

# Prévalence de la consommation de substances psycho-actives chez les étudiants en médecine de France métropolitaine en 2016-2017

Alienor Bourbon

▶ **To cite this version:**

Alienor Bourbon. Prévalence de la consommation de substances psycho-actives chez les étudiants en médecine de France métropolitaine en 2016-2017. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01877669

**HAL Id: dumas-01877669**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01877669**

Submitted on 20 Sep 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Prévalence de la consommation de substances psycho-actives chez les étudiants en médecine de France métropolitaine en 2016-2017.

# T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 13 Octobre 2017**

**Par Madame Aliénor BOURBON**

**Née le 17 mai 1989 à St Etienne (42)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse** :

| | |
|---|---|
| **Monsieur le Professeur ROCH Antoine** | **Président** |
| **Monsieur le Professeur LANÇON Christophe** | **Directeur** |
| **Monsieur le Professeur BOYER Laurent** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur PAPALEONIDAS Georges** | **Assesseur** |

# Prévalence de la consommation de substances psycho-actives chez les étudiants en médecine de France métropolitaine en 2016-2017.

# T H È S E

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE**

**Le 13 Octobre 2017**

**Par Madame Aliénor BOURBON**

**Née le 17 mai 1989 à St Etienne (42)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse** :

| | |
|---|---|
| **Monsieur le Professeur ROCH Antoine** | **Président** |
| **Monsieur le Professeur LANÇON Christophe** | **Directeur** |
| **Monsieur le Professeur BOYER Laurent** | **Assesseur** |
| **Monsieur le Docteur PAPALEONIDAS Georges** | **Assesseur** |

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

# FACULTE DE MEDECINE

**Doyen** : Georges LEONETTI

**Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI**
**Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS**

**Assesseurs** :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission** :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

**Responsable administratif** :
* Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service** :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
* Intérieur : Joëlle FAVREGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

**DOYENS HONORAIRES**

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUTILLO-TOUATI Amapola
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger

MM GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

**1967**

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

**1974**

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

**1975**

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

**1976**

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

**1977**

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

**1978**

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

**1980**

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

**1981**

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

**1982**

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

**1985**

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

**1986**

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

**1987**

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

**1988**

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

**1989**

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

**1990**

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

**1991**

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

**1992**

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

**1994**

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

**1995**

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

**1997**

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

**1998**

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

**1999**

MM. les Professeurs
J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs
D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs
P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs
M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur
T. MARRIE (Canada)
Sir
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur
M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur
L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur
A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur
S. KAUFMANN (Allemagne)

## EMERITAT

**2013**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | BRANCHEREAU Alain | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | CARAYON Pierre | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | DELMONT Jean | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | HENRY Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | LE GUICHAOUA Marie-Roberte | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | RUFO Marcel | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2016 |

**2014**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | FUENTES Pierre | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | GAMERRE Marc | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | MAGALON Guy | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | PERAGUT Jean-Claude | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | WEILLER Pierre-Jean | 31/08/2017 |

**2015**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | COULANGE Christian | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | COURAND François | 31/08/2018 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | MATTEI Jean-François | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2016 |
| M. le Professeur | VERVLOET Daniel | 31/08/2016 |

**2016**

| | | |
|---|---|---|
| M. le Professeur | BONGRAND Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | BOUVENOT Gilles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | BRUNET Christian | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | CAU Pierre | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | COZZONE Patrick | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FAVRE Roger | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | FONTES Michel | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | JAMMES Yves | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | NAZARIAN Serge | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | OLIVER Charles | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | POITOUT Dominique | 31/08/2019 |
| M. le Professeur | SEBAHOUN Gérard | 31/08/2017 |
| M. le Professeur | VIALETTES Bernard | 31/08/2019 |

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALESSANDRINI Pierre Surnombre
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZORIN Jean-Michel
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon
BERNARD Jean-Paul

BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier

BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA Alain Surnombre
BOTTA/FRIDLUND Danielle

BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe

BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane

CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia

CHAUVEL Patrick Surnombre
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier

CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELARQUE Alain
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe

DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc

DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence

FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRAISSE Alain Disponibilité
FRANCES Yves Surnombre

FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc

GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte

GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOLIVET/BADIER Monique
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
LAFFORGUE Pierre
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUGIER René
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

**PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

**PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

**PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

**PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

Mis à jour 16/11/2016

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent
ANDRE Nicolas
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine
BACCINI Véronique
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole

CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOUILLOUX Virginie
FRERE Corinne
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GAUDY/MARQUESTE Caroline
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GREILLIER Laurent
GRISOLI Dominique
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
JOURDE CHICHE Noémie
KASPI-PEZZOLI Elise
KRAHN Martin
L'OLLIVIER Coralie

LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude
LAGIER Jean-Christophe
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
SOULA Gérard
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
TROUSSE Delphine
VALLI Marc
VELLY Lionel
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise
MARANINCHI Marie

MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

Mis à jour 16/11/2016

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

# PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

# PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

## ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

## ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

## ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)
VELLY Lionel (MCU-PH)

## ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

## BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

## BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**ANGLAIS** 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE** 5405

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE** 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION** 4604

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)
SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**BIOLOGIE CELLULAIRE** 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)
ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE** 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE** 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE** 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE** 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE** 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE** 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE** 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE** 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**CHIRURGIE INFANTILE** 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE** 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,**
**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE** 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE** 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

Mis à jour 16/11/2016

**GENETIQUE** 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE** 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE** 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE** 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION** 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**IMMUNOLOGIE** 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION** 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES** 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE** 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH
SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

**NUTRITION** 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE** 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION** 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
DELARQUE Alain (PU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL** 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**NEPHROLOGIE** 5203

BERLAND Yvon (PU-PH)
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

**NEUROCHIRURGIE** 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**OPHTALMOLOGIE** 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE** 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE** 4502

DESSEIN Alain (PU-PH)
PIARROUX Renaud (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PEDIATRIE** 5401

CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

ANDRE Nicolas (MCU-PH)

**NEUROLOGIE** 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
POUGET Jean (PU-PH) Surnombre

**PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE** 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE** 4803

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

**PHILOSPHIE** 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)

**PHYSIOLOGIE** 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre
JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

Mis à jour 16/11/2016

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE** 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE** 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE** 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE** 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE** 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE** 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**UROLOGIE** 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

# REMERCIEMENTS

Au Professeur Antoine Roch, chef de service des urgences à l'hôpital Nord de Marseille, qui me fait l'honneur de présider mon jury, merci pour votre disponibilité et votre encadrement au cours de mon stage.

Au Professeur Christophe Lançon, chef de service de psychiatrie à l'hôpital de la Conception à Marseille, qui a accepté d'emblée de diriger mon travail de thèse, et qui a su m'orienter tout au long de celui-ci.

Au Professeur Laurent Boyer, chef de service du service d'économie de la santé d'épidémiologie et de prévention à la faculté de Marseille, et à Mr Mohamed Boucekine pour la réalisation de l'analyse statistique. Merci de votre travail, et de vos précieux conseils pour faire de ma thèse un travail pertinent et de qualité. Merci aussi de votre patience à m'accompagner dans ma découverte des statistiques.

Au Docteur Georges Papaleonidas, médecin généraliste à Maussane-les-Alpilles, mon « maître en médecine », qui me fait l'honneur de juger mon travail en étant membre de mon jury. Georges, merci de m'avoir donné le goût de la médecine générale au cours des 6 mois passés au cabinet, de m'avoir donné confiance en moi, et surtout merci pour votre amitié.

A mes chefs d'internat : Cathy, merci pour votre bienveillance et votre écoute et bravo pour votre travail, Dominique, merci pour votre confiance et pour tout ce que vous m'avez appris, Michaël, merci pour votre soutien, je ne serai pas arrivée au bout sans vous. Merci aussi à Leila, Christine, Virginie, et au Dr Delaup.

A Olivier, merci pour ton amour, ta présence, ton soutien et bien plus encore. Merci de me rendre si heureuse.

A mes parents, qui m'ont portée et supportée tout au long de ces longues études de médecine. Merci de votre amour, votre confiance et votre patience.

A ma très grande famille. Merci à mes frères, sœur, beau-frère et belles-sœurs d'avoir peuplé mes vacances de rires d'enfants. Un merci spécial à Isaure et Bertrand pour votre aide dans la dernière ligne droite (maintenant je maîtrise word !), et à Médéric pour avoir apporté ta touche personnelle au mail envoyé aux étudiants, je suis sûre que c'est grâce à toi que j'ai eu tant de réponses !

