FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2015

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Julie DELAY

NÉE LE 24 NOVEMBRE 1988 à LYON (69004)

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 SEPTEMBRE 2015

COMPORTEMENT DE SANTÉ À RISQUE ET ADDICTIONS CHEZ LES ÉTUDIANTS EN PROFESSION DE SANTÉ À ROUEN : ÉVOLUTION ENTRE 2007 ET 2015

PRÉSIDENT DE JURY : Professeur P. DECHELOTTE

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur J. LADNER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre)*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	*HCN*	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr Jean-François **CAILLARD** *(surnombre)*	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier **LE LOET**	HCN	Rhumatologie
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique

M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Bruno **MIHOUT** *(surnombre)*	HCN	Neurologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc **PERON** *(surnombre)*	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique

Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mr Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique

Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mr Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation *SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Pierre DECHELOTTE

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie d'avoir accepté de m'ouvrir les portes du service de Nutrition et de me faire partager votre passion pour cette spécialité.

Monsieur le Professeur Benoît VEBER

Vous me faites l'honneur de juger mon travail en tant qu'acteur de la santé des étudiants rouennais, je vous en remercie sincèrement.

Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous remercie sincèrement de l'éclairage que vous pourrez m'apporter sur la dimension psychiatrique de mes recherches.

Monsieur le Docteur Gilles MEYRIGNAC

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en tant qu'expert de la santé étudiante, je vous en remercie sincèrement.

Madame le Docteur Marie-Pierre TAVOLACCI

Vous me faîtes l'honneur de juger mon travail, je vous remercie beaucoup de votre participation au déroulement de cette thèse et de votre disponibilité.

Monsieur le Docteur Joël LADNER

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse. Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir été présent et disponible tout au long de l'élaboration de ce travail.

Pour la réalisation de cette thèse

Un immense merci à Sébastien Grigioni pour son aide et ses conseils précieux à toutes les étapes de réalisation de ce travail.
A Agnès Rimbert pour son aide dans la distribution du questionnaire.

Aux 1391 étudiants qui ont accepté de remplir ce questionnaire.
A leurs directeurs, responsables, enseignants, personnels de la scolarité qui m'ont aidé à le leur distribuer dans les meilleurs conditions.

A mes parents pour la relecture et pour l'impression de la version papier.

Et pour le reste

Je remercie mes parents, mes frères, ma grand-mère pour leur confiance depuis le début et j'ai une pensée pour les autres membres de ma famille (cousins, oncles, tantes…) qui m'ont accompagnée aux différentes étapes de ma vie personnelle.

A mes amies d'enfance Margot et Coralie.

A mes amis Marseillais, les nordistes bien sûr mais aussi les quelques égarés de la Timone.

A mes co-internes dont certains sont devenus des amis.
Aux internes de cardiologie et aux cardiologues rouennais qui m'ont accueillie dans nombres de leurs soirées, repas… (et particulièrement à Maxime et Guillaume pour avoir essayé d'améliorer mon niveau de play station sans vraiment y parvenir).

Aux nutritionnistes rouennais qui m'ont intégrée dans leur équipe.

Aux Docteurs Guillamant, Blondeau, Delamare, Picot, Armangau, Favey pour m'avoir accompagnée dans ma formation de médecine générale et m'avoir transmis leur passion pour leur spécialité.

A Clément, bien sûr, pour tout et pour le reste aussi.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 4

INTRODUCTION 5

1. CAMPUS SANTE 5
2. CONTEXTE ACTUEL 5
   1. 1. Les étudiants 5
   1. 2. La santé 6
   1. 3. La situation en Haute-Normandie 14
3. OBJECTIFS DE L'ETUDE 15

MATERIEL ET METHODES 16

1. OUTILS DE MESURE 16
   1. 1. Le questionnaire 16
   1. 2. CRAFFT-ADOSPA 20
   1. 3. Echelle de stress perçu (PSS) 21
   1. 4. SCOFF 22
2. DEROULEMENT DE L'ETUDE 22
3. POPULATIONS ETUDIEES 23
   3. 1. Population source 23
   3. 2. Plan d'analyse 24
4. ANALYSE STATISTIQUE 26
5. ASPECTS ETHIQUES 27

RESULTATS 28

1. TAUX DE REPONSE 28
2. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES 29
   2. 1. Description de la population 29
   2. 2. Synthèse : comparaison 2007-2015 30
3. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES 31
   3. 1. Tabac 31
   3. 2. Cigarette électronique 33
   3. 3. Alcool 33

3. 4. Consommation de boissons énergisantes *35*
3. 5. Cannabis *35*
3. 6. Polyconsommation *35*
3. 7. Synthèse : comparaison 2007-2015 ..... *36*
4. STRESS ET MEDICAMENTS PSYCHOTROPES 37
4. 1. Stress *37*
4. 2. Médicaments psychotropes *38*
5. STATUT PONDERAL ET PERCEPTION DU POIDS 40
5. 1. Statut pondéral *40*
5. 2. Perception du poids *41*
5. 3. Régimes *41*
5. 4. Synthèse : comparaison 2007-2015 ..... *42*
6. HABITUDES ALIMENTAIRES ET MODE DE CONSOMMATION 43
6. 1. Description de l'alimentation *43*
6. 2. Saut de repas *44*
6. 3. Equilibre alimentaire *44*
6. 4. Facteurs associés à la vision d'une alimentation équilibrée *44*
6. 5. Changements alimentaires *46*
6. 6. Synthèse : comparaison 2007-2015 ..... *47*
7. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE 48
7. 1. Dépistage d'un TCA, score SCOFF *48*
7. 2. Facteurs associés à un SCOFF positif *49*
7. 3. Autres TCA *50*
7. 4. Synthèse : comparaison 2007-2015 ..... *51*
8. ACTIVITE PHYSIQUE 52
9. RELATION DES ETUDIANTS AVEC LEUR MEDECIN GENERALISTE 52
9. 1. Se sentir en bonne santé *52*
9. 2. Lien avec son médecin traitant *52*
9. 3. Discuter facilement des comportements addictifs avec son médecin traitant *53*
9. 4. Facteurs associés au fait de discuter avec son médecin traitant de comportements addictifs *53*
10. THEMES DE PREVENTION 55

DISCUSSION **56**
1. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS 56
1. 1. Population *56*
1. 2. Consommation de substances psychoactives *57*
1. 3. Niveau de stress et médicaments psychotropes *60*
1. 4. Statut pondéral *61*
1. 5. Habitudes alimentaires *62*
1. 6. Troubles du comportement alimentaire *63*
1. 7. Relation des étudiants avec leur médecin généraliste *64*
2. LIMITES DE L'ETUDE 66
2. 1. Type d'étude *66*
2. 2. Biais *66*
CONCLUSION ET PERSPECTIVES **68**
1. CONCLUSION 68
2. PERSPECTIVES 69
ANNEXE 1 ..... **70**
ANNEXE 2 ..... **77**
BIBLIOGRAPHIE **78**

LISTE DES ABREVIATIONS

BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

CSP : Catégorie socioprofessionnelle

ERFPS : Espace Régional de Formation des Professionnels de Santé

ESC : Ecole Supérieure de Commerce

ESCAPADE : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de la journée d'Appel et de Préparation à la Défense

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs

ET : Ecart-Type

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IUT : Institut Universitaire de Technologie

LMDE : La Mutuelle Des Etudiants

MKDE : Masseur-Kinésithérapeutes Diplômés d'Etat

MPO : Médecine Pharmacie Orthophonie

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

$OR_{ajusté}$: Odds Ratio ajusté sur les variables prédéfinies

OR_{brut} : Odds Ratio brut

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

UFR : Unité de Formation et de Recherche

INTRODUCTION

1. CAMPUS SANTE

En 2007 le doyen de la faculté de Médecine et de Pharmacie et le directeur de l'Ecole Supérieure de Commerce (ESC) avaient sollicité la fédération d'addictologie du CHU de Rouen afin de réaliser une étude visant à mieux connaître les conduites addictives et les modes de consommation de leurs étudiants.
Un questionnaire avait alors été élaboré et validé par la fédération d'addictologie avant d'être distribué aux étudiants de l'ESC, de la faculté de médecine et pharmacie et de l'Espace Régional de Formation des Professionnels de Santé (ERFPS) de Rouen.
L'analyse des données issues de ce questionnaire avait fait l'objet, en 2007, de la thèse du Docteur Sébastien Grigioni (étude CAMPUS SANTE) (1).
Huit ans plus tard, il nous a semblé pertinent de renouveler l'analyse afin d'établir le profil évolutif des différents comportements. Cette fois l'analyse porte uniquement sur les étudiants des filières médicales et paramédicales.

2. CONTEXTE ACTUEL

1. 1. Les étudiants

La population étudiante française est très hétérogène. Cependant le passage de l'enseignement secondaire à l'enseignement supérieur représente très souvent un profond bouleversement dans la vie des étudiants. Ils accèdent alors à un degré supérieur d'autonomie auquel ils aspirent depuis longtemps, mais se retrouvent confrontés à de nouvelles difficultés parfois à l'origine d'un « mal-être étudiant ».

De plus en plus d'études sont consacrées à la santé étudiante. Certaines sont réalisées par les sécurités sociales et mutuelles étudiantes. La troisième enquête nationale sur la santé des étudiants (ENSE3) réalisée en 2011 par la LMDE (2) précisait les problématiques rencontrées par les étudiants français.

Il apparaissait que 24% des étudiants interrogés jugeaient leurs ressources financières insuffisantes. En effet, 28% déclaraient exercer une activité rémunérée en parallèle de leurs études et près de la moitié vivait avec moins de 400 euros par mois.
Par ailleurs, 82% des étudiants évaluaient leur état de santé général comme étant bon par rapport à l'année précédente. Pourtant 34% les étudiants interrogés signalaient avoir dû renoncer à consulter un médecin au cours des douze derniers mois. Les raisons évoquées étaient entre autre le manque de temps, de moyen financier ou le report sur l'automédication.

Particularité des étudiants en santé : il s'agit d'une population majoritairement féminine (72,9% dans l'étude Campus Santé en 2007 (1)), issue d'un milieu socioéconomique globalement plus élevé que la moyenne (66,4% des étudiants en médecine-pharmacie et 37,3% des étudiants de l'ERFPS étaient issus de famille appartenant à la catégorie socioprofessionnelle « cadre-profession intellectuelle supérieure » dans l'enquête Campus Santé contre 27% de l'ensemble des étudiants de l'enquête ENSE de 2005-2006 (3))

1. 2. La santé

- Consommation de tabac

Le tabac constitue un problème de santé publique. Actuellement il est admis que le tabac tue chaque année en France 73 000 personnes, c'est la première cause de mortalité évitable. C'est la raison pour laquelle le plan cancer 2014-2019 a comme objectif numéro 10 la réduction du tabagisme. C'est la composition de la fumée des cigarettes qui constitue le principal déterminant de la dépendance au tabac et des principales maladies associées au tabagisme. Elle se compose de plusieurs milliers de substances dont une dizaine sont présentes à des doses toxicologiquement actives (nicotine, monoxyde de carbone, oxydes d'azote, goudrons, etc.).

En 2010, en France, parmi les 11-75 ans, le nombre de fumeurs quotidiens était estimé à plus de treize millions dont neuf millions consommaient plus de 10 cigarettes par jour. De plus, la France se situait en 2011 parmi les pays d'Europe

comptant le plus de jeunes fumeurs (enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)) avec une initiation au tabac en moyenne à l'âge de 14 ans. L'usage récent (au moins une fois au cours des 30 derniers jours) concernait 38% des adolescents (28% en moyenne pour les étudiants européens) avec une forte prédominance féminine (43% contre 34% des garçons) (4). Le degré de dépendance au tabac d'un fumeur est rapidement évalué par le test de Fagerström simplifié en deux questions (combien de cigarettes fumez-vous par jour ? / Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?) (6).

Dans ce qui suit, nous adopterons les définitions de l'OFDT : l'*expérimentation* comme l'usage de tabac une fois au moins au cours de la vie, l'*usage occasionnel* comme le fait de fumer de temps en temps et *l'usage régulier* comme une consommation quotidienne de tabac (5).

- Le phénomène e-cigarette

La cigarette électronique constitue un phénomène récent et en plein essor. L'enquête ETINCEL-OFDT menée en novembre 2013 révèle que près d'un français sur cinq (18%) l'avait déjà utilisé au moins une fois, soit 2,5 fois plus qu'en mars 2012. Les hommes étaient plus expérimentateurs que les femmes (22% contre 15%) et les 15-24 ans étaient 31% à l'avoir essayé contre 9% des 55-64 ans. L'utilisation était très liée au statut tabagique, ainsi 51% des fumeurs l'avaient déjà expérimenté contre 12% des ex-fumeurs et 3,5% des non fumeurs (ou ayant rarement fumé). Ceci étant probablement dû au fait que la cigarette électronique a initialement été proposée comme moyen de sevrage tabagique.
L'usage au cours des 30 derniers jours (en dehors de l'expérimentation) était retrouvé chez 6,0% des français (7% des 15-24 ans et 8% des 25-34 ans) et 3,3% l'utilisaient quotidiennement.
Pour 51% des enquêtés utilisant en même temps le tabac et la cigarette électronique, l'objectif principal à terme était d'arrêter complètement la consommation des deux produits (7).
Les cigarettes électroniques peuvent contenir ou pas de la nicotine à différentes concentrations, elles sont par ailleurs composées de propylène glycol et/ou de

glycérine végétale, de substances aromatiques variées, d'un peu d'alcool et/ou d'eau purifiée.

- Consommation d'alcool

Dans ce qui suit, nous n'avons pas utilisé les définitions de l'OFDT : l'usage *régulier* d'alcool comme 3 consommations ou plus d'alcool par semaine (5) ; ni celles de l'institut de recherche scientifique sur les boissons (IREB) et de la National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) définissant le binge drinking comme la consommation de 5 verres ou plus pour les hommes et 4 verres ou plus pour les femmes en une occasion (8). Ceci afin de conserver les mêmes définitions que pour l'étude CAMPUS SANTE.
La dépendance à l'alcool augmente significativement avec la fréquence du binge drinking au cours des 30 derniers jours (4,3% pour un à deux binge drinking dans les 30 derniers jours à 29,8% pour 10 binge drinking ou plus dans les 30 derniers jours (9)).
Les ivresses régulières (avoir été ivre au moins 10 fois dans l'année) et les ivresses répétées (3 ivresses ou plus dans l'année) étaient globalement stables selon l'étude ESCAPADE 2014 depuis 2005 : respectivement 9,7% et 26,0% (2005) contre 8,9% et 25,3% (2011) chez les jeunes de 17 ans. Ces comportements étaient surtout masculin (32,1% des garçons contre 18,3% des filles (10).

- Les boissons énergisantes

Les boissons énergisantes sont apparues en Autriche en 1987, il s'agit de boissons sucrées contenant de fortes concentrations de caféine. Elles ne doivent pas être confondues avec les boissons énergétiques, composées de glucides et de sels minéraux, dont la composition a été adaptée spécifiquement à l'effort physique et à la récupération. Les boissons énergisantes sont commercialisées depuis 2008 en France, elles ont d'abord fait l'objet d'un avis défavorable rendu par le conseil supérieur d'hygiène publique mais connaissent depuis leur commercialisation une importante augmentation de leurs ventes. La consommation de boissons énergisantes est peu documentée mais leur consommation occasionnelle ou modérée, en l'absence d'association avec des produits psychotropes ne présente

pas de risque pour l'adulte sain. Par contre, chez des populations jeunes ou présentant des comorbidités cardiaques, neurologiques ou rénales, une consommation excessive ou associée à des produits psychotropes pourrait être à l'origine de complications (11).

Une revue de la littérature québécoise (12) définissaient la consommation régulière de boissons énergisantes comme une fréquence de consommation supérieure ou égale à une fois par semaine.
Ces boissons sont particulièrement appréciées des consommateurs de tabac, d'alcool et de drogues. Une association entre la consommation de boissons énergisantes alcoolisées et la pratique de comportement à risque (conduire ou être conduit par quelqu'un sous l'influence de l'alcool, agir de façon agressive ou avoir des rapports sexuels non consentis) a été montrée.

L'association « boissons énergisantes » et « alcool » représente une menace émergente pour la santé publique. Lors des associations boissons énergisantes-alcool, les étudiants consomment un plus grand nombre de boissons alcoolisées, ont tendance à passer plus d'heures à boire et atteignent un taux estimé d'alcoolémie plus élevé que les jours on ils ne consomment que de l'alcool. Les étudiants éprouvent plus de conséquences négatives de l'alcool les jours ou ils consomment plus de boissons énergisantes (13).

- Consommation de cannabis

Le cannabis constitue la substance psychoactive illicite la plus consommée dans le monde. Selon le baromètre santé INPES 2014, 42% des 18-64 ans ont déjà expérimenté le cannabis (54% des 18-25 ans), phénomène plus fréquent chez les hommes (50%) que chez les femmes (33%). L'usage au cours des 12 derniers mois concernait 11% des 18-64 ans (28% des 18-25 ans), c'était trois points de plus qu'en 2010 (8%). Cette hausse était retrouvée chez les femmes comme chez les hommes. Enfin 3% de la population interrogée avaient un usage régulier de cannabis (14).

Dans ce qui suit, nous adopterons la définition de l'OFDT : l'*expérimentation* comme l'usage de cannabis au moins une fois dans la vie et l'usage *régulier* comme la

consommation de cannabis à 10 reprises au moins au cours des 30 derniers jours (5).

L'enquête ESPAD de 2011 montrait que l'usage de cannabis au cours du mois observé était trois fois supérieur chez les jeunes français de 15-16 ans par rapport à la moyenne de l'ensemble des pays européens (7%). Les adolescents français étaient donc en 2011 les premiers consommateurs de cannabis d'Europe (4).

Il a été montré que la consommation de cannabis entrainait des troubles de l'attention, de la mémoire, un ralentissement du temps de réaction et des troubles de l'intégration et de l'organisation des informations et ce d'autant plus que les premières utilisations étaient précoces (15,16).

- Moral, stress

La situation étudiante est propice au développement des symptômes dépressifs. Le sentiment de solitude fréquent à l'entrée à l'université favorise les symptômes de mal-être, des sentiments dépressifs, des idées suicidaires (17).
Selon l'enquête LMDE 2011-2012, plus d'un étudiant sur 10 (12%) déclarait avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois et 7% avaient réfléchi à la manière dont ils auraient pu se suicider (2).

