Sur le plan de la

santé mentale, cette caractéristique est importante puisque plusieurs études internationales ont montré que les étudiantes présentent généralement des niveaux plus élevés de stress, d'anxiété et de dépression que leurs homologues masculins.

Les facteurs évoqués incluent des différences biologiques, hormonales, psychologiques ainsi qu'une plus grande tendance à exprimer les difficultés émotionnelles.

La forte proportion de femmes dans notre échantillon pourrait ainsi avoir contribué aux prévalences élevées des troubles psychologiques observées dans notre étude.

III.C.2.3 Situation matrimoniale

Dans notre étude, la très grande majorité des étudiants étaient célibataires (98,3 %), alors qu'une faible proportion était mariée (1,7 %). Ce résultat concorde avec celui de l'étude intitulée « La santé mentale des étudiants en médecine de Rabat de la 1^{re} à la 7^e année de médecine : revue de littérature et étude transversale à visée descriptive et analytique », menée en 2020 à la Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, où 96.55 % des participants étaient également célibataires.(102)

Cette forte prédominance du célibat s'explique essentiellement par le jeune âge des étudiants en médecine ainsi que par les caractéristiques d'un cursus long et exigeant, qui conduit fréquemment à différer les projets matrimoniaux jusqu'à la fin des études. Dans ce contexte, le statut matrimonial reflète davantage les spécificités démographiques de cette population qu'une variable comportementale ou psychosociale particulière.

Bien que certaines données de la littérature suggèrent que le mariage puisse constituer un facteur de soutien émotionnel et social, susceptible de renforcer les capacités d'adaptation face aux situations de stress, son influence reste limitée dans les populations étudiantes. En effet, le faible effectif d'étudiants mariés réduit souvent la pertinence des analyses statistiques et la mise en évidence d'associations significatives avec les indicateurs de santé mentale.

Par ailleurs, de nombreuses études réalisées chez les étudiants en médecine montrent que le statut matrimonial n'est pas systématiquement retenu comme un déterminant majeur du stress, de l'anxiété ou de la dépression, contrairement à d'autres facteurs tels que la charge académique, les conditions socio-économiques ou le soutien social global.

Ainsi, le statut matrimonial apparaît principalement comme un indicateur descriptif du profil sociodémographique des étudiants plutôt que comme un facteur explicatif direct de leur état de santé mentale.

III.C.2.4 Lieu de résidence

Dans notre étude, 59,1 % des étudiants résidaient en cité universitaire, tandis que 39,9 % vivaient au domicile familial. Cette répartition reflète la diversité des conditions de vie des étudiants et met en évidence une prédominance de l'hébergement en milieu universitaire. L'éloignement du cadre familial est régulièrement décrit dans la littérature comme un facteur pouvant augmenter la vulnérabilité psychologique des étudiants. En effet, la vie en résidence universitaire impose une série d'adaptations importantes, notamment l'intégration dans un nouvel environnement social, la gestion autonome des tâches quotidiennes, ainsi que la réduction du soutien affectif et émotionnel habituellement apporté par la famille. À ces contraintes peuvent s'ajouter, dans certains contextes, des conditions de logement parfois jugées insuffisantes, susceptibles d'accentuer le niveau de stress perçu.

À l'inverse, le maintien au sein du foyer familial est généralement associé à un meilleur soutien social, affectif et parfois matériel, ce qui constitue un facteur protecteur bien documenté contre le stress, l'anxiété et les symptômes dépressifs chez les étudiants. Ce soutien familial joue un rôle central dans l'équilibre psychologique, en facilitant l'adaptation aux exigences académiques et en amortissant les effets des situations de stress. Ainsi, la littérature suggère que les conditions de résidence peuvent influencer indirectement la santé mentale des étudiants, en interagissant avec d'autres facteurs tels que la charge académique, le niveau de stress perçu et la qualité du réseau de soutien social. Dans ce contexte, la vie en résidence universitaire pourrait représenter un facteur de vulnérabilité relatif, tandis que la vie en famille apparaît plutôt comme un élément protecteur.

III.C.2.5 Situation financière perçue

Dans notre étude, la majorité des étudiants déclaraient une situation financière moyenne (65 %), tandis que 12,9 % la jugeaient faible et 22,1 % bonne.

Ce résultat est comparable à celui rapporté par l'Observatoire national de la vie étudiante dans son enquête sur les conditions de vie des étudiants en France, qui met en évidence une prédominance de situations socio-économiques intermédiaires au sein de la population étudiante, tout en soulignant l'existence d'une proportion non négligeable d'étudiants en situation de précarité financière susceptible d'affecter leur bien-être psychologique.

De même, l'étude de Al-Sowygh réalisée à la Faculté de médecine dentaire de l'Université King Saud en Arabie Saoudite a montré que les difficultés financières étaient significativement associées à des niveaux plus élevés de stress académique ainsi qu'à une

altération de la qualité de vie des étudiants(103).

En effet, même lorsqu'elles ne sont pas sévères, les contraintes financières peuvent constituer une source de tension psychologique persistante. Elles concernent principalement les dépenses quotidiennes, le logement, le transport ainsi que les besoins liés aux études. Dans les filières de santé, caractérisées par une charge académique importante, ces contraintes peuvent agir comme un facteur aggravant du stress et de l'anxiété.

Ainsi, la perception d'une situation financière moyenne ou défavorable pourrait interagir avec les exigences académiques et contribuer à la dégradation du bien-être psychologique des étudiants.

III.C.2.6 Activité professionnelle en parallèle des études

Dans notre étude, seuls 11,6 % des étudiants exerçaient une activité professionnelle parallèlement à leurs études. Ce résultat est comparable à celui rapporté dans l'étude intitulée « Prévalence de la dépression, de l'anxiété et du stress chez les étudiants en médecine de l'Université de Sousse » réalisée à la Faculté de médecine de Sousse (Tunisie), où la majorité des étudiants (>80%) ne disposaient pas non plus d'une activité rémunérée régulière en raison des exigences du cursus médical.(100)

L'exercice d'une activité professionnelle durant les études présente des effets contrastés. D'une part, il permet d'améliorer l'autonomie financière et de réduire certaines contraintes économiques. D'autre part, il peut limiter le temps consacré aux études, au repos et aux activités sociales. Dans le contexte des études médicales, caractérisées par une charge de travail importante, le cumul entre activité professionnelle et formation universitaire peut accroître le risque de fatigue, de stress et d'épuisement psychologique.

Plusieurs auteurs soulignent ainsi que l'impact d'un emploi étudiant sur la santé mentale dépend de l'intensité du travail exercé, du nombre d'heures consacrées à cette activité ainsi que de la capacité de l'étudiant à concilier ses obligations académiques et professionnelles. Par conséquent, l'activité rémunérée peut constituer à la fois une ressource financière bénéfique et une source supplémentaire de pression lorsqu'elle s'ajoute aux exigences déjà élevées du cursus médical.

III.C.2.7 Niveau d'instruction des parents

Notre étude montre que plus de la moitié des pères (50,5 %) et près de 40 % des mères possédaient un niveau universitaire.

Cette observation est concordante avec les résultats de l'étude « La santé mentale des

étudiants en médecine de Rabat de la 1^{re} à la 7^e année de médecine : revue de littérature et étude transversale à visée descriptive et analytique », menée en 2020 à la Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, qui retrouvait également une forte proportion (80%) de parents diplômés de l'enseignement supérieur.(102)

Ce niveau socioculturel élevé peut constituer un facteur protecteur en favorisant le soutien scolaire, l'encouragement à la réussite et une meilleure compréhension des exigences universitaires. Cependant, plusieurs auteurs soulignent également que les attentes élevées des familles peuvent générer une pression supplémentaire sur les étudiants, favorisant le perfectionnisme et l'anxiété de performance.

III.C.3 Parcours académique des participants

III.C.3.1 Antécédents d'échec universitaire

Dans notre étude, 38,3 % des étudiants rapportaient un antécédent d'échec universitaire. Cette proportion témoigne des difficultés rencontrées au cours du cursus médical, reconnu pour son niveau élevé d'exigence académique.

Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature, qui montrent que les difficultés académiques constituent l'un des principaux facteurs de détresse psychologique chez les étudiants en médecine. Ainsi, l'étude intitulée « La santé mentale des étudiants en médecine de Rabat de la 1^{re} à la 7^e année de médecine : revue de littérature et étude transversale à visée descriptive et analytique », menée en 2020 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, a révélé que les difficultés liées aux études médicales représentaient la principale source de stress pour près de 90 % des étudiants interrogés.(102)

De même, une étude publiée en 2025 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, intitulée « Dévoiler le fardeau : les défis en matière de santé mentale et les stratégies d'adaptation chez les étudiants en médecine marocains », a montré que les difficultés académiques constituaient la principale source de stress chez les étudiants. En effet, les facteurs de stress les plus fréquemment rapportés étaient les difficultés scolaires (34,1 %), soulignant le rôle prépondérant des exigences universitaires dans la survenue de la détresse psychologique.

Ces observations rejoignent les résultats de notre étude et confirment l'importance des contraintes académiques dans le développement du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants en médecine. Selon la théorie de l'auto-efficacité d'Albert Bandura, les expériences répétées d'échec peuvent altérer la perception des compétences personnelles, diminuer la confiance en soi et accroître la vulnérabilité aux troubles émotionnels.

Ainsi, l'échec universitaire ne constitue pas uniquement un indicateur de performance académique, mais également un facteur de vulnérabilité psychologique susceptible de favoriser l'apparition ou l'aggravation du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants en médecine.

III.C.3.2 Nombre de redoublements et niveau concerné

Dans notre étude, 19 étudiants avaient connu un redoublement, dont 94,7 % avaient redoublé une seule fois. Il est particulièrement notable que la majorité des redoublements concernait la première année d'études médicales (68,4 % des redoublants), alors que les troisième et quatrième années ne représentaient respectivement que 4 et 2 cas. Ce résultat suggère que la première année constitue une période particulièrement critique du cursus médical.

Cette vulnérabilité de la première année peut s'expliquer par les nombreuses difficultés d'adaptation auxquelles sont confrontés les nouveaux étudiants. Le passage de l'enseignement secondaire à l'université implique un changement profond des méthodes d'apprentissage, une autonomie accrue, un rythme de travail plus intense ainsi qu'un volume considérable de connaissances à assimiler en un temps limité. Pour de nombreux étudiants, cette transition s'accompagne d'un sentiment d'insécurité académique, d'une perte de confiance en leurs capacités et d'une peur permanente de l'échec.

Nos résultats rejoignent ceux de l'étude intitulée «Analyse prospective du stress et des performances scolaires durant les deux premières années d'études de médecine» réalisée à l'Université de Hong Kong en 1999. Les auteurs ont montré que les deux premières années des études médicales étaient marquées par une augmentation significative du stress psychologique et que celui-ci était étroitement associé à une moins bonne performance académique. Ils soulignent également que les difficultés académiques et le stress peuvent s'autoalimenter dans un véritable cercle vicieux. (104)

Par ailleurs, une étude allemande menée en 2017 à l'Université de Lübeck et intitulée «Le stress perçu par les étudiants en médecine prédit leur réussite scolaire : une étude observationnelle», a montré que le stress perçu au cours des études médicales constituait un facteur prédictif indépendant de mauvaises performances académiques(105). Les auteurs décrivent une relation bidirectionnelle dans laquelle le stress favorise les difficultés académiques, tandis que les résultats insuffisants augmentent à leur tour le niveau de stress.

Le redoublement ne doit pas être considéré uniquement comme un événement académique.

Il représente souvent une expérience psychologiquement éprouvante. L'étudiant peut ressentir un sentiment d'échec personnel, une diminution de l'estime de soi, de la culpabilité vis-à-vis de sa famille et une perte de confiance dans ses capacités à poursuivre des études médicales. À cela s'ajoute la séparation du groupe initial de promotion, pouvant entraîner un isolement social et une diminution du soutien par les pairs.