A Caro et Cam, brin d'amour et fripouille, merci pour votre amitié indéfectible tout au long de ces années.

A mes colocs chéries : Sophie, Camille, Clarisse, Daniela. Merci de m'avoir supportée au rythme des concours et des examens de mon externat, d'avoir veillé à ce que mes pauses soient agrémentées de clémentines au chocolat ou de thé. Rentrer à l'appart était un tel plaisir !

A Maude et Lolita, on s'est connues sur les bancs de la fac, je ne peux pas compter les heures que nous avons passées au cours de ces années, à réviser, à faire des pauses, mais aussi à vivre une belle amitié, à s'évader en week-end ou en vacances. Merci pour tous ces beaux-moments ! Merci aussi pour votre soutien dans les coups durs.

A mes co-internes chéris sans qui mes stages et après stages n'auraient pas été si joyeux : Soniachou (depuis le cha !) ; Gauthierchou, merci pour ta présence et ton soutien tout au long de notre internat ; Juliette et Amélie.

A Lucie, à Pierre et Adé, pour votre amitié si fidèle et si enrichissante.

Un merci spécial à Clémence pour avoir aidé à la diffusion de mon questionnaire, et à Léonard pour m'avoir guidé dans les choix de logiciel.

Aux amis d'Aix, Guillaume et Agathe, Eléonore et Benoît, Emérentiane, déconnecter de la médecine en votre présence m'a fait beaucoup de bien ! Je garde en mémoire nos pique-niques à la plage et nos escapades provençales qui se poursuivront j'espère.

Aux relecteurs et relectrices à toutes les étapes de mon travail : Olivier, Lolita, Maude, Sophie, Juliette, Marine, Isaure.

Spéciale dédicace à toi, Adrien, j'espère que de là-haut tu as applaudi ! Tes pivoines et tes macarons sont toujours dans mon cœur, 9 ans après.

# TABLE DES MATIERES


**I. INTRODUCTION ..... 5**
**1. CONTEXTE ..... 5**
**2. DEFINITIONS ..... 6**
a) Les substances psychoactives : ..... 6
b) Les modes de consommation des substances psychoactives. ..... 6
c) Neurobiologie des addictions. ..... 7
d) Le cursus des études de médecine. ..... 9
**3. INTERET DE l'ETUDE. ..... 10**
**4. OBJECTIFS DE L'ETUDE. ..... 10**
**II. MATERIEL ET METHODES ..... 11**
**1. DESCRIPTION DE L'ETUDE ..... 11**
a) Type d'étude : ..... 11
b) Caractéristiques de la population : ..... 11
c) Taille de l'échantillon. ..... 11
**2. QUESTIONNAIRE. ..... 11**
a) Caractéristiques du questionnaire : ..... 11
b) Contenu du questionnaire. (Annexe 3) ..... 12
c) Pré-test. ..... 12
**3. INDICATEURS. ..... 13**
a) Qualité de vie. ..... 13
b) Tabac ..... 13
c) Alcool ..... 13
d) Cannabis ..... 14
e) Autres substances psychoactives. ..... 14
**4. RECUEIL DES DONNÉES. ..... 14**
a) Premier contact : ..... 14
b) Envoi du questionnaire : ..... 14
c) Relances : ..... 15
d) Aspects éthiques ..... 15
**5. TRAITEMENT DES DONNÉES. ..... 15**
a) Saisie des réponses ..... 15
b) Analyse statistique des données. ..... 15
i. Analyse quantitative. ..... 15
ii. Analyse des variables qualitatives. ..... 16
**6. FINANCEMENT DE L'ETUDE ..... 16**
**III. RESULTATS ..... 17**
**1. TAILLE DE L'ECHANTILLON ..... 17**
**2. POPULATION. ..... 17**
**3. CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES. ..... 20**
a) Tabac : ..... 20
i. Prévalence : ..... 20
ii. Evolution de la consommation au cours des études : ..... 20
iii. Evaluation de la dépendance : ..... 22
b) Alcool : ..... 23
i. Prévalence : ..... 23
ii. Evolution de la consommation au cours des études. ..... 23
iii. Evaluation de la dépendance : AUDIT. ..... 24
iv. Alcoolisation ponctuelle importante. ..... 25
c) Cannabis : ..... 26

i. Prévalence : 26
ii. Evolution de la consommation au cours des études : 26
iii. Evaluation de la dépendance : CAST (Cannabis Abuse Screening Test) 27
d) Autres substances psychoactives : 27
**4. TOUTES SUBSTANCES CONFONDUES : 29**
a) Modes et contexte de consommation. 29
i. Modes de consommation : 29
ii. Contexte personnel de consommation : 29
iii. Contexte professionnel de la consommation : 30
b) Effets recherchés lors de la consommation. 30
c) Conséquences immédiates de la consommation. 31
d) Auto-évaluation et devenir de la consommation. 32
**5. FACTEURS ASSOCIÉS A LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES. 32**
a) Facteurs personnels (Tableau 18) 32
i. Sexe. 32
ii. Âge. 32
iii. Région. 32
iv. Suivi psychologue ou psychiatre au cours des études. 32
v. Vécu personnel. 33
b) Facteurs professionnels. (Tableau 19) 36
i. Niveau d'étude. 36
ii. Spécialité. 36
iii. Temps de travail moyen par semaine au cours des six derniers mois. 36
iv. Nombre de gardes moyen au cours des six derniers mois. 36
**6. QUALITÉ DE VIE DES ETUDIANTS EN MEDECINE. 38**
a) Qualité de vie par sexe (Figure 9). 38
b) Qualité de vie par régions. (Annexe 10) 38
c) Qualité de vie par lieu de vie. (Figure 10 et Annexe 11) 40
d) Qualité de vie selon le temps de travail hebdomadaire moyen des 6 derniers mois (Figure 11 et Annexe 12) 41
e) Qualité de vie selon le nombre de gardes mensuel moyen des six derniers mois (Annexe 13 et figure 12) 42
f) Qualité de vie selon le niveau d'études (Annexe 14 et figure 13). 43
**IV. DISCUSSION 44**
**1. Les résultats 44**
a) Objectif principal 44
b) Objectifs secondaires 44
i. Consommations et caractéristiques personnelles. 44
ii. Consommations et caractéristiques professionnelles. 45
iii. Dépendance aux substances. 46
iv. Les années clés des consommateurs. 46
v. Facteurs associés à la consommation. 46
vi. Mise en danger à cause de la consommation. 47
vii. Qualité de vie. 47
**2. Forces et faiblesses du travail. 49**
a) Le sujet choisi. 49
b) La validité interne de l'étude 49
i. Le recrutement de la population. 49
ii. Le questionnaire. 50
iii. Indicateurs et méthodes d'analyse. 51
iv. Puissance de l'étude. 51
c) Validité externe 51
**3. Implications pour l'avenir et hypothèses de recherche. 53**
**V. CONCLUSION 54**

**VI. ANNEXES ..... 55**
ANNEXE 1 : Critères de dépendance de la CIM-10 ..... 56
ANNEXE 2 : DSM-5 évaluation de la dépendance ..... 57
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE ..... 58
ANNEXE 4 : Questionnaire de qualité de vie : SF-12 v2 ..... 68
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTROM court ..... 69
ANNEXE 6 : Questionnaire AUDIT ..... 70
ANNEXE 7 : Questionnaire CAST ..... 72
ANNEXE 8 : Mail envoyé aux étudiants ..... 73
ANNEXE 9 : Répartition de la population : diagramme de flux. ..... 74
ANNEXE 10 : Qualité de vie par régions ..... 75
ANNEXE 11 : Qualité de vie par lieu de vie : tableau de comparaisons multiples avec correction de Bonferroni. ..... 76
ANNEXE 12 : Qualité de vie par temps de travail : tableau de comparaisons multiples avec correction de Bonferroni. ..... 78
ANNEXE 13 : Qualité de vie selon le nombre de gardes : tableau de comparaisons multiples avec la correction de Bonferroni. ..... 80
ANNEXE 14 : qualité de vie selon le niveau d'études : tableau à comparaisons multiples avec la correction de Bonferroni. ..... 82
**VII. BIBLIOGRAPHIE ..... 85**
**VIII. ABBREVIATIONS ..... 88**
**SERMENT D'HIPPOCRATE**
**RÉSUMÉ**

# TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Circuits neuronaux impliqués dans le processus addictif. ---------- 8
Figure 2 : Etudes de médecine ---------- 9
Figure 3 : Consommation de substances psychoactives, toutes substances confondues (n = 10985) ---------- 20
Figure 4 : Expérimentation d'autres substances psychoactives (n = 8258) ---------- 28
Figure 5 : Contexte personnel de consommation (n = 8258) ---------- 29
Figure 6 : Contexte professionnel de consommation (n = 8258) ---------- 30
Figure 7 : Effets recherchés des consommations (n = 8258) ---------- 31
Figure 8 : Type de mise en danger (n = 989) ---------- 31
Figure 9 : Qualité de vie par sexe ---------- 38
Figure 10 : Qualité de vie par lieu de vie ---------- 40
Figure 11 : Qualité de vie selon le temps de travail ---------- 41
Figure 12 : Qualité de vie selon le nombre de gardes ---------- 42
Figure 13 : Qualité de vie selon le niveau d'étude ---------- 43

Tableau 1 : Caractéristiques de vie personnelle de la population étudiée (n = 10985) ..... 18
Tableau 2 : Caractéristiques de vie professionnelle de la population étudiée (n = 10985) ..... 19
Tableau 3 : Année de début de consommation de tabac (n = 714) ..... 21
Tableau 4 : Année d'augmentation de la consommation de tabac (n = 1333) ..... 21
Tableau 5 : Année de diminution de la consommation de tabac (n = 603) ..... 22
Tableau 6 : Dépendance au tabac chez les étudiants en médecine consommateurs : score de Fagerström simplifié (n = 2078) ..... 22
Tableau 7 : Année de début de consommation d'alcool (n = 1726) ..... 23
Tableau 8 : Année d'augmentation de la consommation d'alcool (n = 4413) ..... 24
Tableau 9 : Année de diminution de la consommation d'alcool (n = 2811) ..... 24
Tableau 10 : Dépendance à l'alcool : score de l'AUDIT (n = 7821) ..... 24
Tableau 11 : Alcoolisation ponctuelle importante chez les étudiants (n = 7821) ..... 25
Tableau 12 : API chez les étudiants âgés de 18 à 25 ans, répartition par sexe (n=6442) ..... 25
Tableau 13 : Année de début de la consommation de cannabis (n = 483) ..... 26
Tableau 14 : Année d'augmentation de la consommation de cannabis (n = 539) ..... 26
Tableau 15 : Année de diminution de la consommation de cannabis (n = 691) ..... 27
Tableau 16 : Dépendance au cannabis : CAST (n = 1642) ..... 27
Tableau 17 : Expérimentation d'autres substances psychoactives : effectifs et pourcentages (n = 8258) ..... 28
Tableau 18 : Prévalence de la consommation de tabac, alcool et cannabis selon les caractéristiques de vie personnelle ..... 34
Tableau 19 : Prévalence de la consommation de substances psychoactives selon les caractéristiques de vie professionnelle ..... 37
Tableau 20 : Expérimentation des substances psychoactives selon l'âge (%) ..... 52

# I. INTRODUCTION

## 1. CONTEXTE

Le mal-être des médecins et des étudiants en médecine est un sujet d'actualité qui interpelle mais sans déclencher de réelles mesures préventives efficaces. Nous en avons fait la triste expérience lors du décès prématuré par suicide de deux étudiants en médecine à Marseille et à Nice en début d'année 2016, et plus récemment à Marseille et Bordeaux en 2017. 36,6% des internes en médecine générale ne se réorienteraient pas en médecine s'ils en avaient la possibilité et 46,6% d'entre eux se sentent menacés par le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out syndrome) (1). Celui-ci est bien présent dans de multiples professions mais rarement aussi tu que chez les disciples de notre art, comme nous appelait Hippocrate. « Je remplirai selon mes forces et mes capacités le serment et l'engagement suivant »(2), sait-on pour autant reconnaître lorsque nos forces sont dépassées ?

La consommation de substances psychoactives (SPA) est à la fois un marqueur de risque suicidaire et un des symptômes du syndrome d'épuisement professionnel.(3) 11% des résidents en anesthésie présentant un trouble de l'usage des substances avéré sont décédés à cause de ce trouble.(4) Il semble donc indispensable d'agir sur cette problématique pour préserver un esprit sain dans un corps sain (Juvenal) chez les médecins de demain.

Entre 1988 et 2013, Carlos Roncero et al (5) ont recensé à l'échelle mondiale 106 écrits s'intéressant à la consommation de substances psychoactives chez les étudiants en médecine, comprenant au total 88413 étudiants. Seuls 24 de ces écrits, sur 14154 étudiants, étaient réalisés en Europe, ce qui semble être un nombre peu important au regard de l'importance du problème de santé publique que posent ces consommations. Ils s'intéressaient particulièrement aux consommations d'alcool, de tabac et de cannabis. L'usage du tabac concernait 17,23% des étudiants. 24% avaient une consommation d'alcool à risque. 11,84% avaient consommé du cannabis dans le mois précédant l'étude. 2,12% rapportaient avoir consommé de la cocaïne dans le dernier mois.

Aux Etas-Unis, les études les plus complètes au sujet de la consommation de drogues des étudiants en médecine datent des années 1980 et 1990, comme recensé par Dumitrascu et al.(6) Dans cette revue, les études les plus récentes datent de 2013 et ont été menées chez 319 étudiants au plus, pour leur usage d'alcool ou de substances stimulantes (amphétamines...) seulement.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de telles études chez les étudiants en médecine de France toutes années confondues.

## 2. DEFINITIONS

### a) Les substances psychoactives :

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, une substance psychoactive est une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux comme les fonctions cognitives ou l'affect. (7)
En 1957, J Delay et P Deniker (8) ont classé ces substances psychoactives en trois catégories :

- Psycholeptiques ou sédatifs, qui comprennent :
  - Les hypnotiques : barbituriques, non barbituriques.
  - Les neuroleptiques : phénothiaziniques…
  - Les tranquillisants : anxiolytiques, benzodiazépines, antiépileptiques.
- Psychoanaleptiques ou stimulants :
  - Les thymoanaleptiques, stimulants de l'humeur : antidépresseurs.
  - Les nooanaleptiques stimulants de la vigilance : amphétaminiques, khat, anorexigènes.
  - Les stimulants : tabac, caféine.
- Psychodysleptiques ou hallucinogènes :
  - Hallucinogènes ou onirogènes : mescaline, kétamine
  - Délirogènes : LSD
  - Stupéfiants : morphine, héroïne, opium
  - Alcool et ses dérivés.

En 1992, la classification de Pelicier et Thuillier(9) tente de moderniser et classifier celle de Delay et Deniker, en classant les SPA en trois groupes : dépresseurs, stimulants, et perturbateurs du système nerveux central. Elle apporte quelques modifications.
En effet, elle classe les morphiniques, naturels ou semi synthétiques tels que l'héroïne, la morphine, l'opium, la codéine ; ou de synthèse tels que les antalgiques ou les traitements de substitution des opiacés parmi les dépresseurs du système nerveux central.
Les cocaïniques tels que le chlorhydrate de cocaïne, le sulfate de cocaïne, font partie des stimulants.
Le cannabis, le LSD, le datura, la mescaline, mais aussi les nouveaux dysleptiques : ecstasy, GHB, kétamine notamment font partie des psychodysleptiques.

### b) Les modes de consommation des substances psychoactives.

Classiquement, on définit l'usage simple, l'usage à risque et l'addiction (10).

- L'usage simple est une consommation ponctuelle ou régulière qui n'induit pas de dommage aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social. L'individu fait un usage récréatif et sporadique de la substance.

- L'usage à risque concerne une consommation apparemment socialement réglée mais susceptible d'entraîner des dommages. Il existe deux catégories de risque :

- risque situationnel : conduite d'automobile, de motos, de scooters, de machines, et également la grossesse.
- risque quantitatif correspondant à la consommation de quantités excessives de substances psychoactives.
  L'individu fait un usage intensif, soutenu et en augmentation de la substance, par la fréquence, la quantité, et la motivation à la consommation. Les problèmes liés à l'usage commencent à apparaître mais ne suscitent pas de tentative d'abstinence.

- L'addiction se caractérise par la concrétisation des dommages liés à la prise de risques, par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement visant à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne, et par la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

L'individu perd le contrôle de sa consommation et devient dépendant. Les substances initialement consommées par plaisir le sont désormais par besoin.