De plus, la pression ressentie par les étudiants (réussite aux examens, gestion du budget, travail rémunéré pour financer les études etc.) est parfois importante et provoque un sentiment de stress. Une étude a montré que le sexe féminin, fumer régulièrement, avoir un usage nocif d'alcool, avoir un trouble du comportement alimentaire et avoir un risque de cyberaddiction étaient significativement associés au fait d'être stressé. A l'inverse, les étudiants sportifs étaient significativement moins stressés que les autres (18). Il existe donc bien un lien entre stress et comportements à risques.

- Consommation d'anxiolytiques, antidépresseurs et somnifères

Selon l'enquête LMDE, dans une large majorité de cas les médicaments psychotropes étaient prescrits par un médecin. Elle montrait aussi que les étudiants consommant des psychotropes avaient d'avantage tendance à pratiquer l'automédication (31%) que ceux n'en consommant pas (25%).
Parmi les étudiants qui présentaient des symptômes de trouble dépressif, 19% consommaient des tranquillisants-anxiolytiques, 12% un somnifère et 10% un antidépresseur. Ce qui était plus que chez les étudiants ne présentant pas de symptôme dépressif, respectivement 6%, 3% et 1% (2).
Dans une étude concernant une population de jeunes adultes français, 12,8% avaient pris un traitement psychotrope dans les 12 derniers mois. Le recours aux traitements psychotropes était associé significativement au sexe féminin, au statut de chômeur/inactif, au fait de ne pas être en couple et d'avoir un soutien social insuffisant (19).

- Habitudes alimentaires

Au niveau mondial, la prévalence du surpoids et de l'obésité combinée a augmenté de 27,5% chez les adultes et de 47,1% chez les enfants entre 1980 et 2013 (20). L'obésité constitue donc un problème de santé publique. L'amélioration de l'état nutritionnel a fait l'objet de programmes de prévention ayant pour but de réduire l'impact de l'inadéquation entre les apports nutritionnels et l'insuffisance d'activité physique dans le déterminisme de nombreux cancers et maladies cardio-vasculaires.
Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a été lancé en 2001 par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), puis reconduit en 2006 et 2011 pour 5 ans. Il définit les objectifs de santé publique et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Il établit ainsi la nécessité d'une alimentation équilibrée avec notamment la consommation d'au moins 5 fruits et légumes, 3 produits laitiers et 3 portions de féculents par jour (une à chaque repas). Ceci devant être associé à une activité physique régulière d'au moins 30 minutes par jour.
En 2006, lors de l'étude nationale nutrition santé (ENNS), parmi les 18-74 ans, 43% consommaient au moins 5 fruits et légumes par jour, 29% au moins 3 produits laitiers par jour et 49% des féculents à chaque repas (21).

- Régimes

Pour essayer d'atteindre un idéal de minceur mis en avant dans nos sociétés, nombres de jeunes font des régimes le plus souvent sans conseil médical ou paramédical. C'était également le cas des étudiantes japonaises, chez qui la prévalence des troubles du comportement alimentaire avait beaucoup augmenté entre 1982 et 2002, parallèlement à l'occidentalisation des idéaux concernant la silhouette (22). Il a été montré que ce type de pratique était associé au développement de troubles du comportement alimentaire de type hyperphagie boulimique et à une prise de poids sur le long terme chez les hommes comme chez les femmes (23).

- Trouble du comportement alimentaire (TCA)

Les troubles du comportement alimentaires sont souvent connus sous les formes de l'anorexie mentale ou de la boulimie. En réalité, ces deux formes syndromiques ne représentent respectivement que 10 et 20% de l'ensemble des TCA. La plupart des TCA sont en réalité « atypiques » (EDNOS en anglais : eating disorder not otherwise specified) et donc plus difficiles à diagnostiquer. La forme la mieux définie des TCA atypiques est l'hyperphagie compulsive (Binge eating disorder) qui représente 30 à 50% de l'ensemble des TCA et aboutit à l'installation rapide d'une obésité souvent sévère du fait de l'ingestion massive d'aliments sans les manœuvres compensatoires (vomissements, laxatifs, hyperactivité) de la boulimie. Elle a été différenciée de l'hyperphagie nocturne (night eating disorder) qui aboutit également à une obésité.

Les pics de fréquence sont retrouvés à l'adolescence et chez l'adulte jeune mais les patients peuvent passer d'un type de TCA à un autre au cours de leur histoire (24). Les TCA sont fréquemment associés à d'autres addictions (tabac, cannabis, alcool, sexuelles, etc.) qu'il faut savoir rechercher. D'autre part l'interrogatoire et l'examen doivent s'assurer de l'absence de pathologie organique, psychiatrique ou de iatrogénie à l'origine des troubles. Une fois le diagnostic de TCA posé, la recherche de complications organiques, psychiques et sociales est indispensable (24).

Le diagnostic des troubles du comportement alimentaire repose sur la définition donnée par le DSM (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders) dans sa 5ème édition qui distingue l'hyperphagie boulimique comme une entité à part entière ou par la CIM10 (classification internationale des maladies, validée par l'OMS). Les signes d'appel sont souvent aspécifiques et il faut savoir se méfier d'une variation de poids, d'un changement de comportement, ou de plaintes somatiques (trouble du transit, douleurs abdominales, asthénie, malaise).
Un score de dépistage rapide possédant une bonne sensibilité et une bonne spécificité a été validé en langue française en 2007 pour le dépistage des TCA, il s'agit du score SCOFF (TCA probable si 2 réponses positives ou plus sur 5).

- L'accès aux soins

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. L'enquête LMDE 2011-2012 avait en effet mis en évidence que le médecin généraliste était le professionnel de santé consulté le plus souvent en cas de problème psychologique. En effet, pour 60% d'entre eux la consultation bénéficiait d'un remboursement par la sécurité sociale ce qui en facilitait l'accès. En revanche peu d'étudiants (8%) connaissaient l'existence des bureaux d'aide psychologique universitaires (BAPU). De même, les étudiants nantais en PACES se disaient prêts à se tourner vers leurs parents (91% en cas de problèmes médicaux, 78% en cas de problèmes psychologiques), leur médecin (respectivement 78% et 39%), leurs amis (respectivement 54% et 78%) et beaucoup plus rarement vers la médecine universitaire (respectivement 4% et 4%) (25).
Par ailleurs, une étude a montré que le recours au médecin généraliste était associé au fait d'être chômeur/inactif et d'avoir un soutien social insuffisant. Par contre le fait d'être une femme, d'avoir 30 ans et plus, d'être chômeur/inactif, d'avoir un soutien social insuffisant était associé au fait d'avoir recours à un psychologue/psychothérapeute. Enfin, le fait d'avoir recours à un psychiatre était associé au fait d'être chômeur/inactif (19).

1. 3. La situation en Haute-Normandie

La région Haute-Normandie compte deux universités et trois IUT. Pour l'année universitaire 2010-2011, 52507 étudiants étaient inscrits dans l'enseignement supérieur, dont 30856 à l'université (2).
Dans l'enquête LMDE 2011-2012, 53% des répondants déclaraient étudier dans une université et 10% étaient inscrits en médecine-odontologie (respectivement 58% et 11% en moyenne nationale).

Le campus hospitalo-universitaire de Rouen, situé en centre ville permet une proximité des laboratoires de recherche et des services cliniques pour de meilleures conditions de formations des professionnels de santé. Il est composé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie (3700 étudiants), du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Rouen, du Centre de Recherche et de Lutte Contre le Cancer Henri Becquerel et de l'Espace Régional de Formation des Professionnels de Santé (ERFPS) de Rouen.
L'Unité de Formation et de Recherche (UFR) Médecine Pharmacie, branche de l'université de Rouen, permet la formation des étudiants en médecine, en pharmacie, en orthophonie ainsi qu'en licence de science.
L'ERFPS dépend du CHU de Rouen et permet la formation des ambulanciers, des aides soignants, des auxiliaires de puériculture, des soins d'urgence, des cadres de santé, des infirmiers (formation initiale, infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire), des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des psychomotriciens, des puéricultrices, des sages-femmes et des techniciens supérieurs d'imagerie médicale et radiologie thérapeutique.

En terme de démographie médicale, en 2009, il était recensé pour 100 000 habitants : 140 médecins généralistes (contre 163 en moyenne nationale) et 5 psychiatres libéraux (contre 10 en moyenne nationale).
Par ailleurs, il apparaît que la dotation en bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) soit très inégale en fonction des régions de France. En effet il n'y en a pas en Haute-Normandie.

3. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal est de dresser un état des lieux de la consommation de substances psychoactives, du niveau de stress perçu des étudiants et de mieux connaître leurs habitudes de consommation et leur comportement alimentaire. Ceci afin de pouvoir mesurer l'évolution de ces comportements entre 2007 (étude CAMPUS SANTE) et 2015.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer la relation entre les étudiants et leur médecin traitant et d'identifier les déterminants de cette relation ; de recenser les thèmes de prévention sur lesquels les étudiants souhaitent avoir des informations afin de répondre efficacement à leurs attentes.

MATERIEL ET METHODES

1. OUTILS DE MESURE

1. 1. Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de celui conçu en 2007 pour l'étude Campus Santé (thèse de Sébastien Grigioni). Il a été révisé collégialement par J. Delay, M.-P. Tavolacci, J. Ladner et S. Grigioni.
Les items du questionnaire de 2007 apportant des résultats peu informatifs ont été supprimés.
D'autres questions ont été ajoutées : soit parce qu'elles quantifient de nouvelles pratiques (cigarette électronique, boissons énergisantes), soit parce qu'elles explorent une relation peu étudiée et nouvelle (celle entre les étudiants et leur médecin traitant).

Le questionnaire figure en **Annexe 1**. Il recueillait les données suivantes :

- le profil des étudiants (données socioéconomiques)
- les habitudes de consommation de substances psychoactives
- le niveau de stress ressenti
- les modes de consommation et le comportement alimentaire
- le niveau de fréquentation des médecins généralistes par les étudiants
- les demandes de prévention des étudiants sur les thèmes étudiés

Plusieurs variables ont été définies ou construites à partir du questionnaire, il s'agit :

- **de l'indice de masse corporelle (IMC)**

Défini par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme le rapport entre le poids en kilogramme et la taille en mètre au carré.

$$\textbf{IMC} = \textbf{Poids (kg)/Taille (m)}^{2}$$

A partir de cette équation, la classification internationale suivante a été établie :

ETAT NUTRITIONNEL		**IMC (kg/m2)**
Dénutrition	Sévère	< 16,00
	Modérée	16,00 - 16,99
	Légère	17,00 - 18,49
Normal		**18,50 - 24,99**
Surpoids		25,00 - 29,99
Obésité	grade 1	30,00 - 34,99
	grade 2	35,00 - 39,99
	grade 3	> 40,00

- **du type de logement**

Les étudiants ont été classés en deux catégories : ceux vivant chez leur parents et ceux ayant un logement indépendant (regroupant les réponses logement personnel et résidence universitaire à la question « vous habitez »)

- **du niveau socioéconomique familial**

Nous avons repris la classification de l'INSEE établie en 2003, en huit groupes socioprofessionnels dont six pour les actifs : les agriculteurs exploitants, les artisans commerçants et chefs d'entreprise, les cadres et professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires, les employés, les ouvriers, les retraités et les autres personnes sans activité professionnelle.
Seules quatre catégories socioprofessionnelles parmi celles citées ci-dessus renseignent directement sur le niveau socio-économique, nous les avons classés en 3 groupes :

- Cadres ou professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Ouvriers ou employés

La catégorie socio-professionnelle la plus élevée des deux parents a été retenue pour établir le statut socioéconomique familial de l'étudiant.

- **du type d'études suivies**

Les étudiants ont été classés en deux groupes : ceux étudiant à la faculté de médecine et pharmacie comprenant les étudiants d'orthophonie, ceux étudiant à l'espace régional de formation des professionnels de santé.
Les étudiants d'orthophonie, appartenant à l'UFR médecine-pharmacie ont été associés pour les analyses aux étudiants de médecine et de pharmacie, bien que ne faisant pas partie des professions médicales.

- **du statut tabagique**

La variable sur le statut tabagique a été déterminée comme suit : les étudiants ayant répondu « vous fumez régulièrement » ont été considérés comme fumeurs. Ceux ayant répondu « vous n'avez jamais fumé » ou « vous avez fumé régulièrement et vous avez arrêté » ont été codés comme non fumeur.

- **de la consommation d'alcool**

Pour pouvoir comparer nos résultats à ceux de 2007 nous n'avons pas utilisé les définitions de l'OFDT et de la NIAAA citées en introduction et nous avons conservé les définitions utilisées dans l'étude CAMPUS SANTE.
Ainsi, nous avons considéré les étudiants ayant une consommation régulière comme ceux buvant au moins une fois par semaine des boissons alcoolisées. Il s'agissait donc des étudiants ayant répondu « 2 à 3 fois par semaine » ou « au moins 4 fois par semaine » à la question « au cours de l'année écoulée, avez-vous bu des boissons alcoolisées ? ».
Pour la même raison, nous avons défini le binge drinking comme la consommation de 6 verres ou plus au cours d'une même soirée à la fréquence d'au moins une fois par mois.

Les étudiants ayant associé au moins un des mots « excès », « oubli des problèmes », « déprime », « dépendance » ou « défonce » à leur consommation d'alcool ont été jugés comme ayant une vision négative de l'alcool.

- **du risque cannabique**

Nous avons considéré les étudiants consommant du cannabis dix fois ou plus au cours du dernier mois comme fumeurs de cannabis à risque. Ce seuil représente pour l'OFDT la définition de l'usage régulier.

- **de la polyconsommation**

La polyconsommation à été considérée comme l'usage régulier d'au moins deux substances psychoactives parmi le tabac, l'alcool et le cannabis.
Il s'agit des étudiants ayant répondu positivement à au moins deux des 3 assertions suivantes :

- « vous fumez régulièrement »
- « vous buvez de l'alcool 2 à 3 fois par semaine ou au moins 4 fois par semaine »
- « vous avez consommé du cannabis 10 à 30 fois ou plus de 30 fois au cours des 30 derniers jours »

- **du grignotage**

Les étudiants ayant répondu souvent ou toujours à la question « mangez vous entre les repas ont été considérés comme « grignoteurs ». Les « non grignoteurs » étaient ceux ayant répondu parfois ou jamais.

- **d'avoir une alimentation « light »**

Etaient considérés comme ayant une alimentation « light » les étudiants qui avaient répondu positivement à au moins une des trois questions suivantes :

- Avez-vous tendance à éviter de consommer les aliments riches en graisses ?
- Avez-vous tendance à éviter de consommer les aliments riches en sucres ?
- Privilégiez-vous la consommation de produits alimentaires allégés quand vous en avez la possibilité ?

- **de consommer des médicaments**

Les étudiants qui avaient déjà pris l'une des trois catégories de médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères) étaient considérés comme consommant des médicaments.

1. 2. CRAFFT-ADOSPA

Instrument pour le repérage de l'usage nocif d'alcool, de cannabis et d'autres drogues, validé en langue française en 2007 (26).
Dans notre étude nous avons repris la version du questionnaire de l'étude CAMPUS SANTE de 2007 afin de pouvoir comparer les résultats des deux études. Les questions concernaient exclusivement l'usage d'alcool.

Les réponses aux questions suivantes ont été binarisées en considérant comme positive une réponse « parfois » ou « souvent » et négative une réponse « jamais ».

- Etes-vous déjà monté(e) dans une voiture conduite par quelqu'un qui avait trop bu ?
- Utilisez-vous de l'alcool pour vous détendre, vous sentir mieux ou pour « tenir le coup » ?
- Vous arrive-t-il de boire de l'alcool quand vous êtes seul(e) ?
- Avez-vous déjà oublié des choses que vous deviez faire après avoir bu de l'alcool ?
- Avez-vous eu des problèmes en consommant de l'alcool ?
- Votre famille ou vos amis vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de boisson alcoolisée ?
- Avez vous déjà conduit un véhicule à 2 roues (vélo, scooter, moto, etc.) après avoir trop bu ?

L'étude française validant le questionnaire CRAFFT-ADOSPA en 2007 considère qu'un score supérieur ou égal à deux réponses positives permet le repérage des consommations nocives d'alcool (26).

1. 3. Echelle de stress perçu (PSS)

L'échelle de stress perçu a été élaborée par COHEN en 1983 et validée en version française en 2012. Nous avons utilisé la version à 10 items car c'est celle qui fournit la meilleure sensibilité (27).

Au cours du dernier mois, combien de fois :

1. Avez-vous été dérangé à cause d'un événement inattendu ?
2. Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?
3. Vous êtes vous senti nerveux ou stressé ?
4. Vous êtes vous senti confiant à prendre en main vos problèmes personnels ?
5. Avez vous senti que les choses allaient comme vous le voulez ?
6. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?
7. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?
8. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?
9. Vous-êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?
10. Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?

Les réponses sont « jamais », « presque jamais », « parfois », « assez souvent », « souvent ».

Comme pour CAMPUS SANTE nous les avons traduites en valeurs ordinales :

- 0, 1, 2, 3 et 4 pour les items négatifs (n° 1, 2, 3, 6, 9, 10)
- 4, 3, 2, 1 et 0 pour les items positifs (n° 4, 5, 7 et 8).

Le niveau de stress perçu est compris entre 0 (absence de stress) et 40 (stress maximum). Le seuil n'ayant pas été prédéfini, nous avons classés les étudiants à

partir des quartiles, les étudiants étaient soit peu stressés (quartiles 1 et 2) soit stressés (quartiles 3 et 4).

1. 4. SCOFF

La version française (SCOFF-F) a été validée en 2010 sur une population d'étudiantes. C'est un outil fiable pour dépister et faciliter le diagnostic des troubles du comportement alimentaire : sensibilité 94,6% et spécificité 94,8% si deux réponses ou plus sont données positives (28,29). Il est composé de cinq questions dichotomiques :

- Vous êtes-vous fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?
- Craignez-vous souvent d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois ?
- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?
- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

2. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique analytique transversale basée sur un auto-questionnaire anonyme déclaratif multi-thématique s'adressant aux étudiants en santé haut-normands.

Pour faciliter l'analyse des données, le questionnaire a été composé d'une majorité de questions fermées. La distribution du questionnaire s'est déroulé entre le 26 mars et le 30 mai 2015.