Des données longitudinales récentes provenant de la Faculté de Médecine de l'Université de Pécs, en Hongrie, rapportées dans l'étude intitulée « Trajectoires de santé mentale chez les étudiants en médecine : l'impact du redoublement universitaire sur les symptômes dépressifs et l'auto-évaluation de la santé », publiée en 2025(106), ont montré que les étudiants ayant redoublé présentaient un risque plus de trois fois supérieur de développer des symptômes dépressifs, indépendamment de l'âge, du sexe ou de la situation financière. Ces étudiants rapportaient également une perception plus défavorable de leur état de santé que ceux progressant normalement dans leur cursus. Ces résultats soulignent l'impact significatif du redoublement sur le bien-être psychologique et suggèrent que les difficultés académiques constituent un facteur majeur de vulnérabilité mentale chez les étudiants en médecine.

Ainsi, la forte proportion de redoublements observée en première année dans notre étude confirme que cette période représente une phase de transition particulièrement sensible. Au-delà de ses conséquences académiques, le redoublement apparaît comme un facteur susceptible de fragiliser durablement la santé mentale des étudiants en médecine, en favorisant l'installation d'un cercle vicieux associant difficultés académiques, stress, anxiété et symptômes dépressifs. Cette observation souligne l'importance de mettre en place des dispositifs précoces d'accompagnement pédagogique et psychologique destinés aux étudiants des premières années afin de prévenir l'échec académique et ses répercussions psychologiques.

III.C.3.3 Satisfaction des performances académiques

Notre étude montre que 67 % des étudiants déclaraient être insatisfaits de leurs performances académiques, malgré des résultats globalement satisfaisants. Cette insatisfaction traduit un

décalage fréquent entre les performances réelles et la perception que les étudiants ont de leurs résultats, souvent influencée par un niveau d'exigence personnelle élevé et une forte pression académique.

Dans ce sens, l'étude intitulée « La santé mentale des étudiants en médecine de Rabat de la 1^{re} à la 7^e année de médecine : revue de littérature et étude transversale à visée descriptive

et analytique », menée en 2020 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, a mis en évidence que la faible qualité de la formation théorique et pratique constituait une source importante de stress chez les étudiants. Par ailleurs, l'insatisfaction vis-à-vis de la formation était associée au burnout, tandis que celle liée aux enseignants et aux superviseurs était corrélée au stress, à l'anxiété, à la dépression ainsi qu'au burnout(102). Ces résultats suggèrent que non seulement le contenu pédagogique, mais également la qualité des interactions pédagogiques et de l'encadrement jouent un rôle central dans le vécu psychologique des étudiants.

Cette tendance est en accord avec les données de la littérature internationale, qui mettent en évidence un perfectionnisme académique particulièrement prononcé chez les étudiants en médecine. Ces derniers se caractérisent par des attentes très élevées envers eux-mêmes, une autocritique importante et une tendance à minimiser leurs réussites. Ainsi, même des performances objectivement satisfaisantes peuvent être perçues comme insuffisantes, ce qui contribue à entretenir un sentiment d'insatisfaction chronique et à renforcer la vulnérabilité au stress, à l'anxiété et aux symptômes dépressifs.

III.C.3.4 Pression ressentie lors des examens

Dans notre étude, 87,5 % des étudiants déclaraient ressentir une pression importante lors des examens. Ce résultat met en évidence le rôle central des évaluations dans l'expérience des étudiants en médecine et leur impact majeur sur la charge psychologique. En effet, les examens représentent des événements académiques à forte valeur décisionnelle, conditionnant la progression dans le cursus, l'accès aux stages et, à plus long terme, la construction du projet professionnel.

Cette pression peut s'expliquer par la nature cumulative et compétitive des études médicales, où la performance est continuellement évaluée et où les périodes d'examen constituent des moments de forte intensification du travail. À cela s'ajoute la crainte de l'échec, souvent perçue comme une remise en question des capacités personnelles, ce qui renforce la charge émotionnelle associée aux évaluations.

Sur le plan psychologique, cette situation s'inscrit dans le modèle transactionnel du stress, selon lequel une situation devient stressante lorsqu'elle est perçue comme dépassant les ressources de l'individu. Dans ce cadre, l'examen constitue une exigence majeure susceptible de générer une tension anticipatoire, caractérisée par une inquiétude persistante, une hypervigilance et, dans certains cas, des manifestations anxieuses.

Par ailleurs, la spécificité des études médicales accentue davantage cette pression. Le cursus médical se distingue par un système d'évaluation continue tout au long de l'année,

laissant peu de périodes de relâche aux étudiants. La réussite d'un examen s'accompagne souvent de l'enchaînement immédiat d'une nouvelle période de préparation, ce qui limite les phases de récupération. Cette dynamique est particulièrement marquée en phase clinique, où les enseignements, les stages hospitaliers et les évaluations se superposent de manière quasi permanente. De plus, les périodes théoriquement dédiées au repos sont fréquemment investies dans la révision, réduisant les opportunités de récupération physique et psychologique. Cette absence de rupture dans le rythme académique favorise l'installation progressive d'un stress chronique et d'une fatigue cumulative.

Ainsi, la pression ressentie lors des examens ne constitue pas uniquement une contrainte ponctuelle, mais reflète un phénomène structurel inhérent à la formation médicale, dans laquelle les évaluations occupent une place centrale dans l'organisation du travail étudiant et dans la régulation du vécu émotionnel.

III.C.3.8 Charge de travail perçue

Dans notre enquête, 55,2 % des étudiants percevaient leur charge de travail comme élevée ou très élevée. Ce constat reflète la lourdeur des exigences académiques propres aux études médicales, caractérisées par un volume important de connaissances théoriques à maîtriser, une densité des enseignements et un rythme d'apprentissage soutenu.

Ce résultat est en accord avec plusieurs données de la littérature internationale. Ainsi, ces données sont également concordantes avec celles rapportées dans une étude réalisée en France auprès d'étudiants en santé, intitulée « L'épuisement professionnel chez les étudiants en médecine : examen de la prévalence et des facteurs associés », menée en 2010, qui a mis en évidence que la charge de travail perçue comme élevée était fortement associée au stress, à l'épuisement émotionnel et à la difficulté à maintenir un équilibre entre vie personnelle et exigences académiques. Les auteurs soulignent que l'intensité du programme médical et la succession des évaluations contribuent significativement à la surcharge mentale des étudiants.(107)

Ces résultats sont également concordants avec ceux rapportés par Coomber (2002), qui souligne que la surcharge de travail parmi les principales sources de stress le plus fréquemment rapporté auprès de 627 médecins en milieu hospitalier. L'auteure met en évidence que le cumul de responsabilités professionnelles, la multiplicité des tâches et la pression temporelle sont fortement associés à des niveaux élevés d'anxiété et de dépression, illustrant ainsi l'impact psychologique majeur de la charge de travail dans le domaine médical.(108)

Dans ce contexte, la formation médicale se distingue par l'accumulation simultanée d'exigences théoriques et pratiques, imposant aux étudiants une gestion constante du temps et des priorités. Cette organisation intensive, associée à des évaluations fréquentes et à une forte compétition académique, contribue à une perception élevée de la charge de travail. La quantité importante de connaissances à assimiler dans un temps limité apparaît ainsi comme une caractéristique commune des cursus médicaux dans différents pays, constituant un facteur central de stress et pouvant favoriser l'épuisement psychologique lorsque les ressources d'adaptation des étudiants sont dépassées.

III.C.3.9 Relation avec les enseignants

Notre étude révèle que la majorité des étudiants considéraient leur relation avec les enseignants comme inexistante. Ce résultat met en évidence une faible interaction perçue entre étudiants et corps enseignant, traduisant potentiellement un déficit de communication pédagogique et d'accompagnement au sein du cursus médical.

Bien que cette variable soit rarement explorée de manière isolée dans la littérature, plusieurs travaux soulignent de manière indirecte le rôle central de l'encadrement pédagogique dans la santé mentale des étudiants. En effet, la qualité de la relation avec les enseignants et les superviseurs influence fortement le vécu académique, notamment en termes de motivation, de confiance en soi et de gestion du stress. Un encadrement accessible, bienveillant et structurant constitue ainsi un facteur protecteur important contre le stress chronique et le burnout.

Dans ce sens, des travaux réalisés à la Faculté de Médecine de Rabat, dans l'étude intitulée « La santé mentale des étudiants en médecine de Rabat de la 1^{re} à la 7^e année de médecine : revue de littérature et étude transversale à visée descriptive et analytique », menée en 2020, ont mis en évidence l'importance du soutien institutionnel et social dans la prévention de l'épuisement émotionnel chez les étudiants en médecine. Les auteurs soulignent que le manque de soutien perçu, qu'il soit académique ou relationnel, est associé à une augmentation du stress, de l'anxiété et du risque de burnout, renforçant ainsi l'impact négatif d'un environnement pédagogique peu soutenant.(102)

L'absence ou la faiblesse de relation avec les enseignants observée dans notre étude pourrait ainsi favoriser un sentiment d'isolement académique. Ce dernier est susceptible de réduire le recours au soutien pédagogique en cas de difficulté, de limiter l'expression des besoins des étudiants et d'accentuer la perception de surcharge et de détresse psychologique.

Dans ce contexte, la qualité de la relation enseignant-étudiant apparaît comme un élément structurant du climat pédagogique. Elle joue un rôle non seulement dans la transmission des connaissances, mais également dans la régulation émotionnelle des étudiants face aux exigences du cursus médical. Ainsi, son insuffisance peut constituer un facteur indirect mais important de vulnérabilité psychologique.

III.C.3.10 Participation aux activités extra-universitaires

Dans cette étude, près des deux tiers des étudiants ne participaient à aucune activité extra-universitaire. Ce résultat met en évidence une faible implication dans les activités sportives, culturelles ou associatives, probablement en raison des contraintes temporelles imposées par le cursus médical et de la charge de travail importante à laquelle les étudiants sont confrontés.

Cette faible participation peut avoir des répercussions sur le bien-être psychologique des étudiants en limitant les opportunités de détente, de récupération et d'interactions sociales en dehors du cadre académique. En effet, les activités extra-universitaires constituent des espaces privilégiés permettant de développer des stratégies d'adaptation face au stress, de renforcer le sentiment d'appartenance sociale et de maintenir un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie universitaire.

Ces observations sont soutenues par les résultats de l'étude chinoise intitulée « Efficacité de l'exercice physique sur la santé mentale des étudiants universitaires : une revue systématique et une méta-analyse » menée en 2025, qui a montré que la pratique régulière d'une activité physique était associée à une diminution significative du stress, de l'anxiété et des symptômes dépressifs chez les étudiants universitaires. Les auteurs soulignent également que l'exercice physique contribue à améliorer le bien-être psychologique et la qualité de vie .

Ainsi, la faible participation aux activités extra-universitaires observée dans notre étude pourrait priver une partie des étudiants d'un important facteur protecteur contre la détresse psychologique. La promotion des activités sportives, culturelles et associatives au sein des facultés de médecine pourrait donc constituer une stratégie intéressante pour renforcer la santé mentale et favoriser un meilleur équilibre de vie chez les étudiants.

III.C.3.11 Réorientation du choix des études de médecine (rétrospective)

Enfin, 30 % des étudiants ont déclaré qu'ils ne choisiraient pas à nouveau les études médicales s'ils en avaient l'opportunité. Ce résultat traduit une certaine remise en question

du parcours entrepris et suggère qu'une proportion non négligeable d'étudiants éprouve une insatisfaction vis-à-vis de son orientation universitaire.

Ce constat rejoint les observations rapportées dans l'étude intitulée « La santé mentale des étudiants en médecine de Rabat de la 1^{re} à la 7^e année de médecine : revue de littérature et étude transversale à visée descriptive et analytique », menée en 2020 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, dans laquelle près d'un étudiant sur trois déclarait également qu'il ne choisirait pas de nouveau les études médicales si cette possibilité lui était offerte.(102)

Cette remise en question peut être interprétée comme le reflet d'un décalage progressif entre les attentes initiales des étudiants et la réalité du cursus médical. En effet, les représentations idéalisées de la profession, souvent présentes au moment de l'orientation, peuvent être confrontées aux exigences réelles de la formation et aux contraintes du parcours universitaire. Cette confrontation est susceptible d'altérer progressivement la satisfaction liée au choix des études et le sentiment d'épanouissement académique.