Actuellement, il existe deux classifications internationales concernant ces maladies psychiatriques : la CIM 10 (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS 10ème révision) dont la onzième révision est en cours d'élaboration ; et le DSM V (Manuel diagnostic des maladies mentales de l'association des psychiatres américains).

- La CIM 10 (11) (Annexe 1) distingue ainsi :

L'usage nocif, qui correspond à un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.

La dépendance, qui consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psycho active spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis à vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir, souvent puissant, parfois compulsif, de consommer une substance psychoactive.

- Le DSM V combine en un seul diagnostic de trouble d'utilisation des substances les diagnostics d'abus de substance et de dépendance à une substance que l'on retrouvait également dans le DSM IV (12). Pour chaque substance, il décrit des critères pour l'intoxication, le sevrage et les troubles induits par la substance. (13) (Annexe 2)

c) Neurobiologie des addictions.

L'addiction ou trouble de l'usage des substances peut être qualifiée de pathologie neurologique, du fait de l'altération des mécanismes cérébraux. Ces altérations neurobiologiques qui sous-tendent les comportements addictifs empruntent le circuit du plaisir et de la gestion des émotions, qui se situent sur le système dopaminergique méso cortico limbique et sur le circuit des apprentissages, des habitudes.

L'installation progressive de l'addiction s'appuie sur quatre circuits interconnectés : le circuit de la récompense, le circuit de la motivation, les voies de la

mémoire et des habitudes conditionnelles, le contrôle cortical intellectuel et exécutif. Ceux-ci interviennent respectivement dans la récompense ; la mémoire (habitude), le conditionnement, la motivation (énergie, dynamisme) ; et dans les fonctions exécutives (contrôle inhibiteur, prise de décision) (10).

Chez le sujet souffrant de trouble d'usage des substances, il existe une survalorisation du produit et de sa valeur récompensante et son souvenir entraîne une motivation accrue à s'en procurer. Le circuit de contrôle inhibiteur du cortex préfrontal est en partie déconnecté. Le cerveau reconnaît donc le besoin de substance comme primordial.

Plus précisément, les substances psychoactives activent le système mésocorticolimbique, circuit de la récompense, situé dans le cerveau moyen et entraînent un renforcement positif du comportement addictif, aussi appelé impact hédonique positif.

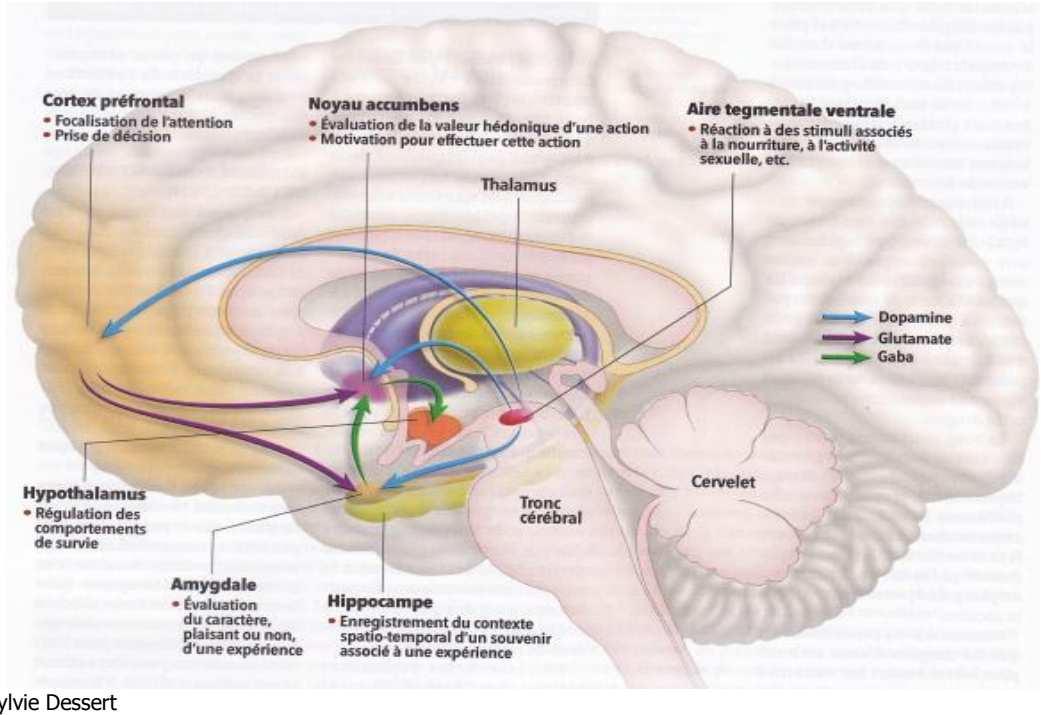
Les effets plaisants, récompensants, des drogues sont relayés par la libération de dopamine dans le noyau accubens par les terminaisons synaptiques en provenance des neurones de l'aire tegmentale ventrale du circuit mésocorticolimbique (Figure 1).

Les SPA conduisent, soit par libération de dopamine soit par inhibition de sa recapture, à une augmentation extracellulaire du taux de dopamine, jusqu'à 700% pour les amphétamines, 500% pour la cocaïne, 50% pour l'alcool.(14)

Les récompenses naturelles telles que les aliments, les boissons, l'activité sexuelle augmentent également la libération de dopamine, mais de façon bien plus brève que lors de l'administration d'une drogue.

La dopamine joue un rôle primordial dans l'addiction en permettant l'organisation des stratégies du désir, en codant la valeur du plaisir, et en favorisant la mise en mémoire de cette expérience de plaisir.

Figure 1 : Circuits neuronaux impliqués dans le processus addictif.




© Sylvie Dessert

La poursuite du comportement de consommation se fait ensuite via les automatismes : apprentissage, conditionnement.

A long terme, la perte de contrôle de la consommation, la consommation pour se soulager des effets néfastes du sevrage (renforcement négatif), la compulsion (prise en dépit des effets néfastes) et le craving (besoin impérieux de consommer, dans l'insula) qui est un facteur précipitant la rechute, mobilisent les circuits cérébraux cités ci-avant. (15)

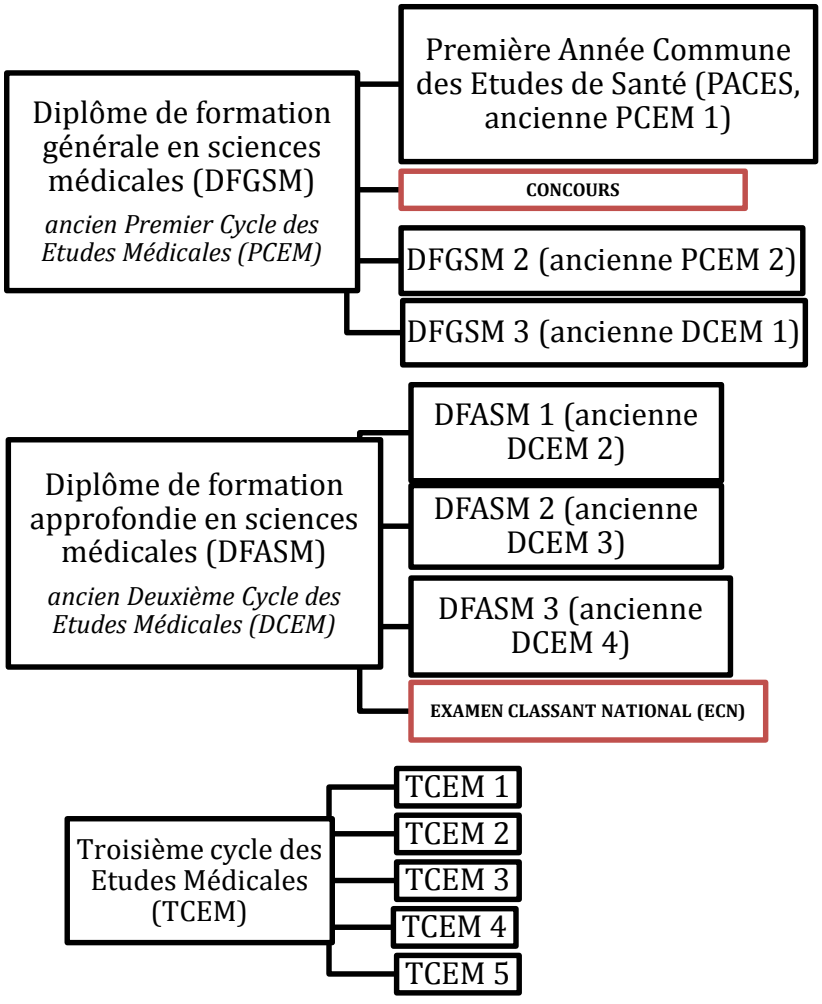
d) Le cursus des études de médecine.