Pour les étudiants en médecine et pharmacie, afin d'accéder à l'ensemble des étudiants d'une même promotion le même jour, la distribution des questionnaires a eu lieu au moment d'un de leurs examens. Après un exposé rapide des objectifs de l'étude et avant que l'examen ne débute les questionnaires ont été distribués par nos soins. Les étudiants les remplissaient et les restituaient avant de sortir de la salle d'examen.
Pour les étudiants d'orthophonie, le questionnaire leur a été transmis par mail accompagné d'un texte expliquant les objectifs de l'étude par le directeur du département d'orthophonie. Ils devaient ensuite l'imprimer, le remplir et le remettre au secrétariat de façon anonyme.

Pour les étudiants de l'ERFPS, les questionnaires ont été confiés aux enseignants qui se sont chargés de les distribuer et de les récupérer. Ils ont été diffusés lors d'une heure de cours, l'absentéisme étant peu important dans ces filières.

Les questionnaires ont ensuite été saisis dans un tableur Excel afin de permettre leur analyse.

3. POPULATIONS ETUDIEES

3. 1. Population source

La population étudiée se constitue des étudiants de l'Espace Régional de Formation des Professionnels de Santé (ERFPS) et de la faculté de Médecine et de Pharmacie comprenant les étudiants d'orthophonie (MPO) de Rouen.

Pour l'ERFPS, il s'agit des étudiants de :

- l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI)
- l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK)
- l'Ecole des Techniciens Supérieurs Imagerie Médicale et Radiologie Thérapeutique (que nous nommerons « imagerie » dans notre étude)

Pour la faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen (MPO), il s'agit :

- En médecine, des étudiants de la 2ème à la 5ème année.
- En pharmacie, des étudiants de la 2ème à la 5ème année.
- En orthophonie, des étudiants de 1ère et 2ème année qui ne faisaient pas partie de l'échantillon en 2007.

Les étudiants de 1ère année commune (PACES) et les étudiants de 6ème année de médecine (DCEM4) ont été exclus pour cause de concours.

A la différence de l'étude CAMPUS SANTE de 2007 les étudiantes de la filière sages-femmes n'ont pas pu être incluses car elles n'étaient pas disponibles au moment de l'étude. L'effectif de 2007 dans cette filière était restreint (24 questionnaires) cela ne devrait donc pas gêner la comparaison des deux études.
Afin de pouvoir comparer les résultats des deux études, nous avons retiré de l'analyse statistique les données de l'étude CAMPUS SANTE qui concernaient les étudiants de l'ESC (Ecole Supérieure de Commerce) de Rouen.

3. 2. Plan d'analyse

Analyse 1 : recherche de facteurs favorisant la consommation de tabac

- *Variable dépendante :* fumer régulièrement
- *Variables explicatives :* Sexe, âge, filière d'étude, avoir un travail rémunéré, mésusage d'alcool (CRAFFT ≥ 2)
- *Population :* 1347 étudiants ont été pris en compte pour cette analyse.

Analyse 2 : recherche de facteurs favorisant un mésusage d'alcool

- *Variable dépendante :* Au moins 2 réponses positives au questionnaire CRAFFT
- *Variables explicatives :* Sexe, âge, filière d'étude, niveau de stress (COHEN), être à risque de TCA (SCOFF ≥ 2), avoir une consommation régulière de cannabis.
- *Population :* 1317 étudiants ont été pris en compte pour cette analyse

Analyse 3 : facteurs favorisant le fait de considérer son alimentation équilibrée

- *Variable dépendante :* Considérer que son alimentation est très équilibrée ou plutôt équilibrée
- *Variables explicatives :* Sexe, âge, filière d'étude, niveau de stress (COHEN), manger au moins 5 fruits et légumes par jour, sauter des repas, avoir une alimentation « light », être grignoteurs, avoir fait un régime, être à risque de TCA (SCOFF ≥ 2), pratiquer une activité sportive, être satisfait de son poids, se sentir en bonne santé
- *Population :* 1327 étudiants ont été inclus dans l'analyse

Analyse 4 : recherche de facteurs favorisant un risque de TCA

- *Variable dépendante :* Au moins 2 réponses positives au score SCOFF
- *Variables explicatives :* Sexe, âge, filière d'étude, niveau de stress (COHEN), être satisfait de son poids, avoir fait un régime, se sentir en bonne santé, penser avoir une alimentation équilibrée, avoir changé son alimentation à la suite d'un évènement
- *Population :* 1318 étudiants ont été pris en compte pour cette analyse

Analyse 5 : recherche de facteurs favorisant le fait d'être à l'aise pour discuter avec son médecin traitant

- *Variable dépendante :* se sentir très à l'aise ou plutôt à l'aise pour discuter des sujets traités dans le questionnaire avec son médecin traitant
- *Variables explicatives :* Sexe, âge, filière d'étude, niveau de stress (COHEN), mésusage d'alcool (CRAFFT ≥ 2), être à risque de TCA (SCOFF ≥ 2), se sentir en bonne santé, consommer des médicaments.
- *Population :* 1296 étudiants ont été inclus dans l'analyse

4. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS v 20 en juin et juillet 2015.

Dans un premier temps une analyse descriptive des variables issues du questionnaire a été réalisée pour l'effectif total et en fonction de la filière d'étude (ERFPS ou MPO). Les variables ont été décrites en proportion par rapport au nombre total de répondeurs (différent pour chaque variable).

Le test de Student a été utilisé pour comparer des variables quantitatives entre deux groupes. L'analyse de variance a été utilisée pour comparer des variables quantitatives entre plusieurs groupes. Le test du chi2 de Pearson a été utilisé pour comparer deux variables qualitatives entre elles. Les tests ont été réalisés en considérant des hypothèses bilatérales.

Une régression logistique a été réalisée pour déterminer les facteurs de risques de différents comportements addictifs ou alimentaires. La régression logistique permet d'étudier la relation entre une variable dépendante qualitative à 2 classes et des variables explicatives quantitatives ou qualitatives.
Donc les variables qui ont été considérées comme pouvant être des déterminants de la variable dépendante ont été testées au cours d'une analyse univariée. Les résultats ont été présentés sous forme d'odds ratio bruts avec leurs intervalles de confiance à 95% (OR_b, IC à 95%).
Puis une analyse multivariée a été réalisée en prenant systématiquement en compte des facteurs de confusions potentiels suivants : âge (en année), sexe, catégorie socioprofessionnelle des parents et filière d'étude. Les variables significatives en univariées ont aussi été inclues dans le modèle multivarié afin d'identifier les facteurs de risque indépendants. Les résultats ont été présentés sous forme d'odds ratio ajustés avec leurs intervalles de confiance à 95% (OR_a, IC à 95%).

Un seuil pour $p<0,05$ a été considéré comme significatif.

5. ASPECTS ETHIQUES

Le protocole d'étude a été validé par le Comité d'Ethique de la Recherche Non-Interventionnel (CERNI) de Rouen (**Annexe 2**).

RESULTATS

1. TAUX DE REPONSE

Le taux de réponse est le rapport entre le nombre de questionnaires récupérés et le nombre d'étudiants inscrits dans chaque promotion. Au total, sur les 1826 étudiants inscrits dans les établissements concernés par l'étude, 1391 ont rempli partiellement ou totalement le questionnaire. Le taux de réponse global a été de 76,2% (tableau 1).

Tableau 1 : Taux de réponse

	Nombre d'étudiants inscrits	Questionnaires remplis	% de réponse
MPO	1293	924	71,5
Médecine	917	762	83,1
Pharmacie	328	147	44,8
Orthophonie	48	15	31,3
ERFPS	533	466	87,4
Imagerie	68	66	97,1
MKDE	184	146	79,3
IFSI	281	254	90,4
TOTAL	1826	1390	76,2

L'échantillon est donc constitué pour 66,5% d'étudiants issus de MPO et pour 33,5% d'étudiants issus de l'ERFPS. Un seul étudiant n'a pas précisé de quel établissement il était issu.

Les taux de réponses ont été différents selon les filières, il est probable que les étudiants ont été sensibles à la présence d'un enseignant ou de l'investigateur lors de la distribution. Ainsi, les étudiants d'orthophonie ont reçu le questionnaire par mail expliquant peut-être en partie le faible taux de réponse.
Pour les étudiants de pharmacie, le questionnaire leur a été remis lors d'un examen. Le taux de réponse était le plus faible chez les étudiants de 4ème année (20 réponses sur 76 inscrits), mais ceci s'explique probablement par la durée de l'épreuve le jour de la distribution (3h30).

2. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

2. 1. Description de la population

La population de notre étude était majoritairement féminine (63%).

Le sexe ratio H : F était de 0,54 en MPO, 0,68 à l'ERFPS, et de 0,58 au total.

Les résultats étaient comparables à ceux de 2007 en MPO, mais la proportion d'hommes était plus importante à l'ERPFS qu'en 2007 (41% versus 19,3% en 2007).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population

	MPO		ERFPS		P	TOTAL	
	N	%	n	%		N	%
Sexe					**0,04**		
Femme	599	*65,0*	277	*59,4*		876	*63,2*
Homme	322	*35,0*	189	*40,6*		511	*36,8*
Age					**0,02**		
Moyenne (année)	21,88		21,50			21,75	
Filière							
Médecine	762	*82,5*				762	*54,8*
Pharmacie	147	*15,9*				147	*10,6*
Orthophonie	15	*1,6*				15	*1,1*
Imagerie			66	*14,2*		66	*4,7*
MKDE			146	*31,3*		146	*10,5*
IFSI			254	*54,5*		254	*18,3*
Logement					**0,04**		
Parental	216	*23 ,5*	118	*25,5*		334	*24,2*
Personnel	702	*76,5*	345	*74,5*		1047	*75,8*
Situation conjugale					**0,34**		
Célibataire	425	*47,1*	230	*49,8*		655	*48,0*
En couple	478	*52,9*	232	*50,2*		710	*52,0*
Bourse					**0,05**		
Oui	238	*26,0*	97	*21,1*		335	*24,3*
Non	679	*74,0*	363	*78,9*		1042	*75,7*
Travail					**10^{-3}**		
Oui	267	*29,2*	95	*20,6*		362	*26,3*
Non	648	*70,8*	366	*79,4*		1014	*73,7*
CSP des parents					**$<10^{-3}$**		
Cadre	476	*64,0*	201	*43,1*		677	*56,0*
Intermédiaire	104	*14,0*	98	*21,0*		202	*16,7*
Ouvrier/employé	164	*22,0*	167	*35,8*		331	*27,4*

Concernant les étudiants en médecine : 23 (3% des MPO) n'ont pas répondu à la question catégorie socioprofessionnelle des parents, 157 (21% des MPO) ont donné des réponses ne renseignant pas directement sur le niveau socioéconomique et n'ont donc pas été interprétés. Dans les autres filières, l'ensemble des résultats a été interprété comme décrit dans le paragraphe méthode.

Les résultats montrent par ailleurs que les 15 étudiants d'orthophonie ayant répondu au questionnaire sont tous issus de la catégorie socioprofessionnelle ouvrier ou employé.
Les étudiants en pharmacie sont 51 % (75/147) a être issus de la catégorie socioprofessionnelle ouvrier ou employé.

Points clés : profil des étudiants

- **66,5%** des étudiants sont issus de **MPO**, **33,5%** de l'**ERFPS**
- **63,2%** de filles, **36,8%** de garçons
- **24,2%** des étudiants habitent chez leurs **parents**
- **24,3%** sont **boursiers**
- **26,3%** ont une **activité salariée**
- **56,0%** sont issus d'une famille d'un **niveau socio-économique élevé**

2. 2. Synthèse : comparaison 2007-2015

Evolution des résultats entre 2007 et 2015 (tableau 3)

- Une proportion de femme moins importante
- Des étudiants plus jeunes
- Plus d'étudiants de MPO
- Des étudiants plus fréquemment en couple et avec un logement personnel
- Absence de différence significative pour le travail rémunéré, les bourses et les catégories socioprofessionnelles des parents

Tableau 3 : Comparaison 2007-2015 concernant les caractéristiques de la population

	2007 n (%)	2015 n (%)	p
Sexe			$< 10^{-3}$
Homme	378 (26,9%)	511 (36,8%)	
Femme	1029 (73,1%)	877 (63,2%)	
Age			0,04
Moyenne d'âge	22,00	21,76	
Filière d'étude			$< 10^{-3}$
ERFPS	694 (49,3%)	466 (33,5%)	
MPO	713 (50,7%)	924 (66,5%)	
Logement			$< 10^{-3}$
Parental	464 (33,1%)	334 (24,2%)	
Personnel	936 (66,9%)	1048 (75,8%)	
Situation conjugale			$< 10^{-3}$
Célibataire	821 (58,9%)	655 (48,0%)	
En couple	574 (41,1%)	711 (52,0%)	
Bourse			0,31
Oui	363 (26,0%)	335 (24,3%)	
Non	1033 (74,0%)	1042 (75,7%)	
Travail			0,16
Oui	399 (28,7%)	362 (26,3%)	
Non	991 (71,3%)	1014 (73,7%)	
CSP des parents			0,10
Ouvrier/Employé	373 (30,9%)	332 (27,4%)	
Intermédiaire	210 (17,4%)	202 (16,7%)	
Cadre	625 (51,7%)	677 (55,9%)	

3. CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

3. 1. Tabac

3. 1. 1. Consommation de tabac

Au total, 24,6% des étudiants présentaient un tabagisme actif, mais cette proportion était statistiquement significative entre les étudiants de MPO et de l'ERFPS (respectivement 21,2% et 30,6%, $p<10^{-3}$). Parmi les non fumeurs, 146 (10,7%) ont fumé régulièrement et ont arrêté. Les fumeurs consommaient en moyenne 7,4 cigarettes par jour.

En 2007, 36,3% des étudiants étaient considérés comme fumeur ($p < 10^{-3}$). Il semble donc que le tabagisme actif avait diminué chez les étudiants en santé entre 2007 et 2015. Par ailleurs, 2,7 % des étudiants de 2007 déclaraient fumer régulièrement plus d'un paquet par jour, alors qu'aucun des étudiants de notre étude n'avait déclaré fumer plus de 20 cigarettes par jour. Il semble donc que la proportion de gros fumeurs avait tendance à diminuer dans cette population.

3. 1. 2. Facteurs associés à la consommation de tabac

Pour mettre en évidence les déterminants de la consommation de tabac, une régression logistique a été réalisée. Plusieurs variables ont été testées mais seules les caractéristiques être plus âgé, faire partie de l'ERFPS, avoir un travail rémunéré et avoir un CRAFFT positif ont été associées significativement avec le fait d'être fumeur (tableau 4).

Tableau 4 : Facteurs associés au fait d'être fumeur (analyse par régression logistique)

	Non Fumeur (%)	Fumeur (%)	p	$OR_{ajusté}$ (IC à 95%)
Sexe			0,12	
Femme	656 (76,8%)	198 (23,2%)		1.00
Homme	360 (73,0%)	133 (27,0%)		1,17 [0,89-1,54]
Age				
Moyenne d'âge	21,66	22,04	0,04	1,02 [0,98-1,07]
Filière d'étude			$<10^{-3}$	
MPO	705 (78,8%)	190 (21,2%)		1.00
ERFPS	322 (69,4%)	142 (30,6%)		1,79 [1,36-2,34]
Travail rémunéré			$<10^{-3}$	
Non	779 (78,4%)	214 (21,6%)		1.00
Oui	237 (66,9%)	117 (33,1%)		1,88 [1,42-2,48]
CRAFFT			$<10^{-3}$	
Négatif	794 (80,5%)	192 (19,5%)		1.00
Positif	222 (61,5%)	139 (38,5%)		2,50 [1,90-3,28]

En 2007, le fait d'être un homme était associé de façon statistiquement significative au fait d'être fumeur. Cette tendance a été retrouvée dans notre étude mais la différence n'était pas significative. L'étude confirme une tendance à l'harmonisation entre les sexes des habitudes de consommation de tabac chez les étudiants en santé. En 2007, le risque d'être fumeur augmentait significativement avec l'âge, résultat que nous avons retrouvé en 2015.

3. 2. Cigarette électronique

Au total, 282 étudiants ont déclaré avoir déjà essayé la cigarette électronique soit 20,3% de l'échantillon. Il existait cependant une différence statistiquement significative entre les étudiants de MPO et de l'ERFPS (respectivement 18,5% et 24,4%, p=0,01). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la cigarette électronique avait pour but initial d'aider au sevrage tabagique et que les étudiants de l'ERFPS étaient significativement plus nombreux à fumer régulièrement.
Parmi ces 282 étudiants, 46 avaient utilisé la cigarette électronique au cours des 30 derniers jours (16,3%) et 21 (7,4%) l'utilisaient quotidiennement.

3. 3. Alcool

3. 3. 1. Consommation de boissons alcoolisées

Près d'un quart (24,2 %) des étudiants déclaraient boire des boissons alcoolisées régulièrement (au moins 2 à 3 fois par semaine). Il existait également une différence significative entre les étudiants de MPO et de l'ERFPS (respectivement 20,0% et 26,3%, p égal à 0,01).
Pour le binge drinking (6 verres ou plus au moins une fois par mois), il n'y avait pas de différence significative entre les deux filières (40,9% en MPO contre 39,2% à l'ERFPS, p=0,55). En moyenne, les étudiants étaient donc un peu moins de la moitié (40,3%) à avoir déjà pratiqué le binge drinking.
Les étudiants ayant déclaré avoir été ivres plus de 10 fois dans l'année représentaient 23,6% des répondants, il n'y avait pas de différence significative entre les filières. Ils étaient plus de la moitié à avoir été ivres plus de 3 fois dans l'année (50,6%) ce qui correspond aux résultats de CAMPUS SANTE (50,7%).
Par ailleurs, la moyenne d'âge de la première ivresse déclarée était de 16,4 ans dans notre population et 6 étudiants avaient déclaré avoir eu leur première ivresse à l'âge de 11 ans.
Plus de neuf étudiants sur dix (91,5%) associaient la consommation d'alcool à la fête. L'association d'au moins un mot négatif à la consommation d'alcool a été retrouvé chez 12,0% des étudiants de l'ERFPS et 17,3% des étudiants de MPO (p égal à 0,01).