Par ailleurs, la volonté de ne pas refaire le même choix d'études constitue un indicateur important du vécu universitaire global. Elle peut traduire une diminution de l'engagement envers la formation, un affaiblissement du sentiment d'appartenance à la profession médicale ou encore une moindre satisfaction vis-à-vis de l'expérience étudiante. À long terme, cette perception peut influencer la motivation, la persévérance académique et la qualité de vie des étudiants.

Ainsi, ces résultats soulignent l'importance de renforcer les dispositifs d'accompagnement et d'orientation tout au long du cursus médical, afin de favoriser l'adaptation des étudiants aux exigences de la formation et de préserver leur satisfaction vis-à-vis du choix professionnel entrepris.

III.C.4 Mode de vie et habitudes

III.C.4.1 Durée et qualité du sommeil

Dans notre échantillon, 61,4 % des étudiants (n = 186), rapportait une durée de sommeil inférieure à 7 heures par nuit. Ce constat est particulièrement préoccupant au regard des recommandations de l'American Academy of Sleep Medicine et des Centers for Disease Control and Prevention, qui définissent une durée de sommeil inférieure à sept heures comme insuffisante pour préserver une santé optimale. (110)(101)

Cette proportion élevée d'étudiants en situation de privation de sommeil s'inscrit dans la continuité des données rapportées par la littérature internationale, tout en la dépassant sensiblement. À titre de comparaison, une étude menée auprès d'étudiants en médecine

pakistanaï avait rapporté que 27,8 % seulement des étudiants présentaient une durée moyenne de sommeil inférieure à cinq heures(111). Notre proportion d'étudiants dormant moins de 5 heures (15,2 %) demeure néanmoins comparable à ce seuil critique, ce qui suggère que si le seuil de privation sévère (<5h) touche une minorité substantielle de notre échantillon, c'est bien la zone intermédiaire de 5 à 6 heures qui domine très largement; configuration qui traduit moins une privation extrême et généralisée qu'un déficit de sommeil chronique et modéré, probablement lié au rythme d'apprentissage intensif propre au cursus médical.

Ce constat rejoint par ailleurs les travaux soulignant que la National Sleep Foundation recommande sept à neuf heures de sommeil par nuit pour la tranche d'âge des étudiants, un seuil rarement atteint par les professionnels et étudiants en médecine(112). Dans notre étude, seuls 33,3 % des participants (durée de 7-8h) et 5,3 % (>8h) — soit un total de 38,6 % — atteignaient ou dépassaient ce seuil recommandé, confirmant que la majorité de notre échantillon évoluait en deçà des normes de sommeil optimal.

S'agissant de la qualité subjective du sommeil, une qualité moyenne était rapportée par 59,7 % des étudiants (n = 181), contre 18,1 % rapportant une mauvaise qualité de sommeil et 22,2 % une bonne qualité. Ce profil, marqué par la prédominance d'une qualité de sommeil intermédiaire plutôt que franchement dégradée, mérite d'être nuancé au regard de la littérature : si la proportion d'étudiants présentant une mauvaise qualité de sommeil dans notre échantillon (18,1 %) apparaît relativement modérée comparativement à certaines études internationales ; où, par exemple, une étude zambienne rapportait une proportion nettement plus élevée d'altération du sommeil liée à la consommation de boissons énergisantes; elle demeure cliniquement significative dans la mesure où l'association entre qualité du sommeil dégradée et détresse psychologique est solidement établie dans cette population(113). En effet, une étude transversale menée entre mai et août 2025 auprès de 118 étudiants en médecine indiens (JIPMER, Puducherry) a mis en évidence, à l'aide de l'Insomnia Severity Index et du DASS-21 une corrélation positive significative entre la sévérité de l'insomnie et les scores de détresse psychologique ($r=0,508$; $p<0,001$), suggérant que les répercussions cognitives et psychologiques d'un sommeil altéré se manifestent précocement chez les jeunes adultes(114).

La combinaison, dans notre échantillon, d'une durée de sommeil majoritairement insuffisante (61,4 % < 7h) et d'une qualité de sommeil rarement jugée bonne (seulement 22,2 %) dessine ainsi le profil d'une population étudiante en situation de vulnérabilité liée au sommeil, cohérent avec l'hypothèse d'une association en U entre durée de sommeil et

détresse psychologique, où les durées de sommeil courtes sont associées à une probabilité accrue de détresse psychologique sévère.

III.C.4.2 Activité physique régulière

Concernant l'activité physique, notre étude révèle que près des 3 quarts des étudiants ne pratiquaient pas une activité physique régulière. Cette tendance à la sédentarité constitue un phénomène largement documenté chez les étudiants en médecine à l'échelle internationale. Cela rejoint les résultats d'une étude menée pendant la pandémie de COVID-19 auprès d'étudiants de filières de santé en Croatie, où près des deux tiers des participants (59,2 %) présentaient un niveau d'activité physique insuffisant, période durant laquelle la prévalence de la dépression, de l'anxiété et du stress atteignait respectivement 50,8 %, 50,9 % et 49,9 % (115). Notre proportion d'étudiants inactifs, souligne l'ampleur du phénomène de sédentarité au sein de la population estudiantine médicale et invite à s'interroger sur ses déterminants : contraintes horaires liées à la charge académique, priorisation du temps d'étude au détriment de l'exercice physique, ou encore absence d'infrastructures sportives accessibles.

Cette prévalence élevée d'inactivité physique revêt une importance particulière au regard de son association démontrée avec la détresse psychologique. Une étude menée au Pakistan a en effet identifié l'activité physique comme un prédicteur significatif de la détresse psychologique globale, avec des coefficients de régression substantiels (β compris entre 0,32 et 0,45 ; $p < 0,05$), confirmés par de fortes corrélations positives entre anxiété, dépression, somatisation et détresse globale (116). De même, une étude croate menée en 2025 auprès des étudiants en médecine à l'aide du DASS-21 a mis en évidence des prévalences substantielles de symptômes dépressifs (33,1 %), anxieux (48,4 %) et de stress (42,6 %), en lien avec le niveau d'activité physique des participants (117).

III.C.4.3 Consommation du café et du thé et des boissons énergisantes

S'agissant des boissons caféinées (café et thé), près de 80 % de notre échantillon rapportait une consommation régulière ou occasionnelle de boissons caféinées, ce qui traduit une intégration large de ces substances dans les habitudes de vie quotidiennes des étudiants en médecine phénomène cohérent avec le rôle souvent attribué au café et au thé comme soutien à la vigilance et à la concentration face à une charge de travail académique importante.

Cette prévalence élevée de consommation quotidienne rejoint les observations de la littérature soulignant une association entre consommation de caféine et indicateurs de détresse psychologique. Une étude brésilienne menée auprès d'étudiants en médecine a

ainsi mis en évidence une association positive entre la consommation de caféine et le stress perçu ($r=0,24$; $p<0,01$), ainsi qu'une association négative avec la durée du sommeil ($r=-0,32$; $p<0,001$)(118). Ce résultat est d'autant plus pertinent à mettre en perspective avec nos propres constats relatifs au sommeil, où une majorité d'étudiants rapportait une durée de sommeil inférieure à 7 heures : la consommation quotidienne de caféine par près de la moitié de notre échantillon pourrait ainsi constituer à la fois une réponse compensatoire à la fatigue liée au manque de sommeil, et un facteur contribuant lui-même à sa dégradation, s'inscrivant dans un possible cercle vicieux entre stimulation pharmacologique et altération du sommeil. Ce mécanisme est renforcé par les données montrant que la prise de caféine à haute dose est associée à l'irritabilité, l'insomnie, la dépression et l'anxiété, la caféine réduisant par ailleurs les heures de sommeil, particulièrement chez les sujets jeunes.

Concernant les boissons énergisantes, leur consommation apparaît nettement moins répandue dans notre échantillon, où seuls 8 % des étudiants en déclarant l'usage. Ce constat rejoint des tendances observées dans plusieurs contextes culturels proches, où le café et le thé occupent une place ancrée dans les habitudes quotidiennes, tandis que les boissons énergisantes demeurent des produits plus récents, plus coûteux, et moins intégrés aux pratiques de consommation courantes en particulier dans les pays où leur commercialisation et leur accessibilité restent limitées comparativement aux marchés nord-américains ou nord-européens. Cette faible prévalence pourrait ainsi refléter davantage une disponibilité et une acceptabilité socioculturelle moindres de ce type de produit dans notre contexte, plutôt qu'une aversion spécifique à leurs effets stimulants.

Dans une étude turque, l'augmentation du score de dépression n'avait pas d'effet significatif sur la consommation de caféine, mais la consommation de boissons énergisantes diminuait à mesure que le score de dépression augmentait ; cependant les étudiants ayant des scores élevés d'anxiété et de stress présentaient une consommation de caféine accrue. C'est un résultat contre-intuitif très intéressant : les étudiants les plus déprimés consommeraient moins de boissons énergisantes alors que l'anxiété et le stress sont associés à une consommation de caféine plus élevée.(119)

III.C.4.4 Consommation de substances toxiques

La consommation de produits toxiques s'est révélée marginale dans notre échantillon, avec seulement 3 % des étudiants ($n=9$) déclarant un tel usage, contre 97 % n'en rapportant aucun. Cette faible prévalence contraste avec les données généralement rapportées dans la littérature internationale concernant les étudiants en médecine en Etats Unis , où l'usage

abusif d'alcool touche environ un tiers des étudiants en médecine, la moitié des internes, et 12,9 % à 21,4 % des médecins seniors selon le sexe selon une étude faite en 2024(120), suggérant que notre population présente un profil de consommation de substances toxiques nettement inférieur à celui rapporté dans des contextes occidentaux, probablement en lien avec des facteurs socioculturels et religieux.

Concernant la répartition par type de substance, sur les 9 étudiants concernés, 2 rapportaient une consommation de tabac, 1 une consommation d'alcool, et 6 rapportaient d'autres pratiques, notamment un surdosage médicamenteux. Cette dernière catégorie mérite une attention particulière et une interprétation prudente. D'une part, elle peut s'inscrire dans le cadre plus large de l'automédication, phénomène largement documenté chez les étudiants en sciences médicales du fait de leur accès facilité aux connaissances pharmacologiques et aux médicaments : plus de 50 % des étudiants en médecine et en pharmacie rapportent une pratique d'automédication au moins une fois par mois, principalement avec des antalgiques et des compléments alimentaires(121). Une étude saoudienne a par ailleurs montré une prévalence d'automédication atteignant 49,3 % chez les étudiants en médecine, contre 19,6 % chez les étudiants en pharmacie, confirmant la fréquence de ce comportement dans cette population, généralement motivé par la connaissance médicale acquise et la perception de troubles mineurs ne justifiant pas une consultation.(122)

III.C.5 État de santé et santé mentale des participants

III.C.5.1 Consultation pour troubles psychologiques avant et durant les études médicales :

Dans notre étude, une consultation pour troubles psychologiques avant l'entrée en études médicales a été rapportée par 12,9 % des étudiants (n=39), tandis que 87,1 % ne rapportaient aucun antécédent de ce type. Ce taux, loin d'être négligeable, suggère qu'une proportion non anecdotique d'étudiants abordait le cursus médical avec une vulnérabilité psychologique préexistante.

Concernant le recours aux soins durant le cursus médical lui-même, seuls 9,2 % des étudiants rapportaient avoir déjà consulté pour leur santé mentale, contre 90,8 % n'ayant jamais consulté. Ce très faible taux de recours contraste fortement avec l'ampleur de la détresse psychologique généralement rapportée dans cette population, illustrant ce que la littérature qualifie couramment de "gap" entre le besoin et le recours effectif aux soins de santé mentale. Ce constat rejoint les observations faites dans plusieurs contextes : une

étude égyptienne menée à l'université de Mansoura a ainsi montré que 77,77 % des étudiants en médecine ressentaient un besoin de soins en santé mentale, alors que le recours effectif aux services professionnels demeurait nettement plus restreint, avec seulement 51 % des étudiants ayant recours à une aide informelle et 18 % seulement à une aide professionnelle(123).