Les études de médecine ont été réorganisées à plusieurs reprises au rythme des réformes. Un rappel de la terminologie des années de médecine s'avère nécessaire.

Ainsi la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) a vu le jour en 2010, par arrêté préfectoral de 2009 (16). Le diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM) est créé pour marquer la fin du premier cycle, et le diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) clôture, lui, la fin du deuxième cycle (Figure 2).

Puis, après le concours de l'examen classant national, les étudiants effectuent le troisième cycle des études médicales qui dure trois ans pour les internes de médecine générale, et cinq ans pour les internes de spécialités.

Figure 2 : Etudes de médecine



## 3. INTERET DE l'ETUDE.

La consommation de chacune des substances psychoactives susceptible d'entraîner une addiction donne plaisirs et sensations, intégrant l'intensité du plaisir obtenu par la consommation de produit et l'importance des sensations (10). Mais la consommation du produit permet aussi le soulagement de tensions, de souffrances personnelles et émotionnelles, et renforce le sentiment d'appartenance à un groupe. Ces effets sont souvent recherchés lors des consommations.

Plusieurs facteurs sont source de souffrance chez les médecins libéraux (17), et favorisent le risque de syndrome d'épuisement professionnel dont la consommation de substances psychoactives est un symptôme :

- Sur un plan professionnel : la surcharge de travail, une rémunération insuffisante, le comportement des patients, la responsabilité médicale, le désaccord entre sa pratique effective et sa pratique rêvée, la complexification de la médecine.
- Sur un plan personnel : le workalcoholism (addiction au travail), l'excès d'empathie, le perfectionnisme, le besoin de reconnaissance, l'incapacité à dire non et à poser des limites.

Chez les étudiants en médecine on peut s'attendre à retrouver ces mêmes facteurs.

En 2014, la consommation d'alcool des médecins généralistes libéraux de France métropolitaine n'était pas significativement différente de celle de la population générale(18), ils présentaient même une moindre consommation de tabac et de cannabis.

Quelle est la proportion d'étudiants consommateurs de substances psychoactives en France en 2016-2017 ?

La consommation de substances psychoactives chez les étudiants en médecine est peu explorée dans la littérature française. Elle reste cependant un sujet qui inspire des sentiments contradictoires, à la fois intérêt et crainte, pour ceux qui ont compris la complexité et l'exigence de ces études sur le plan professionnel mais également sur le plan personnel.

## 4. OBJECTIFS DE L'ETUDE.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la consommation de substances psychoactives : tabac, alcool, cannabis et autres substances psychoactives, chez les étudiants inscrits dans les facultés de médecine de France métropolitaine pour l'année scolaire 2016-2017.
Cette étude a pour objectifs secondaires de caractériser ces consommations, d'en identifier les facteurs associés, d'en étudier les conséquences personnelles et professionnelles, et d'étudier la qualité de vie des étudiants.

# II. MATERIEL ET METHODES

## 1. DESCRIPTION DE L'ETUDE.

### a) Type d'étude :

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale réalisée sous forme d'enquête par questionnaire.

### b) Caractéristiques de la population :

- Critères d'inclusion : La population cible était constituée de tous les étudiants inscrits en faculté de médecine de France métropolitaine pour l'année 2016-2017, de la PACES à la dernière année du troisième cycle. Les étudiants en disponibilité, en année médaille et en année de thèse étaient également inclus.

- Critères d'exclusion : Les étudiants inscrits dans les facultés de médecine des DOM-TOM étaient exclus.

- L'investigatrice de l'étude n'a pas répondu au questionnaire.

### c) Taille de l'échantillon.

Afin d'obtenir une étude de puissance suffisante pour avoir des résultats significatifs, il a été décidé d'inclure autant de sujets que possible, sans limite de nombre.

## 2. QUESTIONNAIRE.

### a) Caractéristiques du questionnaire :

Les étudiants ont été interrogés par le biais d'un questionnaire en ligne, anonyme, via le logiciel Google Forms.

Pour limiter le nombre de questions posées aux étudiants et pour une meilleure fiabilité des résultats, le questionnaire était adapté aux réponses des étudiants. Ainsi par exemple, un étudiant qui ne consommait pas de tabac n'avait pas accès aux questions subsidiaires à cette consommation : test de Fagerström, année de début de consommation…

Le questionnaire comportait donc :

- au minimum 23 questions pour les étudiants qui ne consommaient aucune substance.
- au maximum 140 questions pour les étudiants qui, par leur réponses, ouvraient la totalité du questionnaire.

Afin de limiter les biais dus à l'absence de réponses, toutes les questions devaient comporter une réponse pour pouvoir passer à la question suivante et arriver à la fin du questionnaire. Les étudiants pouvaient revenir sur leurs réponses en cas d'erreur. A la fin du questionnaire il fallait cliquer sur envoyer pour que la réponse soit enregistrée.

Afin de permettre une meilleure analyse des données, toutes les questions ne pouvaient comporter qu'une seule réponse. Elles se présentaient sous forme de menu déroulant, de question à choix multiples, de tableau avec réponses en oui / non à chaque item. Nous avons choisi de ne pas inclure de réponses à remplir manuellement, de type « autre : », devant un nombre de répondants probablement élevé.

Remplir le questionnaire nécessitait en moyenne 15 minutes.

b) Contenu du questionnaire. (Annexe 3)

La première partie du questionnaire s'intéressait aux données démographiques : âge, sexe, vie de couple, enfants, lieu de vie ; et professionnelles : la faculté de rattachement des étudiants.

La deuxième partie du questionnaire évaluait la qualité de vie des étudiants, à l'aide du score de qualité de vie SF12-v2 (Annexe 4).

La troisième partie du questionnaire concernait la vie professionnelle : année d'étude, spécialité, temps de travail, nombre de gardes, nombre de week-end libres par mois, temps de vacances.

Une quatrième partie interrogeait sur le suivi et le vécu psychologique ou psychiatrique des étudiants au cours de leurs études.

Une question intermédiaire interrogeait les étudiants sur l'existence ou non d'une consommation de substance quelle qu'elle soit, afin de permettre à tous ces étudiants de ne pas avoir à répondre à la suite du questionnaire qui ne les concernait donc pas.

La cinquième partie recueillait les consommations et modes de consommation pour le tabac, l'alcool et le cannabis, avec pour chacune de ces substances un test d'évaluation, et des questions sur l'évolution de leurs consommations au cours de leurs études : année de début, augmentation, diminution.

Une question intermédiaire effectuait un screening des consommations des autres substances psychoactives au cours des études.

La sixième partie s'intéressait au mode de consommation de toutes ces substances : seul ou en groupe, sur le lieu de travail ou non, les effets recherchés, le contexte personnel ou professionnel dans lequel se fait cette consommation.

La dernière partie consistait en une auto-évaluation de sa consommation et de ses conséquences.

c) Pré-test.

Le questionnaire a été testé auprès de plusieurs personnes :

- Le directeur de thèse, spécialiste en psychiatrie et addictologie.
- Le spécialiste en santé publique.
- Deux internes en médecine : une interne de psychiatrie et une interne de médecine générale.
- Deux professionnels exerçant une profession non médicale.

Ces personnes ont donné leurs avis afin d'optimiser la clarté du questionnaire, son contenu, sa durée, et son interactivité.

## 3. INDICATEURS.

### a) Qualité de vie.

Les étudiants étaient interrogés sur leur état de santé à l'aide du questionnaire de qualité de vie SF-12 dans sa deuxième version (SF-12v2). (Annexe 4) Il présente moins d'items et ses résultats définissent un état de santé comparable à celui du questionnaire SF-36. (19) (20)

Le questionnaire SF-12v2 évalue huit dimensions de la santé :

- PF (Physical Functionning) : fonctionnement physique.
- RP (Role Physical) : limitation physique.
- BP (Bodily Pain) : douleur physique.
- GH (General Health) : état général.
- VT (Vitality) : vitalité.
- SF (Social Functionning) : fonctionnement social.
- RE (Role Emotionnal) : limitation émotionnelle.
- MH (Mental Health) : santé mentale.