3. 3. 2. Usage nocif d'alcool, questionnaire CRAFFT

En ce qui concerne le dépistage de l'usage nocif d'alcool, 356 étudiants (27,0%) avaient un CRAFFT positif (plus de 2 réponses positives). Il n'y avait pas de différence significative entre les filières. Ceci est plus important qu'en 2007 où 23,8% des étudiants avaient un CRAFFT positif ($p < 10^{-3}$). Dans l'étude CAMPUS SANTE de 2007, le mésusage d'alcool prédominait chez les garçons (38,3% contre 18,6% chez les filles) ce qui est en accord avec les résultats de notre étude (35,9% chez les garçons, 21,8% chez les filles, $p<10^{-3}$).

3. 3. 3. Facteurs associés à l'usage nocif d'alcool

Pour mettre en évidence les déterminants de l'usage nocif d'alcool, une régression logistique avait été réalisée. Plusieurs variables ont été testées. Ce sont les caractéristiques sexe masculin, niveau de stress (COHEN), SCOFF ≥ 2, consommer du cannabis régulièrement qui ont été associées significativement avec le fait d'avoir un CRAFFT ≥ 2 (tableau 5).

Tableau 5 : Facteurs associés au fait d'avoir un CRAFFT positif (score ≥ 2) (analyse par régression logistique)

	CRAFFT<2 (%)	CRAFFT≥2 (%)	P	$OR_{ajusté}$ (IC à 95%)
Sexe			$<10^{-3}$	
Femme	650 (78,2%)	181 (21,8%)		1.00
Homme	312 (64,1%)	175 (35,9%)		2,63 [1,99-3,47]
Age			0,17	
Moyenne d'âge	21,69	21,93		1,03 [0,99-1,07]
Filière d'étude			0,63	
MPO	630 (73,4%)	228 (26,6%)		1.00
ERFPS	332 (72,2%)	128 (27,8%)		0,94 [0,72-1,24]
Cannabis régulier			$<10^{-3}$	
Non	951 (74,0%)	334 (26,0%)		1.00
Oui	11 (33,3%)	22 (66,7%)		4,50 [2,10-9,64]
SCOFF			$<10^{-3}$	
Négatif	773 (76,2%)	241 (23,8%)		1.00
Positif	189 (62,2%)	115 (37,8%)		2,11 [1,56-2,86]
Stress (COHEN)			0,01	
Peu stressés (Q1 et Q2)	506 (76,3%)	157 (23,7%)		
Stressés (Q3 et Q4)	486 (69,8%)	210 (30,2%)		
Moyenne	13,64	15,13	$<10^{-3}$	1,04 [1,02-1,06]

Notons également que la consommation de boissons énergisantes était significativement associée au fait d'avoir un CRAFFT positif (38 étudiants contre 19 étudiants consommant des boissons énergisantes avec un CRAFFT négatif, $p<10^{-3}$). Cependant nous n'avons pas intégré ce résultat dans l'analyse multivariée en raison du trop faible nombre d'étudiants concernés par cette association (6,9% des répondeurs).

3. 4. Consommation de boissons énergisantes

La consommation régulière de boissons énergisantes a donc été déterminée comme une consommation supérieure ou égale à 5 fois dans les 30 derniers jours. Les étudiants étaient en moyenne 6,8% à répondre à cette définition, sans différence significative entre les filières. L'expérimentation était bien plus fréquente, 66,2% des étudiants avaient déclaré avoir déjà consommé des boissons énergisantes.

3. 5. Cannabis

Dans notre population, 661 étudiants (48,2%) ont déjà expérimenté le cannabis ce qui est moins important que dans l'étude CAMPUS SANTE (57,6%).
Par contre, l'usage régulier de cannabis (consommation supérieure ou égale à 10 au cours des 30 derniers jours) était de 2,5%, il n'y avait pas de différence significative entre les filières. Ce dernier résultat avait tendance à être moins important qu'en 2007 (3,6%), p égal à 0,09.

3. 6. Polyconsommation

La polyconsommation (consommation régulière d'au moins 2 substances parmi tabac, alcool et cannabis) a été retrouvée chez 10,8% des répondants sans différence significative entre les filières. Ces résultats sont similaires à ceux recueillis en 2007 (11,8%), (p=0,37).

Points clés : substances psychoactives

- **Un quart** (24,6%) des étudiants sont **fumeurs**
- **20,3%** des étudiants ont déjà expérimenté la **cigarette électronique**
- **24,2 %** des étudiants déclaraient boire des **boissons alcoolisées régulièrement** (au moins 2 à 3 fois par semaine)
- **40,3%** des étudiants ont déjà pratiqué le **binge drinking**
- Plus de **la moitié** (50,6%) des étudiants ont été **ivres plus de 3 fois par an**
- **27,0%** des étudiants avaient un usage nocif d'alcool (**CRAFFT positif**)
- **6,8%** des étudiants consommaient régulièrement **des boissons énergisantes**
- **2,5%** des étudiants **fument régulièrement du cannabis** (>10 fois par mois)
- **10,8%** des étudiants sont des **polyconsommateurs**

3. 7. Synthèse : comparaison 2007-2015

Tableau 6 : Comparaison 2007-2015 concernant la consommation de substances psychoactives

	2007 n (%)	2015 n (%)	P
Tabac			$< 10^{-3}$
Non	896 (63,7%)	1016 (75,4%)	
Oui	510 (36,3%)	331 (24,6%)	
Alcool régulier			$< 10^{-3}$
Non	1183 (84,1%)	1049 (75,8%)	
Oui	223 (15,9%)	334 (24,2%)	
Binge drinking			$< 10^{-3}$
Non	1049 (75,4%)	811 (59,7%)	
Oui	343 (24,6%)	548 (40,3%)	
Age ivresse			$< 10^{-3}$
Moyenne (année)	16,9	16,4	
Ivresse régulière (>10 par an)			0,04
Non	1009 (73,0%)	1013 (76,4%)	
Oui	374 (27,0%)	313 (23,6%)	
CRAFFT			$< 10^{-3}$
Négatif	1051 (76,2%)	962 (73,0%)	
Positif	329 (23,8%)	356 (27,0%)	
Cannabis régulier			0,09
Non	1328 (96,4%)	1350 (97,5%)	
Oui	49 (3,6%)	34 (2,5%)	
Polyconsommateur			0,37
Non	1239 (88,2%)	1237 (89,2%)	
Oui	166 (11,8%)	315 (11,3%)	

Evolution des résultats entre 2007 et 2015 (tableau 6)

- Diminution de la prévalence du tabagisme (-11,7 points)
- Augmentation de la proportion de consommateurs réguliers d'alcool (+8,3 points)
- Première ivresse plus précoce (16,4 ans en 2015)
- Réduction de la proportion d'étudiants régulièrement ivres
- Augmentation de la proportion d'étudiants pratiquant le binge drinking au moins une fois par mois (+15,7 points)
- Augmentation de la proportion d'étudiant avec un CRAFFT positif (usage nocif d'alcool), (+3,2 points)
- absence de différence significative pour l'usage régulier de cannabis et la polyconsommation de substances psychoactives

4. STRESS ET MEDICAMENTS PSYCHOTROPES

4. 1. Stress

Le score moyen obtenu à l'échelle COHEN était de 14,0 sur 40 sans différence significative avec l'étude CAMPUS SANTE (14,1 en 2007, p=0,83). Les hommes ont obtenu un score moyen de 11,50 et les femmes ont obtenu un score moyen de 15,48 ($p<10^{-3}$). Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus dans l'étude CAMPUS SANTE ou les filles avaient un niveau de stress plus élevé que les garçons : 14,95 contre 11,75 (p<0,001).

En 2015, les étudiants les plus stressés (ceux appartenant aux $3^{ème}$ et $4^{ème}$ quartiles) présentaient les caractéristiques suivantes (tableau 7) :

Tableau 7 : Caractéristiques des étudiants stressés (quartiles 3 et 4)

	n (%)	P
Sexe		$<10^{-3}$
Homme	161 (33,3%)	
Femme	511 (61,5%)	
Age		
Moyenne (année)	21,8	
Logement		0,47
Parental	166 (52,7%)	
Personnel	506 (50,6%)	
Filière		$<10^{-3}$
MPO	388 (44,6%)	
ERFPS	284 (63,7%)	
Couple		0,45
Non	312 (50,0%)	
Oui	360 (52,1%)	
Travail		0,87
Non	498 (51,2%)	
Oui	174 (50,7%)	
Bourse		0,79
Non	510 (51,3%)	
Oui	162 (50,5%)	

Il y avait plus de femmes (61,5%) que d'hommes (33,3%), comme en 2007 (respectivement 56,9% et 30,2%). Les étudiants étaient âgés de 21,8 ans en moyenne (22,0% en 2007). Ils représentaient 44,6% des étudiants de MPO et 63,7% des étudiants de l'ERFPS. En 2007 c'était le cas de 38,9% des étudiants de MPO et 62,9% des étudiants de l'ERFPS.

4. 2. Médicaments psychotropes

4. 2. 1. Consommation de médicaments psychotropes

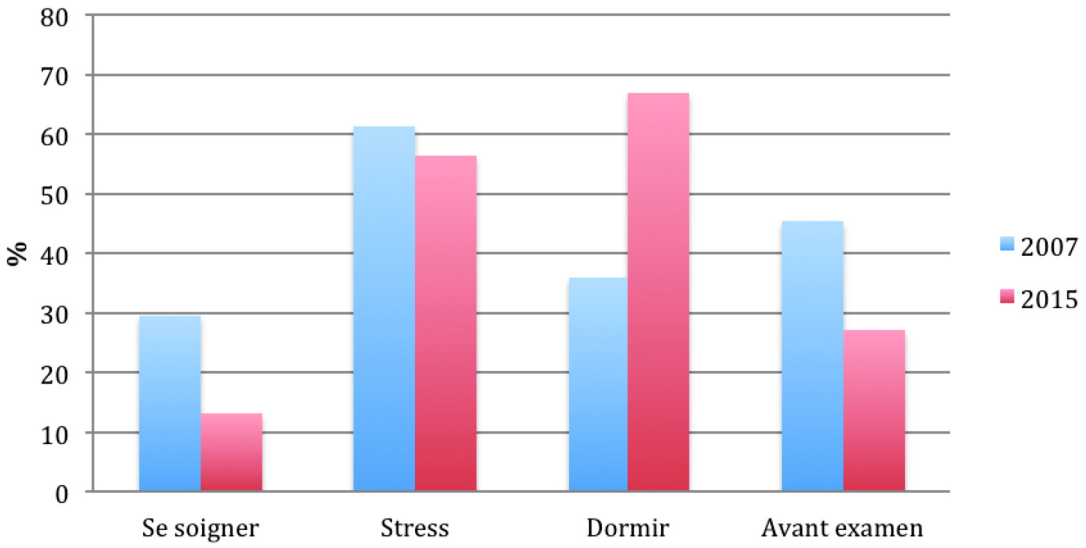
Un quart (25,0%) des étudiants avaient déclaré avoir déjà pris des traitements psychotropes sans qu'il n'y ait eu de différence significative entre les filières. Il s'agit d'une diminution significative par rapport à 2007 où ils étaient 32,8% à en avoir déjà pris, ($p<10^{-3}$).

Les anxiolytiques ont été utilisés dans 19,3% des cas avec une utilisation plus importante chez les étudiants de l'ERFPS (22,2%) que chez les étudiants de MPO (17,7%), (p=0,049). Les antidépresseurs ont été utilisés dans 7,0% des cas. Les somnifères ont été utilisés dans 13,1% des cas. Pour ces deux dernières classes médicamenteuses il n'y avait pas de différence significative entre les filières.

Dans 68% des cas les traitements ont été prescrits par un médecin (médecin généraliste ou un autre médecin). Seuls 134 étudiants sur les 346 ayant déclaré avoir déjà pris des traitements psychotropes ont indiqué le moyen par lequel ils se les étaient procurés. Ceci a probablement en partie été dû à la mise en page du questionnaire (changement de page entre le début et la fin des questions sur les médicaments psychotropes). Pour la même raison, seuls 199 étudiants avaient donné les raisons pour lesquelles ils avaient pris ces traitements.

Les principales raisons invoquées pour la prise des médicaments psychotropes ont été « pour dormir » (133 étudiants, 66,8%), « contre le stress » (112 étudiants, 56,3%), avant un examen (54 étudiants, 27,1%) et « pour se soigner » (26 étudiants, 13,1%). Seize étudiants ont répondu avoir pris des médicaments pour se détendre, les items « pour améliorer les performances », « pour stimuler », « pour faire la fête » et « par dépendance » ont été cochés respectivement par 4, 2, 5 et 2 étudiants.
En 2007, ces quatre principales raisons étaient également principalement évoquées mais dans des ordres différents (figure 1).

Figure 1 : Répartition des motifs d'utilisation des médicaments en 2007 et 2015



Points clés : stress et médicaments psychotropes (tableau 7)

- Score moyen du **COHEN** : **14 sur 40**
- **Caractéristiques des étudiants les plus stressés : plus souvent des femmes, plus souvent étudiants de l'ERFPS**
- **25,0%** des étudiants avaient déjà consommé des **médicaments psychotropes**
- Ce sont les **anxiolytiques** qui étaient les plus consommés par les étudiants (19,3% des cas).
- La prescription était médicalement **prescrite** dans **68%** des cas.

4. 2. 2. Synthèse : comparaison 2007-2015

Tableau 8 : Comparaison 2007-2015 concernant le niveau moyen de stress et la consommation de médicaments

	2007 n (%)	2015 n (%)	
COHEN total			0,83
Moyenne	14,1	14,0	
Médicaments			$< 10^{-3}$
Non	862 (67,2%)	1011 (74,5%)	
Oui	421 (32,8%)	346 (25,5%)	

Evolution des résultats entre 2007 et 2015 (tableau 8)

- **Niveau de stress** (score COHEN) **semblable** entre 2007 et 2015 (respectivement 14,1 et 14,0, p = 0,83)
- Réduction de consommation des médicaments psychotropes (25,5% en 2015 contre 32,8% en 2007, $p < 10^{-3}$)

5. STATUT PONDERAL ET PERCEPTION DU POIDS

5. 1. Statut pondéral

La corpulence reposait sur l'IMC qui est dépendant du poids et de la taille déclarés par les étudiants. Notre population était constituée d'une large majorité (81,2%)

d'étudiants avec un IMC normal (18,5-24,9 kg/m^2), 8,1% présentaient une insuffisance pondérale (IMC<18,5 kg/m^2), 9,4% étaient en surpoids (entre 25 et 29,9 kg/m2) et 1,3% des répondeurs était porteur d'une obésité.
L'IMC le plus bas était de 15,9 kg/m^2 et l'IMC le plus élevé était de 38,1 kg/m^2. Il y avait donc une étudiante sévèrement dénutrie et aucun étudiant porteur d'une obésité massive.

Au total, 10,7% des étudiants de notre étude étaient considérés comme en surpoids ou obèses, ce résultat n'était pas significativement différent de 2007 (11,1%, p égal à 0,77). Par ailleurs la proportion d'étudiants dénutris était semblable à celle de 2007 (8,1% contre 7,8%, p égal à 0,73).

5. 2. Perception du poids

Seuls 58,3% des étudiants étaient satisfaits de leur poids. Un peu moins du tiers des étudiants (31,7%) se trouvait trop gros (vs 39,2% en 2007), 62,5% se trouvaient de corpulence normale et 5,8% se trouvaient trop maigre. Ces résultats sont significativement différents de l'étude CAMPUS SANTE où seulement 49,4% des étudiants se disaient satisfaits de leur poids, ($p < 10^{-3}$).

5. 3. Régimes

Près du tiers des étudiants (31,7%) avait déclaré avoir déjà fait au moins un régime au cours de leur vie sans différence significative entre les filières. Ils étaient 44,7% en 2007, $p < 10^{-3}$.
Sur les 418 étudiants ayant déclaré avoir déjà fait un régime, 90 (21,5%) en avaient fait un à plus de 3 reprises. Dans 90,7% des cas le but déclaré du régime était de perdre du poids. Les régimes étaient encadrés (médecin, diététicien) dans un tiers (32,4%) des cas seulement (34,7% en 2007, p=0,37).

Points clés : statut pondéral et perception du poids

- l'IMC moyen était de 21,8 kg/m^2
- **81,2%** des étudiants avaient un **IMC normal** (18,5 à 24,9 kg/m^2)
- **8,1%** des étudiants présentaient une **dénutrition**
- **9,4%** des étudiants présentaient un **surpoids**
- **1,3%** des étudiants présentait une **obésité**
- **58,3%** des étudiants étaient **satisfaits de leur poids**
- **31,7%** des étudiants avaient fait au moins un **régime** dans leur vie
- Les régimes étaient **encadrés** médicalement dans **32,4%** des cas

5. 4. Synthèse : comparaison 2007-2015

Tableau 9 : Comparaison 2007-2015 concernant le statut pondéral et la perception du poids

	2007 n (%)	2015 n (%)	p
IMC			0,65
Moyenne (kg/m^2)	21,7	21,8	
Dénutrition			0,73
Non	1260 (92,2%)	1245 (91,9%)	
Oui	106 (7,8%)	110 (8,1%)	
Surpoids/obésité			0,77
Non	1215 (88,9%)	1210 (89,3%)	
Oui	151 (11,1%)	145 (10,7%)	
Satisfaction poids			< 10^{-3}
Non	654 (50,6%)	565 (41,7%)	
Oui	638 (49,4%)	790 (58,3%)	
Au moins un régime			< 10^{-3}
Non	709 (55,3%)	927 (68,3%)	
Oui	573 (44,7%)	430 (31,7%)	
Régime encadré médicalement			0,37
Non	360 (64,9%)	290 (67,6%)	
Oui	195 (35,1%)	139 (32,4%)	

Evolution des résultats entre 2007 et 2015 (tableau 9)

- Proportion significativement **plus importante** d'étudiants **satisfaits** de leur poids en 2015 (+8,9 points)
- **Diminution** du nombre d'étudiants ayant fait un **régime**
- Absence de modification significative de la proportion d'étudiants dénutris ou en surcharge pondérale

6. HABITUDES ALIMENTAIRES ET MODE DE CONSOMMATION

6. 1. Description de l'alimentation

Mis à part pour les boissons sucrées, les profils de consommation des étudiants de MPO et de l'ERFPS ne sont pas significativement différents.
Un peu plus d'un tiers (35,4%) des étudiants avait déclaré consommer 3 produits laitiers ou plus par jour (seuil correspondant aux repères du PNNS) ; c'était moins que lors de l'étude CAMPUS SANTE (45,4%, $p<10^{-3}$). En 2015, seuls 9,4% des étudiants consommaient au moins 5 fruits et légumes par jour comme recommandé par le PNNS alors qu'ils étaient 29,3% à le déclarer en 2007 ($p<10^{-3}$). De même seuls 44,3% des étudiants ont déclaré manger au moins 3 portions de féculents par jour contre 72,1% en 2007. Ces résultats pourraient s'expliquer par une formulation différente de ces items dans les questionnaires de 2007 et de 2015.