De façon plus marquée encore, une étude américaine a rapporté que seuls 22 % des étudiants en médecine présentant une dépression avérée avaient effectivement recours aux services de conseil en santé mentale, confirmant que la sous-utilisation des services, loin d'être spécifique, constitue un phénomène largement répandu et documenté à l'échelle internationale, indépendamment du niveau de développement des systèmes de santé mentale disponibles(124).

Une étude lituanienne menée chez des étudiants de première année en médecine apporte un éclairage complémentaire particulièrement pertinent pour notre discussion, en documentant non seulement le besoin ressenti mais aussi le renoncement actif aux soins : 14,5 % des étudiants estimaient avoir besoin d'une consultation par un spécialiste en santé mentale, mais avaient décidé de ne pas solliciter d'aide, tandis que 18,4 % pensaient que consulter un spécialiste en santé mentale pourrait nuire à leur future carrière médicale(125). Cette dernière donnée éclaire particulièrement le très faible taux de consultation observé dans notre propre échantillon (9,2 %) : la crainte d'un impact négatif sur le parcours professionnel futur constitue un frein spécifique et bien documenté au sein de la population médicale, distinct des freins rencontrés dans la population générale étudiante.

III.C.5.2 Diagnostic de troubles psychologiques avant et durant les études médicales :

Dans notre étude, 5,6 % des étudiants rapportaient avoir déjà reçu un diagnostic de trouble psychopathologique avant leur entrée en études médicales, contre 94,4 % sans antécédent de ce type. Au cours du cursus médical lui-même, cette proportion augmentait à 7,9 % d'étudiants ayant reçu un diagnostic de novo, contre 92,1 % n'en rapportant aucun. Cette progression de 5,6 % à 7,9 % entre la période pré-universitaire et la période des études médicales, bien que modeste en valeur absolue, traduit une tendance à l'apparition de nouveaux diagnostics psychopathologiques au cours du cursus, cohérente avec l'hypothèse d'un effet délétère propre à l'environnement médical sur la santé mentale des étudiants. Cette observation rejoint les conclusions d'une étude américaine récente ayant comparé l'état de santé mentale des étudiants avant et pendant leurs études médicales : les études médicales étaient associées à une aggravation des symptômes de santé mentale

auto-rapportés ainsi qu'à un déclin des comportements favorables à la santé, sans augmentation correspondante de l'usage de médicaments psychiatriques prescrits, suggérant que la détresse psychologique développée pendant la formation médicale ne serait pas suffisamment prise en charge(126).

Il est intéressant de noter que l'écart entre notre taux de diagnostic de novo pendant les études (7,9 %) et le taux de consultation effective rapporté pendant la même période (9,2%) demeure relativement proche, ce qui suggère une certaine cohérence interne de nos données : la majorité des étudiants ayant consulté semblent avoir reçu un diagnostic formel à l'issue de cette consultation, plutôt qu'un simple accompagnement sans étiquette diagnostique. En comparaison avec la littérature internationale, ces taux de diagnostic formel (5,6 % avant, 7,9 % pendant) apparaissent nettement inférieurs aux taux de symptômes de détresse psychologique rapportés par les échelles d'auto-évaluation comme le DASS-21 dans notre propre étude et dans celles précédemment citées (souvent 50 à 75 %). Cet écart considérable entre symptomatologie rapportée et diagnostic formellement posé est cohérent avec les données d'une étude vietnamienne/coréenne comparant étudiants en médecine et population active, qui n'a paradoxalement pas retrouvé de différence significative dans la prévalence de troubles mentaux diagnostiqués entre les deux groupes (17,7 % chez les étudiants en médecine contre 7,0 % chez les travailleurs), alors même que les étudiants en médecine présentaient des niveaux d'anxiété significativement plus élevés et une qualité de vie significativement moindre probablement en raison des mêmes barrières au recours aux soins (stigmatisation, crainte pour la carrière). Ce décalage entre symptomatologie et diagnostic formel illustre le phénomène du "iceberg" fréquemment décrit dans la littérature en santé mentale étudiante, où seule une fraction minoritaire des étudiants en souffrance psychologique accède à un diagnostic et, a fortiori, à une prise en charge adaptée.

III.C.5.3 Prise de traitement psychotrope avant et durant les études médicales :

Une augmentation modeste de prise de traitement psychotrope de 3 % avant les études médicales à 4,3 % pendant les études médicales. Cette ascension est cohérente avec la progression déjà observée pour le diagnostic de novo (de 5,6 % à 7,9), ce qui confère une certaine cohérence interne à l'ensemble de nos données relatives au recours aux soins de santé mentale. On note par ailleurs un léger écart entre le taux de diagnostic pendant les études (7,9 %) et le taux de traitement médicamenteux correspondant (4,3 %), suggérant qu'une partie des étudiants diagnostiqués ne bénéficie pas, ou pas encore, d'une prise en charge pharmacologique — ce qui peut renvoyer soit à une prise en charge non

médicamenteuse (psychothérapie seule), soit à un abandon ou un refus de traitement. Nos taux de traitement médicamenteux (3 % avant, 4,3 % pendant les études) apparaissent nettement inférieurs à ceux rapportés dans plusieurs études internationales portant sur cette population. Une étude nationale saoudienne menée en 2024 a ainsi rapporté une prévalence d'usage de médicaments psychotropes chez les étudiants en médecine avoisinant 43,4 %, les antidépresseurs étant les psychotropes les plus largement utilisés(127). Une étude brésilienne confirme ce chiffre : parmi 263 étudiants en médecine interrogés, la prévalence actuelle d'usage de médicaments psychotropes atteignait 30,4 %, cette prévalence augmentant au fil du cursus, avec l'anxiété (30,0 %), la dépression (22,8 %) et l'insomnie (7,2 %) comme principales indications (118). Une étude menée à Riyad en 2022 pour évaluer l'usage médical et non médical de médicaments psychiatriques et les motifs associés rapporte des chiffres également largement supérieurs aux nôtres : 20 % des participants déclaraient un usage de médicaments psychiatriques au cours de leur vie, et 15 % au cours des 12 derniers mois, les antidépresseurs représentant la classe la plus utilisée (57 %).

Cet écart important entre nos résultats et ceux de la littérature peut être expliqué par plusieurs hypothèses peuvent être avancées : une sous-déclaration liée à la stigmatisation entourant la prise de traitement psychotrope, particulièrement marquée dans notre contexte socioculturel où la santé mentale demeure un sujet sensible à aborder même de façon anonyme ; un accès plus restreint aux consultations spécialisées en santé mentale et donc à la prescription formelle de psychotropes dans notre région comparativement aux contextes saoudien ou brésilien étudiés ; ou encore un recours préférentiel à l'automédication non spécifique (analgésiques, autres pratiques) plutôt qu'à un traitement psychotrope proprement dit, comme le suggérait déjà notre résultat concernant le surdosage médicamenteux discuté précédemment. Il est également utile de noter que la littérature souligne des taux préoccupants de mésusage même chez les étudiants traités : une étude saoudienne a ainsi rapporté que 49,0 % des étudiants ayant déjà utilisé un traitement psychotrope l'avaient interrompu sans consultation médicale préalable, et que le mésusage était significativement associé à la durée de sommeil, au niveau d'activité physique et aux antécédents familiaux psychiatriques. Cette donnée, bien qu'elle ne soit pas directement mesurée dans notre étude, invite à nuancer l'interprétation d'un simple taux de "consommation actuelle" : elle ne renseigne pas sur la régularité, l'adéquation, ni le suivi médical de ce traitement — autant de dimensions qui pourraient constituer des perspectives de recherche complémentaire.

III.C.5.4 Présence de maladies chroniques

Dans notre étude, 26,1 % des étudiants rapportaient souffrir d'une maladie chronique, contre 73,9 % n'en rapportant aucune. Cette proportion, relativement élevée pour une population jeune, mérite d'être discutée à la lumière de son association bien établie avec la détresse psychologique dans la littérature scientifique.

De nombreuses études en population générale ont en effet démontré une relation bidirectionnelle entre maladie chronique et symptômes anxio-dépressifs. Une étude menée au SS Institute of Medical Sciences and Research Centre portant sur des patients atteints de pathologies chroniques diverses (cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires, rénales, hépatiques) a rapporté des prévalences de stress, d'anxiété et de dépression respectivement de 68,7 %, 51,1 % et 58,8 %, nettement supérieures à celles observées en population générale(129). Plus largement, une méta-analyse récente a établi que les personnes vivant avec une maladie chronique présentaient un risque 1,5 à 1,8 fois plus élevé de dépression ou d'anxiété comparativement à la population générale, ce risque s'expliquant à la fois par le poids psychologique de la gestion d'une pathologie chronique et par des mécanismes biologiques partagés, notamment inflammatoires, entre maladies somatiques chroniques et troubles de l'humeur(130).

Cette association revêt une pertinence particulière dans le contexte spécifique des études médicales, où la présence d'une maladie chronique pourrait se surajouter aux exigences déjà considérables du cursus, créant une double charge à la fois physique et académique. Un étudiant en médecine devant concilier suivi médical, contraintes thérapeutiques éventuelles et exigences d'un programme d'études intensif (stages hospitaliers, gardes, charge de travail élevée) pourrait ainsi se trouver dans une situation de vulnérabilité cumulée, propice à l'émergence ou à l'aggravation d'une détresse psychologique.

III.C.5.5 Événements de vie négatifs hors cadre académique

Dans notre étude, près de la moitié des répondants (49,5 %) rapportaient avoir vécu au moins un événement de vie négatif au cours des 12 mois précédant l'étude. Cette proportion est cohérente avec les données rapportées dans la littérature étudiante internationale : une étude portant sur 650 étudiants universitaires a ainsi montré que 98 % des étudiants avaient vécu au moins un événement de vie négatif au cours de leur vie, et que 50 % en avaient rapporté au moins un au cours des 12 derniers mois(131).

Cette exposition fréquente à des événements de vie négatifs revêt une importance particulière au regard de son association solidement établie avec la détresse psychologique. Une étude en population générale norvégienne, menée sur un large échantillon

représentatif, a démontré qu'après ajustement sur l'âge, le sexe, l'éducation et le revenu, la quasi-totalité des événements de vie négatifs étudiés demeuraient significativement associés à la détresse psychologique et à une moindre satisfaction de vie, à l'exception notable des événements liés au deuil(132). De façon plus spécifique à notre étude, une étude chinoise menée auprès des étudiants en médecine a établi que les événements de vie stressants affectaient l'ajustement académique des étudiants par l'intermédiaire de mécanismes médiateurs impliquant à la fois l'anxiété et la dépression, suggérant que l'impact de ces événements ne se limite pas à la sphère émotionnelle mais s'étend également aux performances et à l'adaptation académiques.(133)

Il est également intéressant de noter qu'une étude iranienne à large échelle a mis en évidence que l'association entre stressors personnels et détresse psychologique était plus marquée chez les femmes que chez les hommes ($\beta=0,28$ contre $\beta=0,13$). (134)

III.C.6. Forces et limites de l'étude

III.C.6.1. Limites

Malgré l'intérêt des résultats obtenus, cette étude présente certaines limites qui doivent être prises en considération lors de leur interprétation.

Tout d'abord, le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir des relations de causalité entre les différents facteurs étudiés et les niveaux de stress, d'anxiété et de dépression observés. Les associations mises en évidence reflètent uniquement des relations observées à un moment donné.

Par ailleurs, les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire en ligne. Bien que cette méthode favorise l'anonymat des participants et encourage des réponses plus sincères, elle présente certaines limites inhérentes à l'auto-évaluation. En effet, la qualité des réponses peut être influencée par un manque de concentration lors du remplissage du questionnaire, des interruptions ou des éléments extérieurs susceptibles de perturber les participants. De plus, la possibilité de faire des pauses au cours du remplissage peut entraîner une variation dans les conditions de réponse. Des erreurs de saisie, des réponses automatiques ou encore un manque d'implication de certains participants peuvent également affecter la précision des données recueillies. Enfin, les réponses reposant sur la perception subjective des étudiants, un risque de surestimation ou de sous-estimation des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression ne peut être exclu.