Deux scores synthétiques sont calculés à partir de ces huit échelles : un score agrégé de santé physique (Agreggate Physical Health Score), regroupement de PF, RP, BP, et GH, et un score agrégé de santé mentale (Agreggate Mental Health Score), regroupement de VT, SF, RE et MH.

Ces scores ont été construits de façon que la moyenne en population générale soit de 50.

Les scores tendant vers 100 indiquent une meilleure qualité de vie (21).

### b) Tabac

Nous avions utilisé le test de Fagerström pour évaluer la dépendance nicotinique. Construit à partir du questionnaire de tolérance de Fagerström élaboré en 1978 (22) (23), il est régulièrement utilisé en pratique clinique courante. Nous avions choisi d'utiliser la forme courte pour limiter le nombre d'items dans le questionnaire, afin d'avoir un meilleur taux de réponse des étudiants (Annexe 5).

### c) Alcool.

Nous avions utilisé le questionnaire de l'AUDIT (Alcoohol Use Disorders Identification Test) (24)(25)(26)(27) pour évaluer la consommation d'alcool et identifier les sujets présentant une alcoolisation à risque. Ce questionnaire s'intéresse à la consommation d'alcool des douze derniers mois, ce qui semblait donc le plus adapté pour notre étude. (Annexe 6)

Au début du questionnaire il était rappelé la définition du verre standard, qui correspond à 10g d'alcool pur, ou une dose de bar.

d) Cannabis.

Nous avions évalué la consommation de cannabis par le Cannabis Abuse Screening Test (CAST) (Annexe 7) retenu en décembre 2014 par la Haute autorité de santé dans les outils d'aide au repérage précoce et intervention brève. (28) Cette échelle permet une description et une estimation des usages problématiques de cannabis.

e) Autres substances psychoactives.

La consommation des autres substances psychoactives était explorée par un tableau à questions fermées. Les étudiants devaient cocher oui ou non en face des substances pour indiquer s'ils en consommaient. En l'absence d'échelles standardisées spécifiques à chacune de ces substances, et dans un souci de limiter le nombre d'items du questionnaire, les caractéristiques de ces consommations : fréquence, quantité, n'ont pas été explorées.

## 4. RECUEIL DES DONNÉES.

a) Premier contact :

Les 35 facultés de médecine de France métropolitaine avaient été sollicitées en amont de la diffusion du questionnaire. Le contact s'était fait par téléphone entre le 21 et 25 novembre 2016, avec le bureau des thèses ou le service de scolarité de la faculté.

- 23 facultés demandaient une présentation du projet de thèse par un court diaporama type power point pour donner leur accord, ou obtenir l'accord du doyen.
- 7 donnaient spontanément leur accord pour diffuser le questionnaire par mail dès sa réception.
- Une faculté nous avait directement transmis les mails listes pour envoi à leurs étudiants.
- 4 facultés restaient injoignables par téléphone.

b) Envoi du questionnaire :

Dans un deuxième temps, dès le 13 décembre 2016 et jusqu'au 20 janvier 2017, nous avons envoyé un courriel à toutes ces facultés, y compris celles qui n'avaient pas donné de réponse, contenant le message à transmettre aux étudiants (Annexe 8) ainsi que le lien vers le questionnaire en ligne.

Dans ce message il était bien spécifié que toute personne pouvait explorer les items du questionnaire si elle le souhaitait et devait pour cela cliquer sur oui à toutes les réponses, et ne pas cliquer sur envoyer à la fin de l'étude, ce qui aurait pu fausser les résultats. Ceci permettait aux services de scolarité et aux doyens de donner un consentement éclairé à la diffusion du questionnaire.

c) Relances :

Fin janvier 2017, après avoir au préalable relancé les responsables de scolarité des différentes facultés, un courriel était envoyé directement aux doyens des facultés n'ayant pas apporté de réponse aux sollicitations précédentes. Ce courriel a permis d'obtenir l'accord de deux doyens pour la diffusion dans leurs facultés.

Pour finir, pour les facultés où nous n'avions toujours pas de réponse, nous avions choisi de diffuser le questionnaire par les réseaux sociaux (Facebook), sur les groupes d'échanges des étudiants d'une même faculté. Ils présentent l'avantage de regrouper un grand nombre d'étudiants d'une même faculté toutes années confondues, et d'être parfois plus consultés que les boîtes mail universitaires. La diffusion s'est également effectuée par le biais des collègues de travail : internes, externes qui l'ont ensuite transmis à leurs connaissances.

Les réponses étaient collectées directement en ligne, jusqu'au 15 mai 2017 inclus.

d) Aspects éthiques.

Le CIL (Comité Informatique et Liberté) de Marseille a été contacté. Il nous a été répondu que notre étude ne nécessitait pas d'avis de la CIL car elle ne concernait pas les patients ou le personnel de l'APHM (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille).

Toutes les mesures ont été prises pour garantir l'anonymat des participants à l'étude : anonymat du questionnaire, analyse des données par classe d'âge, regroupement de régions, regroupement d'années d'étude.

## 5. TRAITEMENT DES DONNÉES.

a) Saisie des réponses.

Les données collectées anonymement sur Google forms® ont pu être extraites directement sous forme de tableur grâce au logiciel MICROSOFT® Excel®.

b) Analyse statistique des données.

L'analyse statistique a été réalisée par le service de santé publique de la faculté de médecine de la Timone à Marseille ainsi que par l'investigatrice de l'étude, après exportation des données depuis le logiciel Google forms® sur tableur Excel® et recodage des variables dans le tableur.

Le logiciel utilisé était le logiciel IBM® SPSS® Statistics pour Windows.

i. Analyse quantitative.

Dans un premier temps, les tableaux descriptifs de la population de l'étude ont été établis à partir des effectifs et fréquences des différents déterminants (âge, sexe…).

Ensuite, les années de début, d'augmentation et de diminution des consommations ont été identifiées pour le tabac, l'alcool et le cannabis. Etant donné

que les effectifs étaient importants, les proportions des deux années qui recueillaient le plus de réponses ont pu être comparées grâce au z test.

ii. Analyse des variables qualitatives.

La prévalence des consommation de tabac, alcool, cannabis a été croisée avec les caractéristiques de la population personnelles et professionnelles.

Pour rechercher une association entre ces variables, le test du Chi-2 était utilisé et permettait de déterminer si la différence entre deux distributions de fréquences était statistiquement significative.

Enfin, la qualité de vie a été comparée sur les différents déterminants de la population au moyen d'un test t de comparaison de moyenne.

Lorsqu'un paramètre comportait plus de 2 groupes, il a été réalisé des comparaisons par paires (paires de régions, paires de niveau d'étude…) La multiplication des tests a nécessité de corriger la p valeur par la correction de Bonferroni. On obtenait ainsi un niveau de significativité p global, et un p par paires.

L'ensemble des analyses a été réalisé avec un seuil de significativité (p) fixé à 0,05.

## 6. FINANCEMENT DE L'ETUDE.

L'étude a été intégralement financée par son auteur.

# III. RESULTATS

## 1. TAILLE DE L'ECHANTILLON

L'échantillon était constitué de 10985 étudiants.

## 2. POPULATION.

- Caractéristiques de vie personnelle (Tableau 1) :

La population de l'étude comprenait une grande majorité de femmes (68,4%), et d'étudiants âgés de 12 à 25 ans (83%). Les étudiants qui avaient le plus participé étaient rattachés aux facultés des régions Ile-de-France et Rhône-Alpes.

Les étudiants vivaient plutôt en logement indépendant.

37,4% avaient vécu le deuil d'un proche et 21,8% rapportaient avoir des difficultés financières au cours de leurs études de médecine.