Comme dans l'étude CAMPUS SANTE, nous avons considéré qu'une consommation de snack inférieure à 2 fois par semaine s'accordait avec la définition du PNNS (limiter la consommation d'aliments gras). Plus des trois quarts des étudiants (76,5%) respectaient cette recommandation du PNNS contre 81,0% en 2007, $p=10^{-3}$.
Nous avons à l'inverse déterminé les étudiants ayant une consommation « light » comme ceux ayant tendance à éviter les aliments riches en graisses ou en sucres ou ceux privilégiant les produits allégés. Ils étaient 66,6% sans différence significative entre les filières.

Les étudiants de l'ERFPS avaient une consommation de boissons sucrées supérieure à un demi litre significativement moindre que ceux de MPO (8,2% contre 12,0%, p égal à 0,03).

6. 2. Saut de repas

Plus de la moitié (51,6%) avaient déclaré sauter au moins un repas par jour, il s'agissait du petit déjeuner dans 72,9% des cas, du déjeuner dans 28,8% des cas, du diner dans 31,1% des cas. Rares étaient les étudiants qui sautaient tous les repas (régime restrictif (0,6%) et ceux qui sautaient tous les repas et grignotaient (2,7%). Ils étaient par ailleurs 58,5% à manger en moins de 20 minutes ce qui correspond à la définition de la tachyphagie.

6. 3. Equilibre alimentaire

Plus des deux tiers des étudiants (67,5%) considéraient leur alimentation très équilibrée ou plutôt équilibrée ce qui était significativement supérieur aux résultats de 2007 (59,6%, $p<10^{-3}$). Si les étudiants jugeaient leur alimentation pas équilibrée c'était parce qu'ils manquaient de temps (66,1%), d'argent (35,2%), de connaissance sur le sujet (9,1%), parce que l'alimentation n'étaient pas une priorité pour eux (22,2%), ou dans 14,3% des cas pour une autre raison (souvent expliqué par l'appétence pour les produits gras et sucrés ou la flemme de préparer quelque chose d'équilibré).

6. 4. Facteurs associés à la vision d'une alimentation équilibrée

Pour mettre en évidence les déterminants du fait de considérer son alimentation comme équilibrée, une régression logistique a été réalisée. Plusieurs variables ont été testées mais ce sont les caractéristiques sexe, filière d'étude, niveau de stress (COHEN), manger au moins 5 fruits et légumes par jour, sauter des repas, consommer des produits « light », être grignoteur, avoir fait un régime, avoir un SCOFF positif, avoir une activité sportive, être satisfait de son poids, se considérer en bonne santé qui ont été associées significativement avec le fait de considérer son alimentation comme équilibrée (tableau 10).

Tableau 10 : Facteurs associés au fait de considérer son alimentation comme équilibrée (analyse par régression logistique)

	Alimentation déséquilibrée (%)	Alimentation équilibrée (%)	p	$OR_{ajusté}$ (IC à 95%)
Sexe			$<10^{-3}$	
Homme	198 (40,3%)	293 (59,7%)		1.00
Femme	231 (27,6%)	605 (72,4%)		1,95 [1,45-2,63]
Age			0,23	
Moyenne d'âge	21,73	21,78		1,02 [0,97-1,07]
Filière d'étude			$<10^{-3}$	
MPO	244 (28,1%)	623 (71,9%)		1.00
ERFPS	185 (40,2%)	275 (59,8%)		0,72 [0,54-0,95]
Stress (COHEN)	429 (32,3%)	898 (67,7%)	0,01	0,92 [0,81-1,04]
$P_{tendance}$				0,19
≥ 5 fruits et légumes / jour			$<10^{-3}$	
Non	422 (35,3%)	775 (64,7%)		1.00
Oui	7 (5,6%)	118 (94,4%)		8,07 [3,40-19,14]
« Light »			$<10^{-3}$	
Non	198 (45,0%)	242 (55,0%)		1.00
Oui	226 (26,2%)	638 (73,8%)		1,92 [1,44-2,56]
Saut de repas			$<10^{-3}$	
Non	123 (19,2%)	519 (80,8%)		1.00
Oui	305 (44,7%)	378 (55,3%)		0,36 [0,27-0,47]
Grignoteurs			$<10^{-3}$	
Non	329 (29,0%)	804 (71,0%)		1.00
Oui	97 (52,7%)	87 (47,3%)		0,40 [0,27-0,59]
Régime			0,01	
Non	314 (34,7%)	591 (65,3%)		1.00
Oui	114 (27,3%)	303 (72,7%)		1,34 [0,97-1,86]
SCOFF			0,03	
Négatif	309 (30,7%)	697 (69,3%)		1.00
Positif	113 (37,4%)	189 (62,6%)		0,81 [0,57-1,16]
Activité sportive			$<10^{-3}$	
Non	165 (48,0%)	179 (52,0%)		1.00
Oui	263 (26,9%)	714 (73,1%)		1,93 [1,43-2,59]
Satisfaction du poids			$<10^{-3}$	
Non	209 (38,1%)	339 (61,9%)		1.00
Oui	219 (28,3%)	554 (71,7%)		1,77 [1,32-2,39]
Se sentir en bonne santé			$<10^{-3}$	
Non	52 (63,4%)	30 (36,6%)		1.00
Oui	375 (30,3%)	861 (69,7%)		2,70 [1,57-4,66]

L'analyse par quartile de l'échelle de stress COHEN a mis en évidence un lien significatif entre le niveau de stress et le fait de trouver son alimentation équilibrée mais il n'y avait pas de relation linéaire. Elle n'a donc pas été intégrée à l'analyse multivariée (tableau 11).

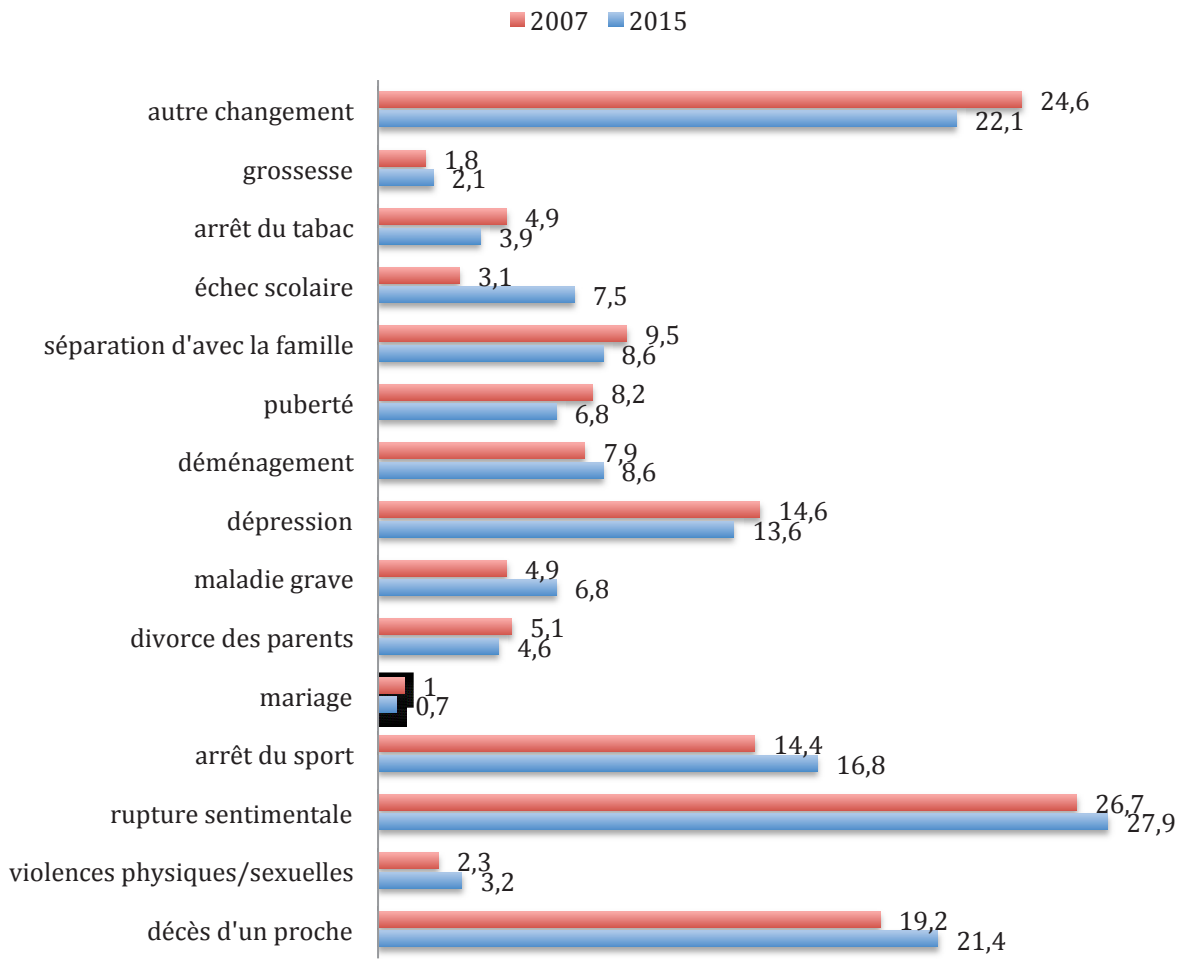
Tableau 11 : analyse par quartile du niveau de stress en fonction du fait de trouver son alimentation équilibrée

Stress (COHEN)	Alimentation déséquilibrée (%)	Alimentation équilibrée (%)	OR_{brut} (IC 95%)
Q1 (1-8)	94 (30,3%)	228 (73,1%)	1.00
Q2 (9-13)	90 (27,0%)	190 (57,1%)	1,18 [0,83-1,66]
Q3 (14-18)	109 (32,6%)	249 (76,9%)	0,90 [0,64-1,25]
Q4 (19-40)	136 (38,9%)	228 (65,0%)	0,69 [0,50-0,95]
$P_{tendance}$			0,01

6. 5. Changements alimentaires

Les étudiants qui avaient changé leurs habitudes alimentaires à la suite d'un évènement majeur de leurs vies étaient 280 (20,7% des répondeurs) ; en 2007, ils étaient 390 (28,6% des répondeurs).

Figure 2 : Evènements à l'origine de la modification des habitudes alimentaires en 2007 et en 2015 (en pourcentage)



Les modifications alimentaires étaient : des repas plus copieux pour 12,4%, une restriction alimentaire pour 37,5%, des grignotages pour 20,7%, des compulsions alimentaires pour 16,4%, des repas moins copieux pour 40,7% et pour 12,7% des 275 répondeurs il s'agissait d'autres modifications. Parmi ces autres modifications, certains étudiants de médecine et pharmacie avaient signalé avoir changé leurs habitudes alimentaires à la suite de la préparation au concours de PACES.

Points clés : habitudes alimentaires et mode de consommation

- **35,4%** des étudiants consommaient **3 produits laitiers** ou plus par jour
- **9,4%** des étudiants consommaient **5 fruits et légumes** ou plus par jour
- **76,5%** des étudiants limitaient leur consommation de **produits gras**
- **51,6%** des étudiants **sautaient** au moins un **repas** par jour
- **67,5%** des étudiants considéraient leur **alimentation équilibrée**
- **20,7%** des étudiants déclaraient avoir **changé** leurs **habitudes alimentaires** à la suite d'un événement majeur

6. 6. Synthèse : comparaison 2007-2015

Evolution des résultats entre 2007 et 2015 (tableau 12)

- Les étudiants consommaient moins de produits laitiers, de fruits et légumes en 2015
- La proportion d'étudiants pensant avoir un bon équilibre alimentaire était plus importante
- Une proportion d'étudiant plus faible déclarait avoir changé ses habitudes alimentaires à la suite d'un événement majeur en 2015

Tableau 12 : Comparaison 2007-2015 concernant les habitudes et modes de consommation alimentaires

	2007 n (%)	2015 n (%)	p
Produits laitiers			$< 10^{-3}$
< 3 par jour	753 (54,6%)	882 (64,6%)	
≥ 3 par jour	626 (45,4%)	484 (35,4%)	
Fruit/Légumes			$< 10^{-3}$
< 5 par jour	970 (70,7%)	1237 (90,6%)	
≥ 5 par jour	402 (29,3%)	129 (9,4%)	
Saut de repas			0,25
Non	655 (50,7%)	655 (48,4%)	
Oui	638 (49,3%)	698 (51,6%)	
Equilibre alimentaire			$< 10^{-3}$
Non	522 (40,4%)	439 (32,5%)	
Oui	770 (59,6%)	912 (67,5%)	
Changement habitudes alimentaires			$< 10^{-3}$
Non	975 (71,4%)	1075 (79,3%)	
Oui	390 (28,6%)	280 (20,7%)	

7. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

7. 1. Dépistage d'un TCA, score SCOFF

Dans notre population 23,0% des étudiants présentaient un SCOFF positif (au moins 2 réponses positives sur 5). Il y avait significativement plus d'étudiants avec un SCOFF positif à l'ERFPS (32,5%) qu'en MPO (17,9%), $p<10^{-3}$. En 2007, c'était le cas pour 24,4% des étudiants (résultats non significativement différents de notre étude, p=0,32).

Par ailleurs, on peut remarquer que près de la moitié (47,8%) des étudiants présentait au moins une réponse positive au SCOFF.

Tableau 13 : Réponses des étudiants au questionnaire SCOFF en 2007 et 2015

SCOFF	2007	2015
Vous-êtes vous fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?	132 *(10,3%)*	145 *(11,0%)*
Craignez-vous souvent d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?	351 *(27,3%)*	283 *(21,4%)*
Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?	122 *(9,5%)*	92 *(7,0%)*
Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?	124 *(9,6%)*	141 *(10,7%)*
Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?	435 *(33,8%)*	412 *(31,3%)*

7. 2. Facteurs associés à un SCOFF positif

Pour mettre en évidence les déterminants du fait de considérer son alimentation comme équilibrée, une régression logistique a été réalisée. Plusieurs variables ont été testées mais ce sont les caractéristiques sexe, filière d'étude, niveau de stress (COHEN), avoir fait un régime, être satisfait de son poids, se considérer en bonne santé, trouver son alimentation équilibrée, avoir changé ses habitudes alimentaires à la suite d'un évènement qui ont été associées significativement avec un SCOFF positif (tableau 14).

Tableau 14: Facteurs associés au fait d'avoir un SCOFF positif (analyse par régression logistique)

	SCOFF négatif (%)	SCOFF positif (%)	p	$OR_{ajusté}$ (IC à 95%)
Sexe			$<10^{-3}$	
Homme	422 (86,7%)	65 (13,3%)		1.00
Femme	593 (71,3%)	239 (28,7%)		1,41 [0,99-2,01]
Age			0,31	
Moyenne d'âge	21,80	21,61		0,95 [0,90-1,00]
Filière d'étude			$<10^{-3}$	
MPO	704 (82,1%)	154 (17,9%)		1.00
ERFPS	311 (67,5%)	150 (32,5%)		1,38 [1,01-1,88]
Stress (COHEN)			$<10^{-3}$	
Q1 [1-8]	278 (90,6%)	29 (9,4%)		1.00
Q2 [9-13]	276 (83,9%)	53 (16,1%)		1,53 [0,91-2,58]
Q3 [14-18]	239 (72,2%)	92 (27,8%)		2,05 [1,24-3,39]
Q4 [19-40]	222 (63,1%)	130 (36,9%)		2,55 [1,55-4,20]
$P_{tendance}$				$<10^{-3}$
Satisfaction du poids			$<10^{-3}$	
Non	340 (61,5%)	213 (38,5%)		1.00
Oui	673 (88,1%)	91 (11,9%)		0,38 [0,27-0,51]
Régime			$<10^{-3}$	
Non	768 (85,6%)	129 (14,4%)		1.00
Oui	247 (58,7%)	174 (41,3%)		2,42 [1,77-3,30]
Se sentir en bonne santé			$<10^{-3}$	
Non	41 (50,6%)	40 (49,4%)		1.00
Oui	971 (78,8%)	262 (21,2%)		0,45 [0,26-0,77]
Equilibre alimentaire			0,03	
Non	309 (73,2%)	113 (26,8%)		1.00
Oui	697 (78,7%)	189 (21,3%)		0,82 [0,59-1,14]
Changement alimentaire			$<10^{-3}$	
Non	873 (83,8%)	169 (16,2%)		1.00
Oui	140 (50,9%)	135 (49,1%)		2,76 [1,98-3,85]

7. 3. Autres TCA

Les étudiants étaient 7,2% à présenter un night eating disorder (se lever la nuit pour manger parfois, souvent ou toujours) et 14,2% déclaraient manger souvent ou toujours entre les repas (grignotages).

Points clés : troubles du comportement alimentaire

- **23,0%** des étudiants avaient un **SCOFF positif**
- 47,8% des étudiants présentaient au moins une réponse positif au score SCOFF
- **7,2%** des étudiants présentaient un **night eating disorder**
- **14,2%** des étudiants étaient considérés comme **grignoteurs**

7. 4. Synthèse : comparaison 2007-2015

Tableau 15 : Comparaison 2007-2015 concernant les habitudes et modes de consommation alimentaires

	2007 n (%)	2015 n (%)	p
SCOFF			0,32
Négatif	972 (75,6%)	1038 (77,2%)	
Positif	314 (24,4%)	306 (22,8%)	
Night eating disorder			0,17
Non	1219 (94,1%)	1251 (92,8%)	
Oui	76 (5,9%)	97 (7,2%)	
Grignotages			0,02
Non	1065 (82,6%)	1152 (85,8%)	
Oui	224 (17,4%)	190 (14,2%)	

En 2007, il existait une différence significative entre la proportion de garçons et de filles porteurs d'un trouble du comportement alimentaire (respectivement 13,1% et 28%). Dans notre étude, il persistait une différence significative entre la proportion de garçons et de filles avec un SCOFF positif (respectivement 13,3% et 28,7%).