Une autre limite de cette étude concerne le nombre relativement restreint de participants. Le recueil des données a coïncidé avec une période de vacances universitaires ainsi qu'avec la préparation et le déroulement des examens, ce qui a probablement réduit la

disponibilité des étudiants et limité leur participation à l'enquête. Cette situation peut avoir eu un impact sur la taille de l'échantillon et, par conséquent, sur la représentativité des résultats obtenus.

De plus, cette étude a été réalisée au sein de la Faculté de médecine d'Ouargla. Par conséquent, ses résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des étudiants en médecine algériens et doivent être interprétés avec prudence. En effet, des variations peuvent exister entre les établissements en ce qui concerne le contexte pédagogique, l'organisation des études ainsi que les conditions de vie étudiante.

Enfin, bien que l'échelle utilisée soit un outil validé de dépistage du stress, de l'anxiété et de la dépression, elle ne permet pas d'établir un diagnostic clinique. Les résultats obtenus reflètent ainsi la présence de symptômes rapportés par les étudiants plutôt que des diagnostics psychiatriques confirmés.

Bien que l'étude présente des limites, elle apporte des données originales sur la santé mentale des étudiants de la Faculté de médecine d'Ouargla et constitue une base importante pour le développement de futures recherches et d'actions de prévention adaptées à cette population.

III.C.6.2. Forces

Cette étude présente plusieurs points forts qui renforcent la pertinence et la crédibilité des résultats obtenus. Tout d'abord, le recours à un auto-questionnaire administré en ligne a constitué une méthode de collecte de données particulièrement adaptée à la population étudiante. Ce mode de recueil a facilité la participation des étudiants en leur permettant de répondre au questionnaire à leur convenance, sans contrainte de temps ou de lieu.

Par ailleurs, l'absence d'interaction directe avec un enquêteur a permis de réduire le biais d'influence et de désirabilité sociale, susceptibles d'altérer l'authenticité des réponses.

L'anonymat garanti aux participants a également favorisé une plus grande liberté d'expression concernant des sujets sensibles tels que le stress, l'anxiété et la dépression, contribuant ainsi à la qualité et à la fiabilité des données recueillies.

L'un des principaux atouts de ce travail réside également dans son caractère novateur. En effet, à notre connaissance, il s'agit de l'une des premières études menées au sein de la Faculté de médecine d'Ouargla visant à explorer de manière globale la santé mentale des

étudiants. Cette recherche apporte ainsi des données originales dans un domaine encore peu documenté à l'échelle locale et constitue une base de référence pour de futurs travaux portant sur le bien-être psychologique des étudiants en médecine.

Une autre force importante de cette étude réside dans l'évaluation simultanée de plusieurs dimensions de la santé mentale. Contrairement à de nombreuses recherches qui se limitent à l'étude d'un seul trouble psychologique, notre travail a permis d'examiner conjointement le stress, l'anxiété et la dépression. Cette approche globale offre une vision plus complète de la détresse psychologique des étudiants et permet de mieux comprendre les interactions existantes entre ces différentes dimensions.

L'utilisation d'un instrument standardisé et validé pour l'évaluation du stress, de l'anxiété et de la dépression constitue également un atout méthodologique majeur. Le recours à cette échelle a permis d'obtenir des mesures objectives et comparables à celles rapportées dans la littérature scientifique nationale et internationale, renforçant ainsi la crédibilité des résultats obtenus.

Par ailleurs, l'intégration de nombreuses variables sociodémographiques, académiques et personnelles a permis d'explorer plusieurs facteurs potentiellement associés à la santé mentale des étudiants. Cette approche a contribué à une meilleure compréhension des déterminants de la détresse psychologique au sein de cette population et a permis de dégager plusieurs hypothèses explicatives susceptibles d'être approfondies dans de futures recherches.

Enfin, les résultats obtenus fournissent des informations utiles pour les responsables pédagogiques et les décideurs universitaires. Ils mettent en évidence l'importance de la santé mentale des étudiants en médecine et soulignent la nécessité de développer des programmes de prévention, de dépistage précoce et de soutien psychologique adaptés aux besoins de cette population. Ainsi, au-delà de son intérêt scientifique, cette étude présente également un intérêt pratique en contribuant à l'amélioration du bien-être et des conditions de formation des futurs professionnels de santé.

III.C.7. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats de notre étude, les niveaux élevés de stress, d'anxiété et de dépression observés chez les étudiants de la Faculté de Médecine d'Ouargla reflètent une interaction complexe entre facteurs académiques, personnels et environnementaux. Cette réalité impose l'adoption d'une approche institutionnelle globale, cohérente et durable, visant non seulement à prévenir la détresse psychologique, mais aussi à promouvoir activement le bien-être et la réussite universitaire des étudiants en médecine.

III.C.7. 1. Mise en place d'un programme institutionnel de santé mentale

La création d'un programme permanent de promotion de la santé mentale constitue une priorité absolue. Ce programme reposerait sur plusieurs piliers complémentaires :

Une cellule d'écoute et d'accompagnement psychologique, accessible à l'ensemble des étudiants, chargée du dépistage précoce des troubles psychologiques, de l'offre de consultations confidentielles et gratuites, de l'orientation vers des structures spécialisées si nécessaire, et de l'accompagnement des étudiants confrontés à des difficultés académiques ou personnelles.

Des évaluations périodiques du bien-être psychologique, permettant d'identifier précocement les étudiants les plus vulnérables et de proposer des interventions adaptées avant toute aggravation des symptômes.

Des actions de sensibilisation régulières : conférences, ateliers de gestion du stress, formations aux stratégies d'adaptation (coping) et campagnes de lutte contre la stigmatisation des troubles psychologiques. Ces initiatives renforceraient les connaissances des étudiants en matière de santé mentale et favoriseraient le recours précoce aux dispositifs d'aide.

Il serait également judicieux d'intégrer un module obligatoire de santé mentale dès la première année du cursus médical, afin de doter les étudiants, dès leur entrée à la faculté, des outils nécessaires pour faire face aux exigences de leur formation.

III.C.7. 2. Réorganisation pédagogique et allègement de la pression académique

Les résultats de notre étude mettent en évidence l'impact considérable de la pression académique sur la santé mentale des étudiants. Une réflexion approfondie sur l'organisation pédagogique s'impose à plusieurs niveaux :

Meilleure répartition des évaluations tout au long de l'année universitaire, associée à une planification anticipée et transparente des échéances académiques.

Renforcement du tutorat pédagogique et amélioration de la communication entre enseignants et étudiants, en vue d'un accompagnement plus personnalisé.

Formation des enseignants à la détection des signaux de détresse chez les étudiants, afin qu'ils puissent jouer un rôle de relais vers les structures de soutien appropriées.

III.C.7. 3. Développement d'un système de mentorat par les pairs

La mise en place d'un système structuré de mentorat représente un levier efficace et peu coûteux de soutien académique et psychologique. L'implication d'étudiants des années supérieures dans l'accompagnement des promotions plus jeunes — à travers des séances de

révision, des ateliers méthodologiques et des rencontres d'échange d'expériences avant les examens — permettrait de :

- Renforcer le sentiment de compétence et de confiance en soi,
- Réduire l'anxiété académique et l'isolement,
- Favoriser l'intégration universitaire et le sentiment d'appartenance,
- Instaurer une culture de solidarité et d'entraide au sein de la faculté.

Ce dispositif pourrait être formalisé dans le cadre d'une association étudiante dédiée, bénéficiant du soutien logistique et institutionnel de la faculté.

III.C.7. 4. Amélioration des conditions matérielles et de l'environnement universitaire

Un environnement de travail inadapté constitue une source de stress souvent sous-estimée. Plusieurs mesures concrètes pourraient être envisagées :

Une bibliothèque universitaire moderne, dotée d'espaces de travail individuels et collectifs, d'un accès élargi aux ressources documentaires et numériques, et d'horaires adaptés aux contraintes des études médicales.

Un Centre de Vie Étudiante regroupant espaces de révision, activités scientifiques, culturelles, sportives et associatives, programmes de tutorat et ressources pédagogiques, contribuant ainsi à renforcer le sentiment d'appartenance et à améliorer la qualité de vie globale des étudiants.

L'optimisation de l'organisation des stages cliniques, notamment par une clarification des objectifs pédagogiques, un renforcement de l'encadrement par les praticiens hospitaliers ainsi qu'une meilleure préparation des étudiants à leur intégration en milieu clinique. Cette transition entre l'enseignement théorique et la pratique hospitalière constitue en effet une période particulièrement délicate, souvent associée à une augmentation significative du stress et de l'anxiété.

III.C.7. 5. Promotion d'un mode de vie sain

Les habitudes de vie constituent un domaine d'intervention essentiel, directement lié à la santé mentale. Compte tenu de la faible pratique d'activité physique et de la fréquence des troubles du sommeil observées dans notre population d'étude, la faculté devrait :

- Faciliter l'accès aux infrastructures sportives et organiser des activités physiques collectives régulières,
- Sensibiliser les étudiants à l'importance du sommeil réparateur, à la gestion efficace du temps, à la limitation de l'usage des écrans en soirée et à la réduction de la consommation excessive de caféine et de substances stimulantes,

- Encourager l'équilibre entre vie académique et vie personnelle, en valorisant les loisirs, les relations sociales et les activités extrascolaires comme facteurs protecteurs de la santé mentale,
- Promouvoir une alimentation équilibrée, dimension souvent négligée mais qui joue un rôle non négligeable dans la régulation de l'humeur et des niveaux d'énergie.

III.C.7. 6. Développement des outils numériques de soutien

Le recours aux technologies numériques représente une approche complémentaire prometteuse. Le développement d'une plateforme électronique dédiée à la santé mentale étudiante permettrait de mettre à disposition :

- 7Des ressources éducatives sur la santé psychologique,
- ✓ Des outils d'auto-évaluation du stress, de l'anxiété et de la dépression,
- ✓ Des programmes guidés de gestion du stress (relaxation, pleine conscience, techniques de respiration),
- ✓ Des informations claires sur les structures d'aide disponibles au sein et en dehors de la faculté.

Cette solution présente l'avantage d'être accessible à tout moment et de lever certaines barrières liées à la stigmatisation, notamment chez les étudiants réticents à consulter en présentiel. Elle pourrait également intégrer un système d'alerte précoce permettant de signaler automatiquement les étudiants présentant des scores élevés de détresse psychologique lors des auto-évaluations.

III.C.7. 7. Perspectives de recherche futures

les résultats de cette étude ouvrent des perspectives de recherche importantes. Il serait notamment pertinent de :

Conduire des études longitudinales afin de mieux comprendre l'évolution du stress, de l'anxiété et de la dépression au cours du cursus médical et d'en identifier les facteurs prédictifs,

Évaluer l'efficacité des programmes de prévention, d'accompagnement psychologique et de soutien académique qui pourraient être mis en œuvre à la Faculté de Médecine d'Ouargla,

Réaliser des études comparatives avec d'autres facultés de médecine algériennes ou maghrébines, afin de situer les résultats obtenus dans un contexte plus large et d'identifier les meilleures pratiques institutionnelles,

Explorer le rôle médiateur des stratégies de coping et des ressources psychosociales dans la relation entre pression académique et santé mentale des étudiants en médecine.

IV.CONCLUSION

La santé mentale des étudiants en médecine constitue une préoccupation importante en raison des exigences académiques, de la charge de travail, de la pression des évaluations et des différentes contraintes liées à la formation médicale. Dans ce contexte, notre étude s'est intéressée au stress, à l'anxiété et à la dépression chez les étudiants de la Faculté de Médecine de Ouargla, afin de mieux apprécier l'ampleur de cette problématique au sein de cette population.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la prévalence et la sévérité du stress, de l'anxiété et de la dépression, ainsi que de décrire les caractéristiques sociodémographiques et académiques des étudiants, leurs habitudes de vie et certains facteurs associés à leur santé mentale. Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique auprès de 303 étudiants de la Faculté de Médecine de Ouargla. Les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire en ligne portant sur les caractéristiques sociodémographiques, le parcours académique, le mode de vie et l'état de santé. L'évaluation du stress, de l'anxiété et de la dépression a été réalisée à l'aide de l'échelle DASS-21, qui permet d'apprécier la sévérité des symptômes dans ces trois dimensions.