Tableau 1 : Caractéristiques de vie personnelle de la population étudiée (n = 10985)

| | EFFECTIF (%) |
|---|---|
| **SEXE** | |
| 1. Masculin | 3467 (31,6) |
| 2. Féminin | 7518 (68,4) |
| **AGE** | |
| - < 18 ans | 185 (1,7) |
| - 18-25 ans | 9121 (83) |
| - >= 26 ans | 1679 (15,3) |
| **REGION DE RATTACHEMENT** | |
| 1. Nouvelle Aquitaine | 380 (3,5) |
| 2. Bourgogne/Franche-Comté | 641 (5,8) |
| 3. Bretagne | 473 (4,3) |
| 4. Centre Val de Loire | 638 (5,8) |
| 5. Grand Est | 302 (2,7) |
| 6. Hauts de France | 855 (7,8) |
| 7. Ile-de-France | 2927 (26,6) |
| 8. Normandie | 1189 (10,8) |
| 9. Occitanie | 405 (3,7) |
| 10. Provence Alpes Côte d'Azur | 606 (5,5) |
| 11. Pays de la Loire | 40 (0,4) |
| 12. Rhône-Alpes/Auvergne | 2529 (23) |
| **LIEU DE VIE** | |
| 1. Chez la famille | 3231 (29,4) |
| 2. En logement indépendant | 5072 (46,2) |
| 3. Vie en communauté (foyer, internat, colocation, chez l'habitant) | 2682 (24,4) |
| **VIE AVEC LE CONJOINT *** | |
| NON | 3537 (63,7) |
| OUI | 2014 (36,3) |
| **SUIVI PSYCHOLOGUE OU PSYCHIATRE PENDANT LES ETUDES** | |
| 1. Oui | 1345 (12,2) |
| 2. Non | 9640 (78,8) |
| **EVENEMENTS DE VIE** | |
| 1. Deuil d'un proche - Oui | 4104 (37,4) |
| - Non | 6881 (62,6) |
| 2. Violences sexuelles - Oui | 156 (1,4) |
| - Non | 10829 (98,6) |
| 3. Violences conjugales - Oui | 117 (1,1) |
| - Non | 10868 (98,9) |
| 4. Agression physique - Oui | 537 (4,9) |
| - Non | 10448 (95,1) |
| 5. Divorce des parents - Oui | 766 (7) |
| - Non | 10219 (93) |
| 6. Difficultés financières - Oui | 2395 (21,8) |
| - Non | 8590 (78,2) |

***** Parmi les 5551 étudiants en couple

- Caractéristiques de l'activité professionnelle (Tableau 2).

Les étudiants qui avaient répondu au questionnaire n'avaient pour la plupart pas passé les ECN (80,3%). Pour la majorité, leur temps de travail était donc inférieur à 20 heures, et ils n'avaient aucune garde.

Tableau 2 : Caractéristiques de vie professionnelle de la population étudiée (n = 10985)

| | **EFFECTIF (%)** |
|---|---|
| **ANNÉE D'ÉTUDE** | |
| 1. PACES (primant, doublant, triplant) | 3051 (27,8) |
| 2. DFGSM (DFGSM2 et DFGSM 3) | 2581 (23,5) |
| 3. DFASM (DFASM 1, 2 et 3) | 3488 (31,8) |
| 4. Post-ECN (internes, disponibilité en cours, année de thèse) | 1865 (17) |
| **SPÉCIALITÉ** | |
| 1. Etudiants n'ayant pas passé les ECN | 8820 (80,3) |
| 2. Spécialités médicales | 1991 (18,1) |
| 3. Spécialités chirurgicales | 174 (1,6) |
| **TEMPS DE TRAVAIL MOYEN PAR SEMAINE DES 6 DERNIERS MOIS** | |
| 1. <=20 heures | 5623 (51,2) |
| 2. 20 à 50 heures | 4208 (38,3) |
| 3. >=50 heures | 1154 (10,5) |
| **NOMBRES DE GARDES MOYEN DES 6 DERNIERS MOIS** | |
| - Aucune | 6602 (60,1) |
| - 1 à 3 | 3239 (29,5) |
| - >3 | 1144 (10,4) |

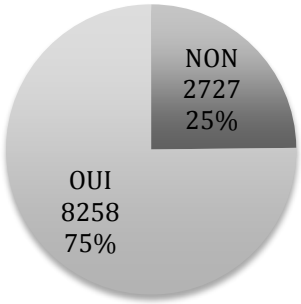
## 3. CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES.

A la question intermédiaire numéro 23 sur les consommations de substances, 75.2% des étudiants interrogés déclaraient avoir consommé des substances psychoactives au cours de leurs études (Figure 3).

24,8% (2727) des étudiants ont indiqué n'avoir jamais consommé aucune substance psychoactive parmi l'alcool, le tabac, le cannabis, la cocaïne, le crack, l'ecstasy, la MDMA, le LSD, l'héroïne, les opiacés hors héroïne, les codéinés, le SUBUTEX, la METHADONE, les benzodiazépines, les drogues de synthèse, le spice, le protoxyde d'azote, le datura, la KETAMINE.

Ceux-ci n'avaient donc pas à répondre aux questions suivantes sur les différentes consommations.

Figure 3 : Consommation de substances psychoactives, toutes substances confondues (n = 10985)




Les analyses des consommations qui vont suivre ont donc été réalisées chez les 8258 étudiants consommateurs. (Annexe 9)

### a) Tabac :

#### i. Prévalence :

25,2 % (2078) des étudiants déclaraient consommer du tabac au moment de l'étude (Annexe 9).

#### ii. Evolution de la consommation au cours des études :

- **DEBUT.**

Parmi eux, 65,6% (1364) admettaient avoir commencé à fumer avant les études de médecine alors que 34,4 % (714) avaient débuté leur consommation pendant les études.

En utilisant le z-test avec un niveau de significativité $p< 0,05$, nous avons pu identifier que parmi les étudiants de PACES 82,3% déclaraient avoir débuté leur consommation en première année de médecine primant, 16,7% en doublant ($p < 0,001$), comme détaillé dans le tableau 3.

Pour les étudiants de DFGSM, l'année de PACES primant était aussi déclarée comme l'année principale de début de consommation (p = 0,0151).

Les étudiants de DFASM et post-ECN déclaraient avoir débuté leur consommation de tabac en DFGSM 2 (respectivement 31,2% et 23,3%).

Tableau 3 : Année de début de consommation de tabac (n = 714)

| ETUDIANTS | PACES | DFGSM | DFASM | POST-ECN |
|---|---|---|---|---|
| **Année de début** | - PACES primant : 79 (82,3%) | - PACES primant : 58 (44,3%) | - PACES primant : 81 (28,4%) | - PACES primant : 37 (18,3%) |
| | - PACES doublant : 16 (16,7%) | - DFGSM 2 : 39 (29,8%) | - DFGSM 2 : 89 (31,2%) | - DFGSM 2 : 47 (23,3%) |
| **Echantillon** | 96 | 131 | 285 | 202 |
| **Z test** | p < 0,001 | p = 0,0151 | p= 0,4649 | p = 0,2157 |

Seuil de significativité p < 0,05

- **AUGMENTATION**

64,1% (1333) des étudiants consommateurs de tabac déclaraient que leur consommation avait augmenté pendant leurs études.

Comme nous le voyons dans le tableau 4, pour les PACES, l'année de PACES primant était l'année où ils avaient augmenté leur consommation. Entre la deuxième et la sixième année de médecine incluses, les deux années les plus citées étaient la PACES primant et la DFGSM 2.
La DFASM 3 étaient identifiée comme l'année d'augmentation de la consommation de tabac par les étudiants en post-ECN (p = 0,003).

Tableau 4 : Année d'augmentation de la consommation de tabac (n = 1333)

| ETUDIANTS | PACES | DFGSM | DFASM | POST-ECN |
|---|---|---|---|---|
| **Année d'augmentation** | - PACES primant : 249 (88,3%) | - PACES primant : 117 (36,4%) | - PACES primant : 93 (20,1%) | - DFGSM 2 : 41 (15,4%) |
| | - PACES doublant : 31 (11%) | - DFGSM 2 : 109 (34%) | - DFGSM 2 : 103 (22,2%) | - DFASM 3 : 69 (25,8%) |
| **Echantillon** | 282 | 321 | 463 | 267 |
| **Z test** | p < 0,001 | p = 0,5244 | p= 0,434 | p = 0,003 |

Seuil de significativité p < 0,05

- **DIMINUTION**

29% (603) déclaraient que leur consommation avait diminué au cours des études de médecine.

Dans le tableau 5, nous voyons que pour les étudiants de PACES cette diminution se faisait en PACES primant. Elle se faisait en DFGSM 2 pour les étudiants de DFGSM, en DFASM 1 pour les étudiants de DFASM, et en TCEM1 pour les étudiants ayant déjà passé les ECN.