Evolution des résultats entre 2007 et 2015 (tableau 17)

- **Absence de différence** significative pour la proportion d'étudiant avec un **SCOFF positif**
- Différence non significative pour la proportion d'étudiant avec un night eating disorder
- **Diminution** significative de la proportion des étudiants **grignoteurs**

8. ACTIVITE PHYSIQUE

Les étudiants de 2015 étaient plus sportifs que ceux de 2007. En effet, près des trois quarts de la population (999 étudiants, 73,7%) pratiquaient une activité sportive régulière (contre 822 étudiants (63,5%) en 2007, $p < 10^{-3}$).
Les étudiants déclaraient faire en moyenne 2,38 heures d'activité sportive par semaine.

9. RELATION DES ETUDIANTS AVEC LEUR MEDECIN GENERALISTE

9. 1. Se sentir en bonne santé

Les étudiants ont été 93,8% à se considérer en bonne santé (réponse « très bon » ou « plutôt bon » à la question « pensez-vous que votre état de santé est… »). Il n'y avait pas de différence significative entre les étudiants de MPO et de l'ERFPS. En 2007, ils étaient 94,2% à se sentir en bonne santé (absence de différence significative entre les deux études, p=0,62).

9. 2. Lien avec son médecin traitant

Ils étaient 95,0% à avoir un médecin généraliste traitant. En moyenne, cela faisait 11,5 ans qu'ils avaient le même médecin traitant (ET=7,82), ils le consultaient en moyenne 3,2 fois par an (ET=10,93) et cela faisait 19,2 semaines qu'ils l'avaient consulté pour la dernière fois (ET=28,36). Les raisons données par les étudiants pour expliquer le fait qu'ils n'avaient pas vu leur médecin traitant étaient : « je n'en ai pas ressenti le besoin » pour 78,6%, « mon médecin traitant n'exerce pas dans la ville dans laquelle j'habite » pour 24,4%, « je n'ai pas le temps » pour 15,4%, « j'ai des difficultés financières / de couverture maladie » pour 1,6% et dans 6,6% des cas, il s'agissait d'une autre raison.
Un étudiant avait signalé ne pas avoir vu son médecin dans l'année précédent l'enquête en raison du départ à la retraite de son médecin traitant qui n'avait pas été remplacé.

Comme autre raison, les étudiants avaient signalé à plusieurs reprises qu'un de leurs parents était médecin. Ainsi, 30 étudiants avaient spontanément écrit avoir pour médecin traitant un membre de sa famille.

Dans notre étude, un étudiant avait écrit mon médecin traitant *« c'est ma mère, je n'ai donc pas d'examen physique régulier »*. Une autre étudiante signalait avoir un médecin traitant mais écrivait : *« mes parents sont médecins, je ne vais chez mon médecin traitant qu'en cas de problème grave de contraception ou sérologie »*. Ceci pose la question de la prise en charge médicale des enfants par leur parent médecin.

9. 3. Discuter facilement des comportements addictifs avec son médecin traitant

Les étudiants ont très majoritairement déclaré être à l'aise pour discuter avec leur médecin traitant. En effet, 87,2% des étudiants avaient répondu se sentir « très à l'aise » ou « plutôt à l'aise » pour discuter des sujets traités dans le questionnaire avec leur médecin traitant. Mais ils étaient moins nombreux (82,1%), à avoir répondu positivement lorsqu'ils avaient déclaré être soignés par un membre de leur famille. La différence n'était pas statistiquement significative (p=0,41) mais l'effectif était faible.

9. 4. Facteurs associés au fait de discuter avec son médecin traitant de comportements addictifs

Pour mettre en évidence les déterminants au fait d'être à l'aise pour discuter avec son médecin traitant, une régression logistique a été réalisée. Plusieurs variables ont été testées mais ce sont les caractéristiques sexe, CRAFFT positif, COHEN positif, SCOFF positif, se considérer en bonne santé, consommer des médicaments qui ont été associées significativement avec la variable « être à l'aise pour discuter avec son médecin traitant » (tableau 18).

Tableau 16 : Facteurs associés au fait d'être à l'aise pour discuter avec son médecin traitant (analyse par régression logistique)

	Pas à l'aise (%)	A l'aise (%)	p	$OR_{ajusté}$ (IC à 95%)
Sexe			$<10^{-3}$	
Homme	31 (6,5%)	446 (93,5%)		1.00
Femme	135 (16,5%)	685 (83,5%)		0,41 [0,26-0,63]
Age			0,82	
Moyenne d'âge	21,73	21,78		1,00 [0,94-1,06]
Filière d'étude			0,11	
MPO	98 (11,7%)	740 (88,3%)		1.00
ERFPS	68 (14,8%)	391 (85,2%)		1,08 [0,75-1,54]
CRAFFT			10^{-3}	
Négatif	105 (11,1%)	841 (88,9%)		1.00
Positif	61 (17,4%)	290 (82,6%)		0,56 [0,39-0,80]
Stress (COHEN)			$<10^{-3}$	
Q1 [1-8]	18 (5,9%)	286 (94,1%)		1.00
Q2 [9-13]	31 (9,6%)	291 (90,4%)		0,64 [0,34-1,19]
Q3 [14-18]	48 (14,7%)	278 (85,3%)		0,51 [0,28-0,93]
Q4 [19-40]	69 (20,0%)	276 (80,0%)		0,39 [0,22-0,72]
$P_{tendance}$				$<10^{-3}$
SCOFF			$<10^{-3}$	
Négatif	101 (10,2%)	888 (89,8%)		1.00
Positif	62 (21,4%)	228 (78,6%)		0,63 [0,43-0,92]
Se sentir en bonne santé			0,01	
Non	18 (22,8%)	61 (77,2%)		1.00
Oui	147 (12,1%)	1064 (87,9%)		1,69 [0,93-3,06]
Consommation médicaments			0,02	
Non	111 (11,5%)	856 (88,5%)		1.00
Oui	55 (16,7%)	275 (83,3%)		0,97 [0,66-1,43]

Points clés : relation avec son médecin traitant

- **93,8%** des étudiants se considéraient en **bonne santé**
- **95,0%** avaient un **médecin généraliste** traitant
- **87,2%** se sentaient **à l'aise** pour discuter avec leur médecin traitant
- Etre une **femme**, être **stressé,** avoir un score **CRAFFT positif** et avoir un score **SCOFF positif** étaient associés au fait de ne **pas se sentir à l'aise** pour en discuter avec leur médecin traitant

10. THEMES DE PREVENTION

Les thèmes de prévention sur lesquels les étudiants souhaitaient avoir des informations ont été classés par ordre croissant par chaque étudiant puis nous avons calculé les moyennes pour chaque thème. La variable qui a eu la moyenne la plus faible était celle pour laquelle les étudiants souhaitaient prioritairement avoir des informations.

Comme en 2007, les trois premiers thèmes de prévention restaient le stress, l'équilibre alimentaire et l'activité physique (tableau 17).

Tableau 17 : Thèmes de prévention 2007-2015

Thèmes de prévention	2007		Thèmes de prévention	2015	
	Moyenne	écart-type		moyenne	écart-type
Equilibre alimentaire	3,07	2,15	**Stress**	2,67	1,95
Stress	3,20	1,94	**Equilibre alimentaire**	3,24	2,07
Activité physique	3,82	2,26	**Activité physique**	3,44	2,10
Dépression	4,38	2,08	**Dépression**	4,25	2,12
TCA	4,55	2,25	**Alcool**	4,95	1,87
Alcool	5,09	1,90	**TCA**	5,75	2,17
Tabac	5,59	2,08	**Tabac**	5,63	2,13
Cannabis	5,87	2,10	**Cannabis**	5,75	2,11

DISCUSSION

1. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

1. 1. Population

Dans notre étude la population des étudiants était constituée de 63,2% de femmes et 36,8% d'hommes ce qui était le cas dans l'enquête LMDE (respectivement 64% et 36%). L'âge moyen de notre population était de 21,8 ans (contre 20,6 ans dans l'enquête LMDE). Plus de la moitié des étudiants de notre étude était en couple contre moins d'un quart des étudiants de l'enquête LMDE mais ceci était peut être dû au fait que les étudiants de notre étude étaient un peu plus âgés.
Moins d'un quart des étudiants de notre étude vivait chez leurs parents contre 40% dans l'enquête LMDE, ceci peut être dû au fait que notre population était plus fréquemment issue de milieu socioéconomiques favorisés permettant aux familles de financer un logement personnel aux étudiants.
D'autre part il n'y a qu'une faculté permettant de faire les études de médecine et pharmacie par région ce qui pourrait expliquer que les étudiants dont les parents habitent loin de Rouen se trouvent dans l'obligation de quitter le foyer familial pour pouvoir suivre les études souhaitées.

Plus de la moitié des étudiants étaient issus de parents exerçant la profession de cadre, ce qui était nettement supérieur aux résultats de l'enquête LMDE où les étudiants avaient un père cadre dans 32% des cas et une mère cadre dans 20% des cas.
Les étudiants boursiers représentaient 24,3% de notre échantillon alors qu'ils étaient 39% dans l'enquête LMDE. Cependant, l'enquête LMDE avait montré que les étudiants dont le père était cadre n'étaient que 20% à être boursier. Les étudiants issus de parents cadres de notre étude étaient majoritaires ce qui peut expliquer la différence retrouvée.

Dans l'enquête LMDE 28% des étudiants avaient déclaré une activité rémunérée, dans notre étude ils étaient en moyenne 26,3%.

Notre population a été constituée de 1391 étudiants ce qui est cohérent avec le nombre de sujets inclus dans les études s'intéressant à la santé étudiante. Notre taux de réponse a été satisfaisant avec en moyenne 76,2% de questionnaires remplis. Par contre, les taux de réponse ont été différents en fonction des filières. Les taux de réponse les plus hauts étaient chez les étudiants en imagerie et chez les étudiants de l'IFSI avec plus de 90% de répondants ; les taux de réponses les plus bas étaient retrouvés chez les étudiants d'orthophonie et chez les étudiants en pharmacie. Cette variabilité des taux de réponse pouvait être attribué en grande partie au mode de distribution. Les étudiants en imagerie et ceux de l'IFSI ont reçu le questionnaire par leurs enseignants, le sentiment d'obligation à remplir le questionnaire a peut-être été plus fort pour eux que pour les étudiants d'orthophonie qui l'avaient reçu par mail.

Lors de l'enquête LMDE en 2011-2012, au niveau national, 58% des répondants étaient issus de l'université (dont 8% en médecine ou odontologie et 1% en pharmacie) et 2% des instituts de formation paramédicale. Ceci explique qu'il ne soit pas possible d'extrapoler nos résultats en tant que tel à l'ensemble des étudiants français.

1. 2. Consommation de substances psychoactives

1. 2. 1. Tabac

Notre population était constituée de 24,6% d'étudiants présentant un tabagisme actif. C'était moins que ce qui avait été observé par le Baromètre Santé 2014 (30) où 28,2% des 15-75 ans fumaient régulièrement. En 2014, le tabagisme restait plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, mais l'écart entre les sexes a tendance à se réduire avec le temps. La consommation quotidienne de tabac se concentrait entre 5 et 15 cigarettes par jour. Nos résultats sont cohérents avec les données recueillies dans la population française générale.

Comme lors de l'étude CAMPUS SANTE en 2007, le fait d'avoir un travail rémunéré était associé au fait d'être fumeur. Cela pourrait avoir un lien avec la hausse constante des prix du tabac ces dernières années.
Par ailleurs, le Baromètre Santé 2014 mettait en évidence une hausse particulièrement importante des fumeurs quotidiens de 15 à 24 ans ayant fait une tentative d'arrêt dans l'année. Les étudiants de notre étude sont concernés par ce phénomène, il est donc nécessaire que les personnes qu'ils sont amenés à consulter les encouragent et les soutiennent dans cette voie.

1. 2. 1. Cigarette électronique

Dans notre étude, 20,3% des étudiants déclaraient avoir expérimenté au moins une fois dans leur vie la cigarette électronique, ils étaient 2,2% à l'avoir utilisé dans les 30 derniers jours, et 1,5% à l'utiliser quotidiennement. Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés dans une étude portant sur des étudiants rennais en 2014 (35,3% d'expérimentateurs, 5,7% d'utilisateurs réguliers) (31). De plus, cette étude montrait que le fait d'être fumeur quotidien était associé significativement au vapotage régulier. Les étudiants de notre étude n'étant que 24,6% à fumer régulièrement du tabac, cela pourrait expliquer que la proportion de nos étudiants utilisant la cigarette électronique ait été plus faible que dans d'autres études.
Le Baromètre santé 2014 (30), concernant la population des 15-75 ans retrouvait 26% d'expérimentateurs, 6% d'utilisateurs récent (dans le mois précédent) et 3% d'utilisateurs quotidien (2% chez les étudiants contre 3,5% des travailleurs ou chômeurs). Ces résultats étaient un peu différents des nôtres mais notre population était constituée de personnes jeunes et l'enquête ETINCEL-OFDT avaient mis en évidence que l'expérimentation prédominait chez les jeunes, alors que l'usage régulier concernait plutôt les plus de 35 ans (7).

1. 2. 3. Alcool

Près d'un quart des étudiants avaient déclaré avoir été ivres plus de 10 fois dans l'année et plus de la moitié avaient déclaré l'avoir été au moins 3 fois dans l'année. C'est plus que dans l'enquête ESCAPAD 2014 où 25,3% des jeunes de 17 ans

avaient connu au moins trois épisodes d'ivresse au cours des 12 derniers mois (10). Cette différence peut être due au statut d'étudiant de notre population qui leur permet de participer aux soirées étudiantes dans lesquelles l'accessibilité de grandes quantités de boissons alcoolisées est facilité. Ceci favorisant les comportements à risque vis-à-vis de l'alcool à la différence des jeunes de 17 ans qui habitent encore souvent chez leurs parents.

La majorité des étudiants associaient leur consommation à la fête mais comme l'a montré une étude américaine, la prévalence de la dépendance à l'alcool augmente de façon significative avec la fréquence des épisodes de binge drinking (9). De plus, l'arrivée sur le marché français, il y a quelques années, des boissons énergisantes a entrainé la création de cocktails associant alcool et boissons énergisantes. Or il a été montré que l'association « alcool » et « boissons énergisantes » était à l'origine d'une augmentation de la quantité de boissons alcoolisée consommée dans la même soirée ainsi que l'augmentation des conséquences négatives de l'intoxication alcoolique (13) (conduite après avoir bu de l'alcool, agressivité, comportement sexuel à risque (12)). Il semble donc important d'informer les étudiants du caractère nocif à court et long terme des ces alcoolisations aigues et excessives trop souvent banalisées par les étudiants. En 2007, moins de la moitié des cliniciens repéraient systématiquement les usages de produits psychoactifs licites et illicites des adolescents et des jeunes adultes (26).

Dans notre étude nous avons retrouvé 27,0% d'étudiants avec un CRAFFT positif démontrant un usage nocif d'alcool. C'est significativement plus qu'en 2007 lors de l'étude CAMPUS SANTE. En 2011, l'OMS considérait que l'usage nocif d'alcool était le troisième facteur de risque de décès prématuré et d'incapacité dans le monde. Il semble donc primordial d'évaluer systématiquement la consommation de boissons alcoolisées chez les étudiants d'autant plus que nous avons retrouvé une association significative entre l'usage nocif d'alcool et la consommation régulière de cannabis, ce qui ne fait que multiplier les risques auxquels les étudiants sont exposés.

1. 2. 4. Cannabis

Un peu moins de la moitié (48,2%) des étudiants interrogés dans notre étude avait déjà expérimenté le cannabis, ce qui était comparable avec les résultats de l'enquête ESCAPAD 2014 (47,8%). Par contre, dans notre étude, ils n'étaient que 2,5% à avoir une consommation régulière de cannabis (supérieure à 10 fois par mois) ce qui était moins important que pour les jeunes de 17 ans de l'enquête ESCAPAD 2014. Ils étaient alors 9,2% à consommer du cannabis plus de 10 fois par mois avec une nette augmentation entre 2011 (6,5%) et 2014 (10). Evolution que nous n'avons pas retrouvé dans notre étude puisque nous retrouvions plutôt une tendance à la baisse par rapport à 2007 (3,6%, p=0,09).

1. 3. Niveau de stress et médicaments psychotropes

1. 3. 1. Niveau de stress

Les niveaux de stress que nous avons mesurés grâce à l'échelle de stress perçu de COHEN sont identiques à ceux de 2007. Les étudiantes étaient significativement plus stressées que les étudiants en 2007, résultat que nous avons nous aussi retrouvé. Ces derniers résultats correspondent aux données de la littérature où les femmes restent plus stressées que les hommes et ce dans des filières variées (18,32,33). Il semble par ailleurs, que la peur d'échouer aux examens participe de façon importante au niveau de stress des étudiants. Une autre étude allait dans le même sens en montrant que les étudiants de PACES de Nantes semblaient exprimer un stress général et un stress académique plus important que les autres étudiants, toutes filières confondues. Ces étudiants présentaient également des scores de qualité de vie sensiblement inférieurs aux scores de référence dans la population générale (25). Dans notre étude, plusieurs étudiants avaient déclaré avoir changé leurs habitudes alimentaires du fait de la PACES, signifiant une intrication forte entre études supérieures et notamment concours, stress et alimentation.

Dans notre étude, le niveau de stress moyen était de 14,0 sur 40. C'est moins que les étudiants en médecine de Rabat qui avaient un score moyen de 24 ± 7,18 sur l'échelle de COHEN (32) mais cohérent avec les résultats d'une étude française : 15,4 ± 7,3 pour les étudiants en médecine et pharmacie et 15,8 ± 7,0 pour les filières paramédicales (18).
Cette dernière étude avait également mis en évidence une association positive entre le niveau de stress et l'usage nocif d'alcool et entre le niveau de stress et le fait d'avoir un risque de développer un trouble du comportement alimentaire. Résultats que nous avons nous aussi retrouvé dans notre étude.

1. 3. 2. Médicaments psychotropes

Dans notre étude, nous avons trouvé qu'un peu plus d'un quart des étudiants avait déclaré avoir déjà pris des traitements psychotropes. Les anxiolytiques avaient été utilisés dans 19,3% des cas, les antidépresseurs dans 7,0% des cas et les somnifères dans 13,1% des cas. Ces résultats étaient comparables à ceux de l'enquête ESCAPAD en 2014, respectivement 15,8%, 7,2% et 14,6%. Dans notre étude, nous avons trouvé une diminution de la consommation de médicaments psychotropes entre 2007 (étude CAMPUS SANTE) et 2015 ; cette tendance avait été également retrouvé dans les enquêtes ESCAPAD entre 2008 et 2014 (10).