Les résultats obtenus mettent en évidence une charge psychologique importante chez les étudiants étudiés. Sur le plan académique, 38,3 % rapportaient un antécédent d'échec universitaire, 67 % se déclaraient insatisfaits de leurs performances académiques et 87,5 % avaient ressenti une pression lors des examens. Par ailleurs, 30 % des participants déclaraient qu'ils ne choisiraient pas à nouveau les études de médecine. Concernant le mode de vie, 46,2 % dormaient entre 5 et 6 heures par nuit, 59,7 % estimaient avoir une qualité de sommeil moyenne et près des trois quarts ne pratiquaient pas régulièrement une activité physique.

L'évaluation par la DASS-21 a révélé que 69,9 % des étudiants présentaient un niveau de stress allant de modéré à extrêmement sévère, tandis que 64,1 % présentaient une anxiété allant de modérée à extrêmement sévère. La dépression était également présente, avec 56,4 % des participants présentant un niveau allant de modéré à extrêmement sévère. Ces résultats soulignent ainsi l'importance de la détresse psychologique dans cette population et suggèrent que la santé mentale des étudiants est influencée par l'interaction de plusieurs facteurs académiques, personnels et environnementaux.

Ces résultats ont des implications importantes sur le plan institutionnel et préventif. Ils soulignent la nécessité de renforcer la prévention, le dépistage précoce et l'accompagnement psychologique au sein de la Faculté de Médecine de Ouargla. La mise

en place d'une cellule d'écoute et d'accompagnement psychologique, l'organisation d'actions de sensibilisation et de gestion du stress, l'amélioration de l'organisation pédagogique et de l'encadrement, ainsi que la promotion d'un mode de vie favorable à la santé mentale constituent des pistes d'intervention pertinentes.

Cependant, l'interprétation de ces résultats doit tenir compte de certaines limites. Tout d'abord, le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir de relation de causalité entre les facteurs étudiés et les niveaux de stress, d'anxiété ou de dépression. Ensuite, l'utilisation d'un auto-questionnaire en ligne expose les données à certains biais liés à l'auto-évaluation, notamment la subjectivité des réponses, le manque d'implication ou les conditions dans lesquelles le questionnaire a été rempli. La taille relativement restreinte de l'échantillon, ainsi que la période de collecte qui coïncidait avec les vacances universitaires et la préparation ou le déroulement des examens, peuvent également avoir limité la participation et la représentativité de l'échantillon.

Par ailleurs, l'étude étant réalisée dans une seule faculté, ses résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des étudiants en médecine en Algérie. Enfin, la DASS-21 est un outil de dépistage et d'évaluation de la sévérité des symptômes et non un outil de diagnostic clinique.

Ces limites ouvrent néanmoins la voie à de nouvelles perspectives de recherche. Il serait pertinent de réaliser des études longitudinales afin de suivre l'évolution du stress, de l'anxiété et de la dépression tout au long du cursus médical et d'identifier leurs facteurs prédictifs. Des études comparatives entre différentes facultés de médecine algériennes ou maghrébines permettraient également de mieux situer les résultats obtenus et d'identifier les meilleures pratiques institutionnelles. Il serait par ailleurs intéressant d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention et d'accompagnement psychologique qui pourraient être mis en place au sein de la Faculté de Médecine de Ouargla, ainsi que d'étudier le rôle des stratégies de coping et des ressources psychosociales dans la relation entre la pression académique et la santé mentale.

En définitive, notre étude met en évidence une fréquence importante des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression chez les étudiants de la Faculté de Médecine de Ouargla. Elle souligne que la santé mentale constitue une composante essentielle de la réussite universitaire et de la formation médicale. La prise en compte du bien-être psychologique des étudiants ne devrait donc pas être considérée comme secondaire, mais comme un élément essentiel d'une formation médicale de qualité. Cette étude constitue ainsi une première base de données locale pouvant contribuer au développement d'actions de

prévention, de dépistage et de soutien adaptées aux besoins des étudiants, tout en encourageant la poursuite des recherches dans ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cité 25 août 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
2. Mental disorders [Internet]. [cité 25 août 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources | GHDx [Internet]. [cité 25 août 2026]. Disponible sur: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>
4. Tracking the World's Emotional Health [Internet]. [cité 25 août 2026]. Disponible sur: <https://news.gallup.com/poll/695963/tracking-world-emotional-health.aspx>
5. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. [cité 25 août 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
6. Access and equity | Global Education Monitoring Report - Reports [Internet]. [cité 25 août 2026]. Disponible sur: <https://www.unesco.org/reports/gem-report/en/2026-access-equity>
7. W L, Z Z, D C, Y P, Z L. Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: a systematic review and meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. nov 2022;63(11). doi:10.1111/jcpp.13606 PubMed PMID: 35297041.
8. Ramón-Arbués E, Gea-Caballero V, Granada-López JM, Juárez-Vela R, Pellicer-García B, Antón-Solanas I. The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. *Int J Environ Res Public Health*. oct 2020;17(19):7001. doi:10.3390/ijerph17197001 PubMed PMID: 32987932; PubMed Central PMCID: PMC7579351.
9. Çelik N, Ceylan B, Ünsal A, Çağan Ö. Depression in health college students: relationship factors and sleep quality. *Psychol Health Med*. juin 2019;24(5):625-30. doi:10.1080/13548506.2018.1546881 PubMed PMID: 30463430.
10. Jenkins PE, Ducker I, Gooding R, James M, Rutter-Eley E. Anxiety and depression in a sample of UK college students: a study of prevalence, comorbidity, and quality of life. *J Am Coll Health J ACH*. 2021;69(8):813-9. doi:10.1080/07448481.2019.1709474 PubMed PMID: 31995452.
11. Dalky HF, Gharaibeh A. Depression, anxiety, and stress among college students in Jordan and their need for mental health services. *Nurs Forum (Auckl)*. avr 2019;54(2):205-12. doi:10.1111/nuf.12316 PubMed PMID: 30554406.
12. Tian-Ci Quek T, Wai-San Tam W, X. Tran B, Zhang M, Zhang Z, Su-Hui Ho C, et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. août 2019;16(15):2735. doi:10.3390/ijerph16152735 PubMed PMID: 31370266; PubMed Central PMCID: PMC6696211.
13. Rentrée universitaire: près de 2 millions d'étudiants rejoindront lundi les établissements d'enseignement supérieur | Radio Algérienne [Internet]. [cité 28 août 2026]. Disponible sur: https://news.radioalgerie.dz/fr/node/71159?utm_source=chatgpt.com
14. F L. Grève des étudiants en médecine : le nombre d'admis réduit et fixé dès 2025/2026 (Ministère). *Algerie360* [Internet]. 3 déc 2024 [cité 28 août 2026]. Disponible sur: <https://www.algerie360.com/greve-des-etudiants-en-medecine-le-nombre-dadmis-reduit-et-fixe-des-2025-2026-ministere/>

15. Bonnemain B. L'enseignement de la pharmacie en Algérie. Miloud (Abderrahmane), L'Enseignement de la pharmacie en Algérie. Mémoire pour le diplôme universitaire d'histoire de la pharmacie 2018-2019, Université Paris Descartes, 9 juillet 2019 [Internet]. 2019 [cité 28 août 2026]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/pharm_0035-2349_2019_num_106_404_23964?utm_source=chatgpt.com
16. Publication. Techno-Science [Internet]. 2024 [cité 28 août 2026]. Faculté de Médecine d'Alger - Définitions. Disponible sur: <https://www.techno-science.net/fr/definitions/faculte-de-medecine-d-alger>
17. Histoire de l'enseignement de la médecine en Algérie.
18. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique
Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique. Arrêté n°1381 du 25 décembre 2018 portant modalités d'organisation, d'évaluation et de progression des études du premier cycle de médecine [Internet]. Alger; 2018. Disponible sur: <https://www.ummto.dz/fmed/arretes/>
19. Premier cycle. University of health sciences [Internet]. [cité 28 août 2026]. Disponible sur: <https://www.univ-health.dz/premier-cycle/>
20. Deuxième cycle. University of health sciences [Internet]. [cité 28 août 2026]. Disponible sur: <https://www.univ-health.dz/deuxieme-cycle/>
21. SANTÉ : Etymologie de SANTÉ [Internet]. [cité 28 août 2026]. Disponible sur: https://www.cnrtl.fr/etymologie/sant%C3%A9?utm_source=chatgpt.com
22. française A. sain, saine | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. [cité 28 août 2026]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9S0162>
23. insānīa — Lewis and Short Latin Dictionary — Scaife ATLAS [Internet]. [cité 28 août 2026]. Disponible sur: https://atlas.perseus.tufts.edu/dictionaries/entry/urn:cite2:scaife-viewer:dictionary-entries.atlas_v1:lat.ls.perseus-eng2-n23716/?utm_source=chatgpt.com
24. etymonline [Internet]. [cité 28 août 2026]. Insane - Etymology, Origin & Meaning. Disponible sur: <https://www.etymonline.com/word/insane>
25. Bouvier A. Étymologie : À propos des sciences cognitives. La Jaune et la Rouge [Internet]. 8 déc 2025 [cité 28 août 2026]. Disponible sur: <https://www.lajauneetlarouge.com/etymologie-a-propos-des-sciences-cognitives/>
26. Bouvier A. Étymologie : À propos de la santé mentale. La Jaune et la Rouge [Internet]. 9 févr 2026 [cité 28 août 2026]. Disponible sur: <https://www.lajauneetlarouge.com/etymologie-a-propos-de-la-sante-mentale/>
27. MENTALITÉ : Etymologie de MENTALITÉ [Internet]. [cité 28 août 2026]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/mentalit%C3%A9>
28. Sedivec V. [Mental disorders in the writings of Hippocrates]. Cesk Psychiatr. août 1989;85(4):270-3. PubMed PMID: 2680117.

29. Muriel LAHARIE. Comprendre et soigner la maladie mentale au Moyen Age (XIe - XIIIe siècles) [Internet]. Disponible sur: <https://numerabilis.u-paris.fr/ressources/pdf/sfhm/hsm/HSMx1993x027x002/HSMx1993x027x002x0137.pdf>
30. Delon M. Philippe Pinel : Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Présenté par François Azouvi, 1980 ; ; Esquirol : Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale. Présenté par Marcel Gauchet et Gladys Swain, 1980 [Internet]. 1982 [cité 31 août 2026]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/dhs_0070-6760_1982_num_14_1_1415_t1_0465_0000_3
31. Gl E. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 4 août 1977;196(4286). doi:10.1126/science.847460 PubMed PMID: 847460.
32. Santé mentale [Internet]. [cité 31 août 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
33. APA Dictionary of Psychology [Internet]. [cité 31 août 2026]. Disponible sur: https://dictionary.apa.org/mental-health?utm_source=chatgpt.com
34. Menninger [Internet]. Disponible sur: www.menningerclinic.org
35. Durkheim [Internet]. Disponible sur: www.blackwellpublishing.com
36. Bolzinger A. Foucault (M.). — Histoire de la folie à l'Age classique. Plon, 1961, Epuisé. Réédition chez Gallimard, 1972 [Internet]. 1973 [cité 31 août 2026]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1973_num_26_306_11020
37. Illness | Encyclopedia.com [Internet]. [cité 31 août 2026]. Disponible sur: https://www.encyclopedia.com/medicine/diseases-and-conditions/pathology/illness?utm_source=chatgpt.com
38. Doré I, Caron J. Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. Santé Ment Au Qué. 2017;42(1):125-45. doi:10.7202/1040247ar
39. Psychanalyse [Internet]. Disponible sur: www.ifs-i-troyes.fr
40. Processus psychopathologique [Internet]. Disponible sur: cte.univ-setif2.dz
41. française A. stress | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. [cité 1 sept 2026]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9S3015>
42. STRESS : Etymologie de STRESS [Internet]. [cité 1 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/stress>
43. Stress [Internet]. [cité 1 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/stress>
44. Lupien S. L'histoire de la science du stress : de Hans Selye à la découverte des anti-inflammatoires. Santé Ment Au Qué. 2015;40(2):275-86. doi:10.7202/1033056ar
45. Berjot S, Gillet N. Stress and Coping with Discrimination and Stigmatization. Front Psychol. 1 mars 2011;2. doi:10.3389/fpsyg.2011.00033

46. Hutmacher F. Putting Stress in Historical Context: Why It Is Important That Being Stressed Out Was Not a Way to Be a Person 2,000 Years Ago. *Front Psychol.* 20 avr 2021;12:539799. doi:10.3389/fpsyg.2021.539799 PubMed PMID: 33959059; PubMed Central PMCID: PMC8093377.
47. Maheu FS, Lupienn SJ. La mémoire aux prises avec les émotions et le stress : un impact nécessairement dommageable? *médecine/sciences.* 1 janv 2003;19(1):118-24. doi:10.1051/medsci/2003191118
48. SGA [Internet]. Disponible sur: reflexologie-corinemozet.fr
49. eu vs distress [Internet]. Disponible sur: www.raijmr.com
50. Moisan MP, Moal ML. Le stress dans tous ses états. *médecine/sciences.* 1 juin 2012;28(6-7):612-7. doi:10.1051/medsci/2012286014
51. aigu vs chronique [Internet]. Disponible sur: www.neurosciences.asso.fr
52. TCC [Internet]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/getInfoProduit/471312/extraire/chapitre_471312.pdf
53. institut national du sommeil et de la vigilance. Manger, Bouger, Dormir : trouver le bon rythme ! [Internet]. Disponible sur: institut-sommeil-vigilance.org
54. stress au travail [Internet]. Disponible sur: www.trouvezvotreformation.com
55. HAS [Internet]. Disponible sur: dumas.ccsd.cnrs.fr
56. Définitions : anxiété - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>
57. française A. anxiété | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition [Internet]. [cité 1 sept 2026]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A2055>
58. Dupain P. Histoire du concept d'anxiété : de la théorie des humeurs à la biologie moléculaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 déc 2014;172(10):831-9. doi:10.1016/j.amp.2014.05.015
59. Anxiety disorders in adults: a clinical guide [Internet]. Disponible sur: api.pageplace.de
60. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
61. Gottschalk MG, Domschke K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues Clin Neurosci.* juin 2017;19(2):159-68. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/kdomschke PubMed PMID: 28867940; PubMed Central PMCID: PMC5573560.
62. Inserm SP Patrik Vuilleumier. Neuro-imagerie et neuroscience des émotions [Internet]. Disponible sur: ipubli.inserm.fr
63. Mécanismes d'action des anxiolytiques.

64. Bosch-Bouju C, Larrieu T, Linders L, Manzoni OJ, Layé S. Endocannabinoid-Mediated Plasticity in Nucleus Accumbens Controls Vulnerability to Anxiety after Social Defeat Stress. *Cell Rep.* 2 août 2016;16(5):1237-42. doi:10.1016/j.celrep.2016.06.082 PubMed PMID: 27452462.
65. HUG. troubles anxieux HUG [Internet]. Disponible sur: www.hug.ch
66. Définitions : dépression - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9pression/23913>
67. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 9 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
68. Bourin M. History of depression through the ages. *Arch Depress Anxiety.* 6 mai 2020;6(1):10-8. doi:10.17352/2455-5460.000045
69. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry.* oct 2000;157(10):1552-62. doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1552 PubMed PMID: 11007705.
70. Howard DM, Adams MJ, Clarke TK, Hafferty JD, Gibson J, Shirali M, et al. Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nat Neurosci.* mars 2019;22(3):343-52. doi:10.1038/s41593-018-0326-7 PubMed PMID: 30718901; PubMed Central PMCID: PMC6522363.
71. Depression: The Case for a Monoamine Deficiency [Internet]. [cité 9 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.psychiatrist.com/jcp/depression-case-monoamine-deficiency/>
72. Hirschfeld RMA. History and Evolution of the Monoamine Hypothesis of Depression. *Psychiatrist.com* [Internet]. 31 mars 2000 [cité 9 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.psychiatrist.com/jcp/history-evolution-monoamine-hypothesis-depression/>
73. Dunlop BW, Nemeroff CB. The Role of Dopamine in the Pathophysiology of Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mars 2007;64(3):327-37. doi:10.1001/archpsyc.64.3.327
74. Schmaal L, Veltman DJ, van Erp TGM, Sämann PG, Frodl T, Jahanshad N, et al. Subcortical brain alterations in major depressive disorder: findings from the ENIGMA Major Depressive Disorder working group. *Mol Psychiatry.* juin 2016;21(6):806-12. doi:10.1038/mp.2015.69 PubMed PMID: 26122586; PubMed Central PMCID: PMC4879183.
75. Ovid [Internet]. [cité 9 sept 2026]. Depression and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal... : Psychosomatic Medicine. Disponible sur: <https://www.ovid.com/jnls/bsam/fulltext/10.1097/psy.0b013e31820ad12b~depression-and-hypothalamic-pituitary-adrenal-activation-a> doi:10.1097/PSY.0b013e31820ad12b
76. Du MY, Wu QZ, Yue Q, Li J, Liao Y, Kuang WH, et al. Voxelwise meta-analysis of gray matter reduction in major depressive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 10 janv 2012;36(1):11-6. doi:10.1016/j.pnpbp.2011.09.014
77. Osimo EF, Baxter LJ, Lewis G, Jones PB, Khandaker GM. Prevalence of low-grade inflammation in depression: a systematic review and meta-analysis of CRP levels. *Psychol Med.* sept 2019;49(12):1958-70. doi:10.1017/S0033291719001454

78. Köhler CA, Freitas TH, Maes M, de Andrade NQ, Liu CS, Fernandes BS, et al. Peripheral cytokine and chemokine alterations in depression: a meta-analysis of 82 studies. *Acta Psychiatrica Scand.* 2017;135(5):373-87. doi:10.1111/acps.12698
79. Beck AT, Haigh EAP. Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:1-24. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734 PubMed PMID: 24387236.
80. Haehner P, Würtz F, Kritzer S, Kunna M, Luhmann M, Woud ML. The relationship between the perception of major life events and depression: A systematic scoping review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 15 mars 2024;349:145-57. doi:10.1016/j.jad.2024.01.042
81. Hammen C. Stress and Depression. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:293-319. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
82. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* sept 2016;61(9):510-23. doi:10.1177/0706743716659416 PubMed PMID: 27486151; PubMed Central PMCID: PMC4994789.
83. DSM5 TR [Internet]. Disponible sur: cte.univ-setif2.dz
84. Overview | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2022 [cité 9 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
85. Recommendations | Depression in children and young people: identification and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2019 [cité 9 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/chapter/Recommendations>
86. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychol Assess.* juin 1998;10(2):176-81. doi:10.1037/1040-3590.10.2.176
87. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-96. doi:10.2307/2136404
88. Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5. doi:10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
89. Dwight AR, Briesch AM, Hoffman JA, Rutt C. Dependability and Usability of the DASS-21 as a Progress-Monitoring Tool for Youth. *J Psychoeduc Assess.* juill 2024;42(4):453-66. doi:10.1177/07342829241227758
90. Jabali AH. Psychological well-being of medical and dental students in Saudi Arabia post worldwide pandemic: a cross sectional study. *BMC Med Educ.* 1 sept 2025;25(1):1238. doi:10.1186/s12909-025-07817-0
91. Alhilali K, Husni M, Almarabheh A. Frequency of burnout in dental students and its relationship with stress level, depressive, and anxiety state. *Middle East Curr Psychiatry.* 18 mars 2024;31(1):21. doi:10.1186/s43045-024-00411-y

92. Hemead HM, Hemead S, Shaheen A, Shaheen N, Elrewany E, Sheshtawy HA. Prevalence of depression, anxiety and stress disorders among medical students in Alexandria Faculty of Medicine during COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. juin 2021;7(S1):S2-S2. doi:10.1192/bjo.2021.68
93. Valladares-Garrido D, Quiroga-Castañeda PP, Berrios-Villegas I, Zila-Velasque JP, Anchay-Zuloeta C, Chumán-Sánchez M, et al. Depression, anxiety, and stress in medical students in Peru: a cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 28 nov 2023;14. doi:10.3389/fpsyt.2023.1268872
94. Yeddi K, Ahmed TA, Ibrahim D, Shaaban KMA. Prevalence of Psychological Distress and Its Correlation With Sudanese Medical Students' Sociodemographic Characteristics: A Cross-Sectional Study 2022. *BJPsych Open*. juin 2025;11(S1):S42-S42. doi:10.1192/bjo.2025.10142
95. Prevalence and Risk Factors of Stress, Anxiety and Depression among Medical Students of a Private Medical University in Malaysia [Internet]. Disponible sur: eduimed.usm.my
96. Valladares-Garrido D, Quiroga-Castañeda PP, Berrios-Villegas I, Zila-Velasque JP, Anchay-Zuloeta C, Chumán-Sánchez M, et al. Depression, anxiety, and stress in medical students in Peru: a cross-sectional study. *Front Psychiatry*. 28 nov 2023;14:1268872. doi:10.3389/fpsyt.2023.1268872 PubMed PMID: 38090694; PubMed Central PMCID: PMC10715266.
97. Yeddi K, Ahmed TA, Ibrahim D, Shaaban KMA. Prevalence of Psychological Distress and Its Correlation With Sudanese Medical Students' Sociodemographic Characteristics: A Cross-Sectional Study 2022. *BJPsych Open*. 20 juin 2025;11(Suppl 1):S42. doi:10.1192/bjo.2025.10142 PubMed PMID: null; PubMed Central PMCID: PMC12242198.
98. Jabali AH. Psychological well-being of medical and dental students in Saudi Arabia post worldwide pandemic: a cross sectional study. *BMC Med Educ*. 1 sept 2025;25:1238. doi:10.1186/s12909-025-07817-0 PubMed PMID: 40890752; PubMed Central PMCID: PMC12400703.
99. Alhilali K, Husni M, Almarabheh A. Frequency of burnout in dental students and its relationship with stress level, depressive, and anxiety state. *Middle East Curr Psychiatry*. 18 mars 2024;31(1):21. doi:10.1186/s43045-024-00411-y
100. Amamou B, Ben Saida I, Bejar M, Messaoudi D, Gaha L, Boussarsar M. Stress, anxiété et dépression chez les étudiants à la faculté de médecine de Sousse (Tunisie). *Tunis Médicale*. avr 2022;100(4):346-52. PubMed PMID: 36155907; PubMed Central PMCID: PMC9477150.
101. Fawzy M, Hamed SA. Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Res*. 1 sept 2017;255:186-94. doi:10.1016/j.psychres.2017.05.027
102. Maha LC. LA SANTE MENTALE DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE RABAT DE LA 1ERE A LA 7EME ANNEE : REVUE DE LITTERATURE ET ETUDE TRANSVERSALE A VISEE DESCRIPTIVE ET ANALYTIQUE [Internet]. 2020 [cité 9 sept 2026]. Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/handle/123456789/29672>
103. (PDF) Perceived causes of stress among Saudi dental students. ResearchGate. doi:10.1016/j.ksujds.2012.11.002