Les deux raisons les plus citées par les étudiants pour expliquer leur consommation de médicaments psychotropes étaient « pour dormir » à 66,8% (en nette progression par rapport à 2007) et « contre le stress » à 56,3%. Ceci conforte donc l'idée que les étudiants sont soumis à un niveau de stress élevé car pour cette raison ils ont été amenés à prendre des médicaments.

1. 4. Statut pondéral

Dans notre étude, la proportion d'étudiants en surpoids ou obèse est stable par rapport à 2007, un peu au dessus de 10%. Ce résultat est inférieur aux données de la littérature internationale concernant le surpoids et l'obésité des personnes de plus de 20 ans en France en 2013. En effet 55,9% des hommes étaient en surpoids ou

obèses, 42,8% des femmes étaient en surpoids ou obèses. Cette différence était probablement due au fait que notre population était plus jeune (âge moyen 21,8 ans) que dans cette étude, la prévalence de l'obésité augmentant avec l'âge et qu'elle était issue de milieux socioéconomiques plus favorisés que la moyenne. Par ailleurs, cette étude avait mis en évidence un ralentissement du taux d'augmentation de l'obésité dans les pays développés, ce qui est cohérent avec nos résultats (20).

En 2015, environ 8% de notre effectif était en insuffisance pondérale ce qui est stable par rapport aux données de CAMPUS SANTE en 2007 et cohérent avec les chiffres du PNNS, rapportant entre 5 et 10% de dénutris en Europe.

1. 5. Habitudes alimentaires

Les objectifs du PNNS 2011-2015 étaient qu'au moins 50% des adultes consomment 5 fruits et légumes par jour. Cet objectif n'a pas du tout été atteint par les étudiants de notre étude. Ils étaient seulement 9,4% dans notre étude, soit une proportion trois fois moins importante que lors de l'étude CAMPUS SANTE de 2007 (1).
Par contre un peu plus d'un tiers (35,4%) des étudiants consommaient 3 produits laitiers ou plus par jour (repère PNNS) ; c'était plus que lors de l'étude nationale nutrition santé (ENNS) de 2006-2007 ou seuls 29% des 18-74 ans interrogés avaient une consommation correspondant aux repères du PNNS (21). Un étudiant sur deux sautait au moins un repas par jour, résultat qui était stable par rapport à 2007.

Pourtant, 67,5% des étudiants considéraient leur alimentation équilibrée, soit une proportion d'étudiants plus importante qu'en 2007. Il semble donc que malgré une importante campagne médiatique d'information, les messages concernant les objectifs nutritionnels ne soient pas tout à fait acquis par la population étudiante. En effet, les 2ème et 3ème thèmes de prévention sur lesquels les étudiants souhaitaient avoir plus d'information étaient respectivement l'équilibre alimentaire et l'activité physique.

Deux tiers (66,6%) des étudiants avaient tendance à consommer des produits que nous avons qualifié de « light » (éviter les produits riches en graisses ou en sucres, produits allégés). Une étude avait montré l'impact des facteurs externes sur la

consommation alimentaire, les labels du type « allégé en matières grasses » favorisaient alors la surconsommation de produits alimentaires (34) montrant l'importance du marketing sur les choix des consommateurs.

1. 6. Troubles du comportement alimentaire

Dans notre étude 23,0% des étudiants avaient un SCOFF positif. Ce qui semble être cohérent avec les données en population générale (environ 20% en 2012 avec une tendance à la hausse) (35) et avec les données d'une autre étude portant sur la santé des étudiants (20,5% en moyenne, 18,3% chez les étudiants en santé) (36). Cependant les TCA n'arrivaient qu'en 6ème position des thèmes sur lesquels les étudiants souhaitaient avoir plus d'information. Il semble donc important que le repérage précoce des signes évocateurs de TCA ainsi que leur dépistage grâce au SCOFF soient initiés par tout professionnel de santé amené à intervenir auprès de cette population à haut risque. Ceci afin d'améliorer le délai de prise en charge et d'éviter la chronicisation des troubles.

Comme dans l'étude CAMPUS SANTE de 2007 (1), la proportion d'hommes et de femmes avec un SCOFF positif était significativement différente. D'autres études de la littérature, montraient une prédominance féminine des TCA (36). Cela devait en partie être dû au dépistage des formes syndromiques typiques (anorexie et boulimie), plus fréquentes chez les femmes. Les TCA atypiques, moins bien définis, étaient peu décrits alors qu'ils touchent plus fréquemment les hommes que l'anorexie ou la boulimie (37). Une étude récente concernant les étudiants norvégiens retrouvait un ratio homme-femme plus faible que prévu avec des taux élevés de TCA chez les garçons notamment ceux suivant des programmes de formation professionnelle dont les soins de santé (38). La nouvelle classification du DSM V définissant l'hyperphagie comme une entité à part entière fera probablement émerger une augmentation de la proportion d'hommes porteurs de TCA dans les études à venir, il semble donc primordial d'inclure les deux sexes dans les études concernant l'identification et la prise en charge des TCA en population étudiante. Cela a été mis récemment en évidence par une autre étude qui retrouvait une prévalence plus

élevée d'étudiants en surpoids et obèses avec un SCOFF positif qu'avec un SCOFF négatif (36).

Près d'un tiers (31,3%) des étudiants avaient répondu positivement à la question « diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ? ». La deuxième question pour laquelle les étudiants avaient le plus souvent répondu positivement était : « craignez-vous souvent d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ? ». Nous pouvons donc suspecter que les TCA étaient plus souvent de type compulsif ou hyperphagie boulimique que restrictif.
Par ailleurs, le fait d'avoir un SCOFF positif était associé positivement à un niveau de stress élevé et au fait d'étudier à l'ERFPS ; négativement au fait de se sentir en bonne santé, de penser avoir un bon équilibre alimentaire ou d'être satisfait de son poids. La relation entre SCOFF positif et niveau de stress élevé de même qu'entre SCOFF positif et usage nocif d'alcool que nous avons retrouvé a également été mise en évidence dans une autre étude récente (36).
Une étude française chez des étudiants en sport ou santé avait montré un lien entre une suspicion de TCA (SCOFF positif) et une mauvaise qualité et quantité de sommeil, un score de bien-être inférieur, un IMC et un score de masse grasse plus élevé chez les femmes. Chez les hommes, la positivité du SCOFF était associée à la présence d'un surpoids avec un IMC et taux de masse grasse plus élevée que les hommes avec un SCOFF négatif. Il semblait donc que les comportements des étudiants en sport ou santé vis-à-vis du « Binge Eating Disorder » et de la boulimie ne soient pas différents de ceux de la population générale (39). Par ailleurs, il a été montré que les étudiants en surpoids ou obèses avaient 2,3 fois plus de risque de développer un TCA que ceux en insuffisance pondérale ou de poids normal (38).

1. 7. Relation des étudiants avec leur médecin généraliste

Dans notre étude 85,7% des étudiants ayant un médecin traitant ont signalé l'avoir vu dans l'année précédant la distribution du questionnaire. C'est un peu moins que les étudiants haut-normands interrogés en 2012 dans l'enquête LMDE (89,0%) (2). Cela peut être dû au fait que notre population était constituée d'étudiants en santé, pratiquant fréquemment l'automédication du fait d'un accès facilité aux sources d'information et aux médicaments (40).

Le fait d'être une femme, d'être stressé, d'avoir un CRAFFT positif et d'avoir un SCOFF positif étaient associés significativement avec le fait de ne pas être à l'aise pour discuter avec son médecin traitant. Le médecin traitant doit donc faire preuve d'une attitude bienveillante, compréhensive et à l'écoute des étudiants qui ne semblent pas être à première vue fragilisés mais qui présentent des comportements à risques dont ils n'oseront pas parler d'eux même.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les étudiants soignés par un membre de leur famille par rapport à ceux soignés par un médecin traitant sans lien de parenté quand à la facilité des étudiants à discuter de leurs comportements addictifs. Cependant il existait une tendance au fait d'être moins à l'aise quand le médecin traitant était un parent. Il est probable que notre effectif (30 étudiants) était trop petit pour mettre en évidence une différence significative.
Il est possible que plus d'étudiants soient en réalité soignés par un membre de leur famille. Ainsi, il serait intéressant de quantifier ce phénomène lors de prochaines études, peut être semi-qualitatives permettant de connaître l'ampleur du phénomène par une question fermée « votre médecin traitant fait-il partie de votre famille ? » mais aussi par entretiens semi-dirigés afin de connaitre plus précisément le ressenti des enfants pris en charge médicalement par leurs parents.

LA PUMA et PRIEST proposaient en 1992 un auto-questionnaire permettant aux praticiens de savoir s'ils étaient aptes à prendre en charge un membre de leur famille (41).
Une thèse de médecine générale s'était intéressée à la vision des médecins généralistes soignant leur famille et mettait en évidence certaines difficultés pour les médecins à prendre en charge leur famille (exemple de témoignage d'un des médecin interrogé : « mes patients sont mieux suivis que mes enfants ») (42).

2. LIMITES DE L'ETUDE

2. 1. Type d'étude

La réalisation d'une étude transversale nous a permis d'avoir un taux de réponse global élevé. Cependant ce type d'étude établie plus difficilement le lien de causalité entre les différentes variables.

2. 2. Biais

2. 2. 1. De sélection

Notre population était constituée uniquement d'étudiants en santé ce qui limite les possibilités d'extrapolation aux étudiants hauts-normands issus d'autres filières d'études. Par ailleurs, seuls les étudiants volontaires avaient répondu au questionnaire, nous ne pouvons donc pas être certain de la représentativité de notre population pour l'ensemble des étudiants en santé. Le fait d'avoir un taux de réponse de 76,2% limite quand même ce phénomène.
Certaines spécificités de la région Haute-Normandie, notamment la moindre dotation en médecins généralistes, psychiatres ou BAPU pourrait être à l'origine d'un rapport différent au soin et pourrait limiter l'extrapolation des résultats aux étudiants en santé d'autres régions.

Enfin, certaines caractéristiques différaient entre les populations de 2007 et de 2015. Il s'agissait de la proportion de femmes, la proportion d'étudiants dans chaque filière d'étude, le type de logement et la situation conjugale. Cela pourrait limiter l'interprétation des résultats issus de la comparaison des populations de 2007 et de 2015.

2. 2. 2. De mesure

Le mode de distribution variable selon les filières pourrait induire un biais de mesure. Les étudiants de médecine et pharmacie devaient remplir le questionnaire à la fin d'une épreuve d'examen. Le niveau de stress en période d'examen et naturellement plus élevé qu'en période de cours. De plus on peut supposer que les étudiants, après plusieurs heures d'examen aient voulu répondre au plus vite au questionnaire sans prendre le temps de réfléchir à l'ensemble des questions afin de quitter rapidement l'amphithéâtre d'examen.
Pour les étudiants de l'IFSI ou en imagerie, les réponses concernant les niveaux de stress, de consommation de substances psychoactives ou les troubles alimentaires pourraient être sous déclarées par peur qu'elles soient vues par les enseignants lors du ramassage des questionnaires. Ce phénomène devrait être atténué par le caractère anonyme des réponses.

2. 2. 3. De classement

Nous avons choisi de comparer les étudiants de l'UFR médecine-pharmacie avec ceux de l'ERFPS. Les étudiants d'orthophonie ont donc été classés avec les étudiants de médecine-pharmacie car ils appartiennent à la faculté de médecine et de pharmacie de Rouen. Cependant, il ne s'agit pas d'une profession médicale, ils auraient donc du être classés avec les étudiants en formations paramédicales de l'ERFPS. Ce biais est très certainement modeste car la population d'étudiants en orthophonie ne représentait que 1,1% de la population totale de l'échantillon.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

1. CONCLUSION

La population des étudiants en santé est issue de milieux globalement plus favorisés que la moyenne des étudiants. La proportion de femmes est moins importante qu'en 2007 mais prédomine toujours sur la proportion d'hommes. Il semble par ailleurs que les étudiants soient plus jeunes, plus fréquemment en couple et logent moins fréquemment chez leurs parents qu'en 2007.
La consommation régulière de tabac, d'alcool ainsi que les ivresses régulières sont significativement moins importantes qu'en 2007 mais le binge drinking et l'usage nocif d'alcool ont fortement augmenté entre les deux études. Les niveaux de stress semblent globalement similaires entre les deux études mais la consommation de médicaments psychotropes a diminué.
En 2015, les étudiants se disent plus fréquemment satisfaits de leur poids et ont moins fréquemment eu recours à des régimes. De plus la proportion d'étudiants considérant leur alimentation équilibrée est plus importante qu'en 2007 alors que les recommandations du PNNS sont moins souvent respectées. La proportion d'étudiants grignoteurs a significativement diminué entre les deux études, la proportion d'étudiants à risque de trouble du comportement alimentaire est restée stable.

Nous pouvons donc conclure que d'une part les étudiants se sentaient globalement en bonne santé malgré un comportement vis-à-vis de l'alcool plutôt moins bon qu'en 2007, d'autre part la nécessité d'une prévention active semble évidente car les étudiants gardent encore certaines idées erronées notamment concernant l'équilibre alimentaire.

Ce que nous avons par ailleurs mis en évidence c'est que les étudiants avaient très largement un médecin traitant et qu'ils le consultaient régulièrement. Pour la plupart, ils se sentaient à l'aise pour discuter avec leur médecin traitant des sujets que nous avons abordés dans le questionnaire. Le médecin traitant peut avoir un rôle central dans la prise en charge de ces étudiants, globalement peu malades mais très à risque de développer des comportements addictifs.

2. PERSPECTIVES

Il semble que le médecin traitant soit un relais de proximité et de confiance auprès des étudiants. Ceux qui se disaient être le moins à l'aise pour discuter avec leur médecin traitant, étaient plus souvent stressés, avaient un risque plus important de développer un trouble du comportement alimentaire ainsi qu'une tendance à avoir un usage nocif d'alcool plus fréquent ; il s'agissait donc des étudiants les plus à risque. C'est donc au médecin traitant mais aussi à l'ensemble des acteurs interagissant avec les étudiants (santé universitaire, enseignants etc.) de faire le premier pas afin de prévenir l'installation de comportements à risque et le développement de pathologies (dépression, TCA etc.).
Il pourrait être intéressant de réaliser une étude afin d'évaluer les connaissances, les attitudes de ces acteurs vis-à-vis de la santé des étudiants et de mettre en évidence les freins à la mise en œuvre d'actions d'envergure pour l'amélioration de la qualité de vie des étudiants.

Par ailleurs, la reproduction au cours du temps de l'étude CAMPUS SANTE permettra de connaître l'évolution de ces comportements et l'impact des campagnes de prévention. Cela pourra également permettre la mise en évidence de nouveaux comportements comme nous avons cherché à le faire avec l'utilisation de la cigarette électronique ou des boissons énergisantes.

ANNEXE 1

Questionnaire « Santé des étudiants »

POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Votre âge : [redacted] **ans**

Votre sexe : □ Homme □ Femme

Votre taille (cm) : [redacted] **Votre poids actuel (kg) :** [redacted]

Vous êtes : □ Seul □ En couple

Vous habitez : □ Chez vos parents □ Logement personnel □ Résidence universitaire

Quelle est la profession de…

Votre père :
□ Agriculteur exploitant
□ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
□ Cadre, profession intellectuelle supérieure
□ Profession intermédiaire
□ Employé
□ Ouvrier
□ Recherche d'emploi
□ Sans profession ou retraité

Votre mère :
□ Agriculteur exploitant
□ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
□ Cadre, profession intellectuelle supérieure
□ Profession intermédiaire
□ Employé
□ Ouvrier
□ Recherche d'emploi
□ Sans profession ou retraitée

Etudes suivies : _____ **Année (1ère, etc…) :** _____

Avez-vous un travail rémunéré en parallèle de vos études ? : □ OUI □ NON

Etes-vous boursier ? □ OUI □ NON

A PROPOS DU TABAC ET DE L'ALCOOL

Votre consommation de tabac :
□ Vous n'avez jamais fumé
□ Vous fumez régulièrement. **=>** Combien de cigarettes par jour : /__/__/
□ Vous avez fumé régulièrement et vous avez arrêté

Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ? □ OUI □ NON

Si oui, l'avez-vous utilisé au cours des 30 derniers jours (hors première utilisation) ?
□ OUI □ NON

Si oui, à quelle fréquence utilisez-vous la cigarette électronique ?
□ Tous les jours
□ Plusieurs fois par semaine
□ Une fois par semaine
□ 2 à 3 fois par mois
□ Une fois par mois

Au cours de l'année écoulée, avez-vous bu des boissons alcoolisées ?
□ Jamais (pas une goutte, en aucune occasion)
□ 1 fois par mois ou moins souvent
□ 2 à 4 fois par mois
□ 2 à 3 fois par semaine
□ Au moins 4 fois par semaine

Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres* buvez-vous ?
□ 1 ou 2 □ 3 ou 4 □ 5 ou 6 □ 7 à 9 □ 10 ou plus

Combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres* ou plus au cours d'une même occasion (d'un même repas, d'une même soirée, etc.) ?
□Jamais □Moins d'1 fois/mois □1 fois/mois □1 fois/semaine □Tous les jours ou presque

** En pratique courante, la consommation d'alcool est évaluée en nombre de verres bus par jour et non pas en gramme d'alcool par jour. En effet, il existe une bonne équivalence entre la quantité d'alcool contenue dans un "verre", quelle que soit la boisson consommée. Le dessin ci-dessous montre une équivalence entre différentes boissons "standard" (10 grammes d'alcool pur) : par exemple un verre à bière de 25 cl contient autant d'alcool qu'un verre de vin (ballon de 10 cl) ou qu'un apéritif (verre à apéritif).*



Si vous avez déjà été ivre au cours de votre vie, à quel âge la première fois ? |__|__|ans

Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre en buvant de l'alcool ?
□ Jamais □ 1 fois ou 2 □ De 3 à 9 fois □ 10 fois ou plus