104. Stewart SM, Lam TH, Betson CL, Wong CM, Wong AM. A prospective analysis of stress and academic performance in the first two years of medical school. *Med Educ.* avr 1999;33(4):243-50. doi:10.1046/j.1365-2923.1999.00294.x PubMed PMID: 10336754.
105. Kötter T, Wagner J, Brüheim L, Voltmer E. Perceived Medical School stress of undergraduate medical students predicts academic performance: an observational study. *BMC Med Educ.* 16 déc 2017;17:256. doi:10.1186/s12909-017-1091-0 PubMed PMID: 29246231; PubMed Central PMCID: PMC5732510.
106. Mental Health Trajectories in Medical Students: The Impact of Academic Repetition on Depressive Symptoms and Self-Rated Health [Internet]. [cité 9 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2077-0383/14/23/8447>
107. Santen SA, Holt DB, Kemp JD, Hemphill RR. Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors. *South Med J.* août 2010;103(8):758-63. doi:10.1097/SMJ.0b013e3181e6d6d4 PubMed PMID: 20622724.
108. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth.* déc 2002;89(6):873-81. doi:10.1093/bja/aef273 PubMed PMID: 12453932.
109. Ng AE, Ph.D., M.P.H., Black LI, M.P.H., Adjaye-Gbewonyo D, et al. Short Sleep Duration and Sleep Difficulties Among Adults: United States, 2024 [Internet]. 2026 [cité 10 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db559.htm> doi:10.15620/cdc/252438
110. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep.* 1 juin 2015;38(6):843-4. doi:10.5665/sleep.4716 PubMed PMID: 26039963; PubMed Central PMCID: PMC4434546.
111. Waqas A, Khan S, Sharif W, Khalid U, Ali A. Association of academic stress with sleeping difficulties in medical students of a Pakistani medical school: a cross sectional survey. *PeerJ.* 12 mars 2015;3:e840. doi:10.7717/peerj.840
112. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health.* mars 2015;1(1):40-3. doi:10.1016/j.sleh.2014.12.010 PubMed PMID: 29073412.
113. Mwape RK, Mulenga D. Consumption of Energy Drinks and Their Effects on Sleep Quality among Students at the Copperbelt University School of Medicine in Zambia. *Sleep Disord.* 2019;2019:3434507. doi:10.1155/2019/3434507 PubMed PMID: 30863644; PubMed Central PMCID: PMC6377981.
114. Dhanusri B, Rajalakshmi R, Prakash P, Bharadwaj B, Kt H, B D, et al. Insomnia and Its Impact on Psychomotor Reactivity, Autonomic Function, and Psychological Well-Being Among Medical Students: A Cross-Sectional Analytical Study. *Cureus.* 11 nov 2025;17. doi:10.7759/cureus.96619
115. Mental Health and Physical Activity in Health-Related University Students during the COVID-19 Pandemic [Internet]. [cité 10 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/7/801>

116. Ahmed N, Tariq M, Bin Siddique TS, Maryam R, Fatima S, Saeed S, et al. Assessing the impacts of physical activity on mental health and perceived stress among undergraduate medical students in Pakistan: a cross-sectional study. *Ann Med Surg.* 10 avr 2025;87(6):3143-9. doi:10.1097/MS9.0000000000003245 PubMed PMID: 40486564; PubMed Central PMCID: PMC12140746.
117. Vidović S, Degmečić D, Drenjančević I, Labak I, Pešikan A, Kolak E, et al. Mental Health and Physical Activity Among Medical Students: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry Int.* déc 2025;6(4):124. doi:10.3390/psychiatryint6040124
118. Grosse YVT, Grosse IVT, Monteiro LD, Sabatini CG, Tofano RJ. Consumo de cafeína, energéticos e estimulantes e sua associação com disfunção autonômica, qualidade do sono e estresse em estudantes de medicina. *Braz J Health Rev.* 16 juill 2026;9(4):e88320-e88320. doi:10.34119/bjhrv9n4-020
119. Akova İ, Duman EN, Sahar AE, Sümer EH, Akova İ, Duman EN, et al. The Relationship Between Caffeine Consumption and Depression, Anxiety, Stress Level and Sleep Quality in Medical Students. *Turk J Sleep Med.* 14 févr 2023. doi:10.4274/jtsm.galenos.2022.06078
120. Salisbury T, Chamanadjian C, Nguyen H, Salisbury T, Chamanadjian C, Nguyen H. Substance Misuse Among Medical Students, Resident Physicians, and Fellow Physicians: A Review With Focus on the United States' Population. *Cureus.* 29 oct 2024;16(10). doi:10.7759/cureus.72636
121. Jîtcă G, Jîtcă CM, Buţ MG, Vari CE. Self-Medication: Attitudes and Behaviors Among Pharmacy and Medical Students. *Pharmacy.* oct 2025;13(5):127. doi:10.3390/pharmacy13050127
122. Albusalih FA, Naqvi AA, Ahmad R, Ahmad N. Prevalence of Self-Medication among Students of Pharmacy and Medicine Colleges of a Public Sector University in Dammam City, Saudi Arabia. *Pharmacy.* sept 2017;5(3):51. doi:10.3390/pharmacy5030051
123. Patterns and barriers of mental health service utilization among medical students: a cross-sectional study | Middle East Current Psychiatry | Springer Nature Link [Internet]. [cité 10 sept 2026]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1186/s43045-022-00267-0>
124. Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* sept 2002;77(9):918-21. doi:10.1097/00001888-200209000-00024 PubMed PMID: 12228091.
125. Rutkauskas V, Akavickas J, Matuzaite A, Lesinskiene S. Mental health and help seeking behaviour in first year medical students. *Eur Psychiatry.* avr 2021;64(S1):S760-1. doi:10.1192/j.eurpsy.2021.2015
126. Katrib A, Knighton K, Babun AA, Bigham T. Changes in Mental Well-Being, Lifestyle Behaviors, and Medication Use Before and During Medical School. *Cureus.* 18(4):e106271. doi:10.7759/cureus.106271 PubMed PMID: 42078269; PubMed Central PMCID: PMC13134430.
127. Prevalence and Impact of Antidepressant and Anti-Anxiety Use Among Saudi Medical Students: A National Cross-Sectional Study [Internet]. [cité 10 sept 2026]. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/15/1854>

128. Fasanella NA, Custódio CG, do Cabo JS, Andrade GS, de Almeida FA, Pavan MV. Use of prescribed psychotropic drugs among medical students and associated factors: a cross-sectional study. *São Paulo Med J.* 140(5):697-704. doi:10.1590/1516-3180.2021.0566.R2.05012022 PubMed PMID: 35976367; PubMed Central PMCID: PMC9514864.
129. M. S, S. M, Vadakkiniath IJ, A. G. Prevalence and correlates of stress, anxiety, and depression in patients with chronic diseases: a cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry.* 16 août 2023;30(1):66. doi:10.1186/s43045-023-00340-2
130. Scott AJ, Correa AB, Bisby MA, Dear BF. Depression and Anxiety Trajectories in Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychother Psychosom.* 2023;92(4):227-42. doi:10.1159/000533263 PubMed PMID: 37607505.
131. Greenwell-Barnden J, Clarke P, Notebaert L. Psychological distress and negative life events among university students: mapping patterns of exposure and impact. *Anxiety Stress Coping.* 4 mars 2026;39(2):205-19. doi:10.1080/10615806.2025.2554829 PubMed PMID: 40910180.
132. Marum G, Clench-Aas J, Nes RB, Raanaas RK. The relationship between negative life events, psychological distress and life satisfaction: a population-based study. *Qual Life Res.* 1 mars 2014;23(2):601-11. doi:10.1007/s11136-013-0512-8
133. Guo HB, Qiu C. How do stressful life events affect medical students' academic adjustment? Parallel mediating mechanisms of anxiety and depression. *BMC Med Educ.* 4 juin 2024;24:617. doi:10.1186/s12909-024-05601-0 PubMed PMID: 38834998; PubMed Central PMCID: PMC11149345.
134. Association of Stressful Life Events with Psychological Problems: A Large-Scale Community-Based Study Using Grouped Outcomes Latent Factor Regression with Latent Predictors - Hassanzadeh - 2017 - Computational and Mathematical Methods in Medicine - Wiley Online Library [Internet]. [cité 10 sept 2026]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2017/3457103>

ANNEXES

ÉCHELLE DASS-21

DASS21

Veillez lire chaque énoncé et indiquez lequel correspond le mieux à votre expérience au cours de *la dernière semaine*. Indiquez votre choix en encerclant le chiffre qui y correspond (soit 0,1,2 ou 3). Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne vous attardez pas trop longuement aux énoncés.

L'échelle de notation est la suivante :

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

1	J'ai trouvé difficile de décompresser.				
2	J'ai été conscient(e) d'avoir la bouche sèche.	0	1	2	3
3	J'ai eu l'impression de ne pas pouvoir ressentir d'émotion positive.	0	1	2	3
4	J'ai eu de la difficulté à respirer (par exemple, respirations excessivement rapides, essoufflement sans effort physique).	0	1	2	3
5	J'ai eu de la difficulté à initier de nouvelles activités.	0	1	2	3
6	J'ai eu tendance à réagir de façon exagérée.	0	1	2	3
7	J'ai eu des tremblements (par exemple, des mains).	0	1	2	3
8	J'ai eu l'impression de dépenser beaucoup d'énergie nerveuse.	0	1	2	3
9	Je me suis inquiété(e) en pensant à des situations où je pourrais paniquer et faire de moi un(e) idiot(e).	0	1	2	3
10	J'ai eu le sentiment de ne rien envisager avec plaisir.	0	1	2	3
11	Je me suis aperçu(e) que je devenais agité(e).	0	1	2	3
12	J'ai eu de la difficulté à me détendre.	0	1	2	3
13	Je me suis senti(e) abattu(e) et triste.	0	1	2	3
14	J'ai été intolérant(e) à tout ce qui m'empêchait de faire ce que j'avais à faire.	0	1	2	3
15	J'ai eu le sentiment d'être presque pris(e) de panique.	0	1	2	3
16	J'ai été incapable de me sentir enthousiaste au sujet de quoi que ce soit.	0	1	2	3
17	J'ai eu le sentiment de ne pas valoir grand chose comme personne.	0	1	2	3
18	J'ai eu l'impression d'être assez susceptible.	0	1	2	3
19	J'ai été conscient(e) des palpitations de mon cœur en l'absence d'effort physique (sensation d'augmentation de mon rythme cardiaque ou l'impression que mon cœur venait de sauter).	0	1	2	3
20	J'ai eu peur sans bonne raison.	0	1	2	3
21	J'ai eu l'impression que la vie n'avait pas de sens.	0	1	2	3

TABEAU 01 : Questionnaire DASS-21 d'évaluation de la dépression, de l'anxiété et du stress



BERRABAH Imane
BELMESSAOUD Djoumana

**STRESS, ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION CHEZ LES ÉTUDIANTS EN
MÉDECINE ET PHARMACIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE OUARGLA**
Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme docteur en médecine

Résumé

La santé mentale des étudiants en médecine constitue une préoccupation majeure en raison des exigences académiques élevées, de la charge de travail, de la pression des examens ainsi que des contraintes liées à la formation clinique. Cette étude vise à évaluer les niveaux de dépression, d'anxiété et de stress chez les étudiants de la Faculté de Médecine de Ouargla, et à identifier certains facteurs associés.

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique transversale menée auprès des étudiants en médecine de la Faculté de Médecine de Ouargla. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques, académiques et les habitudes de vie, associé à l'échelle DASS-21 pour évaluer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress.

Les résultats montrent que la majorité des étudiants étaient célibataires et qu'une proportion importante résidait en cité universitaire. Une grande partie des étudiants rapportait une pression importante pendant les périodes d'examens, tandis que plus de la moitié percevait la charge de travail comme élevée ou très élevée. Une proportion notable exprimait également une insatisfaction vis-à-vis de ses performances académiques malgré des résultats jugés acceptables. Par ailleurs, la pratique régulière d'une activité physique et la participation aux activités extrascolaires restaient limitées. Une proportion d'étudiants déclarait également ne pas choisir à nouveau les études de médecine.

Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte la santé mentale dans la formation médicale et la nécessité de renforcer les mesures de prévention et de soutien psychologique au sein de la faculté. La mise en place d'une cellule d'écoute, la promotion de l'activité physique et des activités extrascolaires, ainsi que l'amélioration des conditions de stage et de l'encadrement pédagogique pourraient contribuer à améliorer le bien-être des étudiants.

Mots-clés : Santé mentale ; Dépression ; Anxiété ; Stress ; DASS-21.

Encadré par :
Professeur **DJOUADI Abdellah**
Maître de conférences A en psychiatrie
Faculté de médecine Ouargla
Année Universitaire:
2025-2026