	Jamais	Parfois (1fois/mois)	Souvent (>1fois/mois)
Etes-vous déjà monté(e) dans une voiture conduite par quelqu'un qui avait trop bu ?	□	□	□
Utilisez-vous de l'alcool pour vous détendre, vous sentir mieux ou pour "tenir le coup" ?	□	□	□
Vous arrive-t-il de boire de l'alcool quand vous êtes seul(e) ?	□	□	□
Avez-vous déjà oublié des choses que vous deviez faire après avoir bu de l'alcool ?	□	□	□
Avez-vous eu des problèmes en consommant de l'alcool ?	□	□	□
Votre famille ou vos amis vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de boisson alcoolisée ?	□	□	□
Avez-vous déjà conduit un véhicule à 2 roues (vélo, scooter, moto, etc.) après avoir trop bu ?	□	□	□

Quel(s) mot(s) associez-vous à votre consommation d'alcool ? (Plusieurs réponses possibles)
□ Fête □ Convivialité □ Déprime
□ Détente □ Excès □ Dépendance
□ Plaisir □ Oubli des problèmes □ Défonce

Avez-vous déjà consommé du cannabis ? □ OUI □ NON

Si oui, <u>combien de fois</u> :

	Jamais	1 à 9	10 à 30	> 30
Au cours des 12 derniers mois	□	□	□	□
Au cours des 30 derniers jours	□	□	□	□

VOTRE MORAL

Au cours du dernier mois :

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
Avez-vous été dérangé à cause d'un événement inattendu ?	□	□	□	□	□
Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	□	□	□	□	□
Vous êtes vous senti nerveux ou stressé ?	□	□	□	□	□
Vous êtes vous senti confiant à prendre en main vos problèmes personnels?	□	□	□	□	□
Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le voulez ?	□	□	□	□	□
Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	□	□	□	□	□
Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	□	□	□	□	□
Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	□	□	□	□	□
Vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?	□	□	□	□	□
Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?	□	□	□	□	□

VOS HABITUDES ALIMENTAIRES

Ces questions concernent vos consommations habituelles, pas uniquement celles durant la semaine en cours

Quel est votre régime alimentaire ? □ Normal □

Végétarien □ Végétalien □ Autre _____

Par jour, combien de fois en moyenne consommez-vous…						
	0	1	2	3	4	>4
Des produits laitiers (fromages, yaourts, fromage blanc, crème dessert, verre de lait) ?	□	□	□	□	□	□
Des fruits ou des portions de légumes (4 à 5 c. à soupe ?)	□	□	□	□	□	□
Des féculents (pain, céréales, pâtes, riz, semoule, pommes de terre, légumes secs) ?	□	□	□	□	□	□

Par semaine, combien de fois en moyenne consommez-vous…				
	Jamais	1 fois ou -	2 à 4 fois	>4 fois
Des aliments type fast-food, snacks, kebab, fritures (chips, frites, beignet..) ou charcuterie (saucisson, pâté, rillettes…) y compris en sandwich ?	□	□	□	□

Quelle quantité de boisson(s) sucrée(s) buvez-vous par jour (jus de fruits, sodas non-allégés, sirops…) ? □ 0
□ < ½ litre □ ½ à 1 litre □ Plus d'1 litre

Avez-vous déjà consommé des boissons énergisantes (ex : Red Bull, Monster…) ? □ OUI
□ NON

Si oui, combien de fois :	Jamais	1 à 4	5 à 9	10 à 30	> 30
Au cours des 12 derniers mois	□	□	□	□	□
Au cours des 30 derniers jours	□	□	□	□	□

Avez-vous tendance à éviter de consommer des aliments riches en :
- graisses □ OUI □ NON
- sucres □ OUI □ NON

Privilégiez-vous la consommation de produits alimentaires allégés quand vous en avez la possibilité ? □ OUI □ NON

VOS MODES DE CONSOMMATION

Vous arrive-t-il de sauter des repas ? □ OUI □ NON

- Si oui, quel(s) type(s) de repas ?
□ Petit déjeuner □ Déjeuner □ Dîner □ Tous et je grignote □ Tous (régime restrictif)

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Vous levez-vous la nuit pour manger ?	□	□	□	□
Mangez-vous entre les repas?	□	□	□	□

Combien de temps consacrez-vous en moyenne au déjeuner ?
□ < 10 min □ 10 à 20 min □ > 20 min

Pensez-vous que votre alimentation est…
□ Très équilibrée □ Plutôt équilibrée □ Pas très équilibrée □ Pas du tout équilibrée

Si vous pensez que votre alimentation n'est pas équilibrée, quelle en est la raison? (Plusieurs choix possibles)
□ Manque de temps □ Manque d'argent
□ Manque de connaissances/d'informations sur l'équilibre alimentaire
□ L'alimentation n'est pas une priorité pour moi
□ Autre _____

Avez-vous déjà suivi un régime? ☐ OUI ☐ NON

- ***Si oui, combien de fois?*** ☐ 1 fois ☐ 2 ou 3 fois ☐ > 3 fois
- ***Si oui, dans quel but ?*** ☐ Perte de poids ☐ Gain de poids ☐ Pb de santé

- ***Si oui, auprès de qui avez vous établi votre régime?***
☐ Votre médecin traitant ☐ Un autre médecin ☐ Diététicien(ne) ☐ Ami
☐ Presse/Média ☐ Moi-même ☐ Autre _____

- **Vous êtes-vous fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien "l'estomac plein"?** ☐ OUI ☐ NON
- **Craignez-vous souvent d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?** ☐ OUI ☐ NON
- **Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?** ☐ OUI ☐ NON
- **Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?** ☐ OUI ☐ NON
- **Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?** ☐ OUI ☐ NON

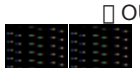
Avez-vous changé vos habitudes alimentaires à la suite d'un événement majeur de votre vie? ☐ OUI ☐ NON

- ***Si oui, quel(s) type(s) d'événement(s) ?***
☐ Décès d'un proche ☐ Divorce des parents ☐ Séparation d'avec la famille ☐ Violence (physique/sexuelle) ☐ Maladie grave ☐ Echec scolaire
☐ Rupture sentimentale ☐ Dépression ☐ Arrêt du tabac
☐ Arrêt du sport ☐ Déménagement ☐ Grossesse
☐ Mariage ☐ Puberté ☐ Autre _____

- ***Si oui, quelles ont été ces modifications alimentaires ?***
☐ Repas plus copieux ☐ Grignotage ☐ Repas moins copieux
☐ Restriction alimentaire ☐ Compulsions alimentaires ☐ Autres _____

VOTRE ACTIVITE PHYSIQUE

Pratiquez-vous une activité sportive? ☐ OUI ☐ NON

- *Si oui, combien de fois par semaine?* 
- *Si oui, combien dure une séance?* ☐ <30 min ☐ 30-60min ☐ >60 min

VOTRE VISION DES CHOSES

Etes-vous satisfait de votre poids actuel? ☐ OUI ☐ NON

Vous considérez-vous personnellement : ☐ Trop mince ☐ Normal ☐ Trop gros(se)

De manière générale, pensez-vous que votre état de santé est…
☐ Très bon ☐ Plutôt bon ☐ Plutôt mauvais ☐ Très mauvais

Avez-vous déjà pris des tranquillisants, anxiolytiques ? ☐ OUI ☐ NON
Avez-vous déjà pris des antidépresseurs ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous déjà pris des somnifères ? □ OUI □ NON

- Si oui, c'était…

□ Pour vous soigner □ Avant un examen □ Pour faire la fête
□ Contre le stress, l'angoisse □ Pour améliorer vos performances □ Pour vous détendre
□ Pour dormir □ Pour vous stimuler □ Par dépendance

- Si oui, comment vous les êtes vous procurés ?

□ Votre médecin traitant □ Un autre médecin □ un(e) ami(e)
□ armoire à pharmacie □ internet □ Autres └──────┘

ACCES AU SOINS

Avez-vous un médecin généraliste traitant ? □ OUI □ NON

Si oui,

- Depuis combien d'année est-il votre médecin traitant ?  ans
- En moyenne, combien de fois le voyez vous par an ?  fois
- Quand l'avez-vous vu la dernière fois ?  (en semaines)

Si vous ne l'avez pas vu dans les 12 derniers mois, pour quelle raison ?

□ Je n'en n'ai pas ressenti le besoin
□ J'ai des difficultés financières / de couverture maladie
□ Je n'ai pas le temps
□ Mon médecin traitant n'exerce pas dans la ville dans laquelle j'habite
□ Je n'ai pas de médecin traitant
□ Autres └──────┘

Vous sentez vous à l'aise pour discuter des sujets traités dans ce questionnaire avec votre médecin traitant ?
□ Très à l'aise □ Plutôt à l'aise □ Pas très à l'aise □ Pas du tout à l'aise

Sur quels thèmes de prévention santé souhaiteriez-vous avoir plus d'informations ? (Classer par ordre de préférence de 1 à 8)

Anorexie / Boulimie / Obésité	
Equilibre alimentaire	
Cannabis / Autres substances psychoactives	
Alcool	
Dépression / Troubles psychiques	
Stress	
Activité physique	
Tabac	

En remplissant ce questionnaire, vous collaborez à une étude mise en place dans le cadre d'un travail de recherche conduit au CHU de Rouen, dont le but est de mieux connaître les habitudes de consommation des étudiants, et plus généralement leur état de santé.

Ce travail servira de base à la réalisation de la thèse de médecine de Julie DELAY, un taux de participation élevé permettra un travail de qualité !

Une bonne hygiène de vie et de bonnes habitudes alimentaires sont des éléments clés pour la santé et la prévention de certaines maladies, c'est pourquoi vos réponses nous intéressent. Les résultats de cette étude nous permettrons de mettre en place des outils de prévention et nous aideront à élaborer des plans d'action dans le domaine de la prévention et de la santé. Merci de votre participation.

Ce questionnaire a été conçu par :

Julie DELAY (interne en médecine générale)
Dr Sébastien GRIGIONI
Dr Joël LADNER
Dr Marie-Pierre TAVOLACCI

Pour tout renseignement, veuillez contacter le secrétariat de l'unité de Nutrition du CHU de Rouen au 02.32.88.81.22

ANNEXE 2

Comité d'Ethique de la Recherche non-interventionnelle
CHU de Rouen

Président : *Pr Luc-Marie JOLY*
Vice Président : *Pr Jean-Jacques TUECH*
Membres :
Pr Loic FAVENNEC
Pr Isabelle MARIE
Dr Didier PINQUIER
Dr Horace ROMAN
Dr Eric VERIN

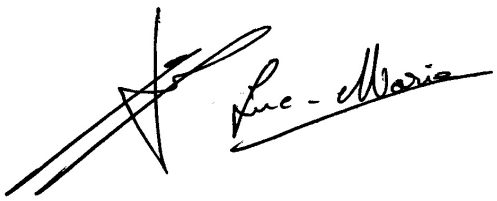
Rouen le 24 - 6 - 2015

Le comité d'éthique de la recherche du CHU de Rouen a examiné le courrier et le protocole (E2015-24) du Dr Joël LADNER intitulé **:** " Campus Santé 2 "

Ce protocole propose de rapporter les résultats d'une étude non interventionelle, ne comportant pas de procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance conformément à l'article R 1121-2 du CSP.

Ce protocole ne pose pas de problème éthique et se trouve en conformité avec la loi française sur la recherche non-interventionnelle.
Le comité donne un avis favorable.

Professeur Luc-Marie JOLY
Président



BIBLIOGRAPHIE

1. Grigioni S. Conduites addictives, habitudes de consommation et troubles du comportement alimentaire: Etude transversale chez 1744 étudiants en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2007.
2. LMDE, EPSE, Mutualité française. Santé et conditions de vie des étudiants. Enquête nationale et sythèses régionales. Rue des écoles. Paris; 2012. 299 p.
3. Aït-Kaci H, Bach L, Martinez C, Rossignol L, Laniepce B. La santé des étudiants - Enquête nationale et synthèses régionales. Vie Universitaire. Vie Universitaire; 2005. 300 p.
4. Spilka S, Le Nézet O. Premiers résultats du volet français de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) 2011. OFDT; 2012.
5. Beck F, Tovar M-L, Spilka S, Guignard R, Richard J-B. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances, n°76; 2011.
6. HAS. Test de Fagerström simplifié. 2014.
7. Lermenier A, Palle C, Tovar M-L. Résutats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique. Prévalence, comportements d'achat et d'usage, motivations des utilisateurs de la cigarette électronique. OFDT; 2014.
8. Fillmore MT, Jude R. Defining « binge » drinking as five drinks per occasion or drinking to a .08% BAC: which is more sensitive to risk? Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict. oct 2011;20(5):468‑75.
9. Esser MB, Hedden SL, Kanny D, Brewer RD, Gfroerer JC, Naimi TS. Prevalence of Alcohol Dependence Among US Adult Drinkers, 2009–2011. Prev Chronic Dis [Internet]. 20 nov 2014 [cité 21 juin 2015];11. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241371/
10. Spilka S, Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances. mai 2015;(100).
11. Petit A, Karila L, Lejoyeux M. L'abus de boissons énergisantes présente-t-il un risque ? Presse Médicale [Internet]. [cité 31 janv 2015]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498214006447
12. Picard-Masson M. Les liens entre consommation de boissons énergisantes et consommation de psychotropes chez les jeunes : que connaissons-nous du phénomène ? Drogue Santé Société. déc 2014;13, no 2:1‑25.
13. Patrick ME, Maggs JL. Energy Drinks and Alcohol: Links to Alcohol Behaviors and Consequences Across 56 Days. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. avr 2014;54(4):454‑9.
14. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. 2015.
15. Fontes MA, Bolla KI, Cunha PJ, Almeida PP, Jungerman F, Laranjeira RR, et al. Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. Br J Psychiatry J Ment Sci. juin 2011;198(6):442‑7.
16. Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. Presse Médicale. déc 2012;41(12, Part 1):1233‑40.
17. Boujut E, Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois M-L. La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2009;167(9):662‑8.
18. Tavolacci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence

and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. BMC Public Health. 6 août 2013;13(1):724.
19. de Monteynard L-A, Younès N, Melchior M. Facteurs sociodémographiques et recours aux soins pour raisons psychologiques chez les jeunes adultes. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. août 2013;61(4):351‑61.
20. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. 5 sept 2014;384(9945):766‑81.
21. USEN. ENNS : étude nationale nutrition santé / Enquêtes et études / Nutrition et santé / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. InVS; 2006 [cité 26 juill 2015]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/ENNS-etude-nationale-nutrition-sante
22. Nakai Y, Nin K, Noma S. Eating disorder symptoms among Japanese female students in 1982, 1992 and 2002. Psychiatry Res. 30 sept 2014;219(1):151‑6.
23. Neumark-Sztainer D, Wall M, Haines J, Story M, Eisenberg ME. Why Does Dieting Predict Weight Gain in Adolescents? Findings from Project EAT-II: A 5-Year Longitudinal Study. J Am Diet Assoc. mars 2007;107(3):448‑55.
24. Grigioni S, Garcia F-D, Déchelotte P. Sémiologie et classification des troubles du comportement alimentaire: Eating disorders: Semiology and classification. Médecine Mal Métaboliques. mars 2012;6(2):125‑30.
25. Bonnaud-Antignac A, Tessier P, Quere M, Guihard É, Hardouin J-B, Nazih-Sanderson F, et al. Stress, qualité de vie et santé des étudiants. Suivi de cohorte en première année commune d'étude en santé (PACES). J Thérapie Comport Cogn. juin 2015;25(2):58‑65.
26. Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. Presse Médicale. avr 2007;36(4, Part 1):582‑90.
27. Lesage F-X, Berjot S, Deschamps F. Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. Int J Occup Med Environ Health. juin 2012;25(2):178‑84.
28. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. World J Biol Psychiatry. 28 mai 2010;11(7):888‑93.
29. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. Clin Nutr. avr 2011;30(2):178‑81.
30. INPES. Inpes - Actualités 2015 - Le tabac en France : nouvelles données du Baromètre santé Inpes 2014 [Internet]. 2014 [cité 13 août 2015]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/013-tabac-donnees-barometre-2014.asp
31. Isnard H, Helynck B, Crépey P. Perception et usage de la cigarette électronique et du tabac dans une population étudiante, enquête IDEA 2014. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2014;62, Supplement 5:S181‑2.
32. Lahlou L, Bennan N, Saad A, Boufars A, Mrabet M, Razin R. « Burn out » et stress chez les étudiants en médecine de Rabat, Maroc. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. mai 2015;63:S83.

33. Walburg V, Arnault S, Callahan S. Les croyances rationnelles et irrationnelles en lien avec le niveau de stress des étudiants confrontés à l'idée d'un échec aux examens universitaires. J Thérapie Comport Cogn. mars 2014;24(1):14‑23.
34. Werle C-O-C. Les biais perceptuels influençant la consommation alimentaire et l'évolution de l'obésité. Médecine Mal Métaboliques. sept 2014;8(4):449‑54.
35. Grigioni S, Déchelotte P. Épidémiologie et évolution des troubles du comportement alimentaire. Médecine Nutr. 2012;48(1):28‑32.
36. Tavolacci MP, Grigioni S, Richard L, Meyrignac G, Dechelotte P, Ladner J. Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Sudents. Journal of Nutrition and Education « sous presse ». 2015;
37. Striegel-Moore RH, Rosselli F, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, May A, et al. Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. Int J Eat Disord. 1 juill 2009;42(5):471‑4.
38. Torstveit MK, Aagedal-Mortensen K, Stea TH. More than Half of High School Students Report Disordered Eating: A Cross Sectional Study among Norwegian Boys and Girls. PLoS ONE [Internet]. 31 mars 2015 [cité 19 août 2015];10(3). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4380422/
39. Zakhem E, Hage R El, Pezé T, Hurdiel R, Zunquin G, Theunynck D. Facteurs associés à la suspicion de troubles du comportement alimentaire chez des étudiants de l'Université du Littoral Côte d'Opale. Rev DÉpidémiologie Santé Publique.
40. Badiger S, Kundapur R, Jain A, Kumar A, Patanashetty S, Thakolkaran N, et al. Self-medication patterns among medical students in South India. AMJ. 2012;5(4):217‑20.
41. La Puma J, Priest E. Is there a doctor in the house?: An analysis of the practice of physicians' treating their own families. JAMA. 1 avr 1992;267(13):1810‑2.
42. Dagnicourt P. Soigner ses proches, une attitude à raisonner ? Reflexion sur les interférences entre la relation de soin et la relation préexistante par enquête qualitative. [Angers]: Angers; 2012.