Tableau 5 : Année de diminution de la consommation de tabac (n = 603)

| ETUDIANTS | PACES | DFGSM | DFASM | POST-ECN |
|---|---|---|---|---|
| **Année de diminution** | - PACES primant : 92 (87,6%)<br>- PACES doublant : 12 (11,4%) | - PACES primant : 41 (25,8%)<br>- DFGSM 2 : 59 (37,1%) | - DFASM 1 : 82 (38,5%)<br>- DFASM 2 : 33 (15,5%) | - DFASM 3 : 14,3% (18)<br>- TCEM 1 : 40 (31,7%) |
| **Echantillon** | 105 | 159 | 213 | 126 |
| **Z test** | p < 0,001 | p = 0,03 | p < 0,0001 | p = 0,001 |

Seuil de significativité p < 0,05

iii. Evaluation de la dépendance :

80,1% des étudiants n'avaient pas de dépendance au tabac (Tableau 6).

Tableau 6 : Dépendance au tabac chez les étudiants en médecine consommateurs : score de Fagerström simplifié (n = 2078)

| RESULTATS DU TEST DE FAGERSTRÖM | EFFECTIFS (%) |
|---|---|
| 0 à 1 : pas de dépendance | 1665 (80,1) |
| 2 à 3 : dépendance modérée | 354 (17) |
| 4 à 6 : dépendance forte | 59 (2,8) |
| Etudiants consommateurs de tabac | 2078 (100) |

b) Alcool :

i. Prévalence :

94,7% (7821) des étudiants consommateurs de substances consommaient des boissons alcoolisées au moment de l'étude (Annexe 9).

ii. Evolution de la consommation au cours des études.

➢ **DEBUT**

77,9% (6095) des étudiants consommateurs d'alcool déclaraient avoir débuté leur consommation d'alcool avant leurs études alors que 22,1% d'entre eux, soit 1726 étudiants, avaient débuté pendant les études de médecine (tableau 7).

Les étudiants de PACES déclaraient avoir débuté en PACES primant.
L'année de DFGSM 2 était décrite comme l'année principale de début des consommations par les étudiants de DFGSM, DFASM et post-ECN.

Tableau 7 : Année de début de consommation d'alcool (n = 1726)

| **ETUDIANTS** | **PACES** | **DFGSM** | **DFASM** | **POST-ECN** |
|---|---|---|---|---|
| **Année de début** | - PACES primant : 64 (87,7%) | - PACES primant : 108 (24,2%) | - PACES primant : 131 (18,2%) | - PACES primant : 85 (17,5%) |
| | - PACES doublant : 7 (9,6%) | - DFGSM 2 : 295 (66%) | - DFGSM 2 : 485 (67,5%) | - DFGSM 2 : 300 (61,6%) |
| **Echantillon** | 73 | 447 | 719 | 487 |
| **Z test** | $p < 0,001$ | $p < 0,001$ | $p < 0,001$ | $p < 0,001$ |

Seuil de significativité $p < 0,05$

Par la suite, les étudiants de PACES avaient tendance à diminuer leur consommation d'alcool (883). Les étudiants de DFGSM, DFASM et post-ECN avaient, eux, tendance à l'augmenter.

➢ **AUGMENTATION**

56,4% (4413) des étudiants consommateurs d'alcool déclaraient que leur consommation avait augmenté pendant les études de médecine.

Cette augmentation se faisait en DFGSM 2 pour les étudiants de DFGSM (90,1%), DFASM (79,9%) et post-ECN (67,4%) (Tableau 8).
Les étudiants de PACES augmentaient leur consommation plutôt en PACES primant qu'en doublant.

Tableau 8 : Année d'augmentation de la consommation d'alcool (n = 4413)

| ETUDIANTS | PACES | DFGSM | DFASM | POST-ECN |
|---|---|---|---|---|
| **Année d'augmentation** | - PACES primant : 164 (81,2%) | - PACES primant : 70 (4,6%) | - DFGSM 2 : 1409 (79,9%) | - DFGSM 2 : 630 (67,4%) |
| | - PACES doublant : 36 (17,8%) | - DFGSM 2 : 1363 (90,1%) | - DFGSM 3 : 157 (8,9%) | - DFGSM 3 : 100 (10,7%) |
| **Echantillon** | 202 | 1513 | 1763 | 935 |
| **Z test** | p < 0,001 | p < 0,001 | p < 0,001 | p < 0,001 |

Seuil de significativité p < 0,05

- **DIMINUTION**

35,9% (2811) des consommateurs d'alcool avaient diminué leur consommation au cours des études.

Les étudiants de PACES et de DFGSM avaient plutôt diminué leur consommation, et ce en PACES primant (tableau 9).
Les étudiants de DFSAM avaient diminué leur consommation en DFASM 1. En post-ECN, ils avaient diminué plutôt en DFASM 3.

Tableau 9 : Année de diminution de la consommation d'alcool (n = 2811)

| ETUDIANTS | PACES | DFGSM | DFASM | POST-ECN |
|---|---|---|---|---|
| **Année de diminution** | - PACES primant : 857 (97,1%) | - PACES primant : 116 (44,4%) | - DFASM 1 : 620 (57,4%) | - DFASM 1 : 153 (26,1%) |
| | - PACES doublant : 19 (2,2%) | - DFGSM 3 : 98 (37,5%) | - DFASM 2 : 187 (17,3%) | - DFASM 3 : 165 (28,1%) |
| **Echantillon** | 883 | 261 | 1080 | 587 |
| **Z test** | p < 0,001 | p = 0,1089 | p < 0,001 | p = 0,4408 |

Seuil de significativité p < 0,05

iii. Evaluation de la dépendance : AUDIT.

La majeure partie des étudiants n'a pas de risque de dépendance à l'alcool (score ≤ 6 chez l'homme ou 5 chez la femme).
Cependant, 10,5% sont à haut risque d'alcoolo-dépendance (score ≥ 13 quel que soit le sexe). (Tableau 10)

Tableau 10 : Dépendance à l'alcool : score de l'AUDIT (n = 7821)

| Score AUDIT | Effectif (%) |
|---|---|
| ≤ 6 H (5 F): Risque faible | 4108 (52,5) |
| (6 F) 7 H -12: Consommation à risque | 2893 (37) |
| ≥ 13: risque d'alcoolo-dépendance | 820 (10,5) |
| Total | 7821 (100) |

iv. Alcoolisation ponctuelle importante.

L'alcoolisation ponctuelle importante (API) est définie comme la consommation d'au moins 6 verres d'alcool en une même occasion.

Elle concerne 80,1% des étudiants en médecine consommateurs d'alcool. 27% en déclarent une par mois, 11,7% une par semaine. Et 29 étudiants en vivent une tous les jours ou presque (Tableau 11). Ils sont donc 39,4% à vivre au moins une API par mois.

Tableau 11 : Alcoolisation ponctuelle importante chez les étudiants (n = 7821)

| API | Effectif (%) |
|---|---|
| **Jamais** | 1554 (19,9) |
| **Moins d'une fois par mois** | 3211 (41,1) |
| **Une fois par mois** | 2113 (27) |
| **Une fois par semaine** | 914 (11,7) |
| **Tous les jours ou presque** | 29 (0,4) |
| **Total** | 7821 (100) |

Chez les 18-25 ans, la répartition des API est sensiblement la même que chez la globalité des étudiants consommateurs d'alcool de notre étude.

Cependant, une analyse par sexe chez les étudiants de 18-25 ans permet d'affirmer que les hommes sont plus fréquemment sujets aux API que les femmes.

8,7% des femmes âgés de 18-25 ans déclarent avoir une API par semaine contre 19% des hommes âgés de 18-25 ans (Tableau 12).

Tableau 12 : API chez les étudiants âgés de 18 à 25 ans, répartition par sexe (n=6442)

| API | Sexe : | | Total |
|---|---|---|---|
| | Féminin (%) | Masculin (%) | |
| **Jamais** | 1008 (23,5) | 239 (11,1) | 1247 (19,4) |
| **Moins d'une fois par mois** | 1822 (42,4) | 809 (37,7) | 2631 (40,8) |
| **Une fois par mois** | 1086 (25,3) | 674 (31,4) | 1760 (27,3) |
| **Une fois par semaine** | 374 (8,7) | 407 (19) | 781 (12,1) |
| **Tous les jours ou presque** | 8 (0,2) | 15 (0,7) | 23 (0,4) |
| **Total** | 4298 (100) | 2144 (100) | 6442 (100) |

c) Cannabis :

i. Prévalence :

19,9% (1642) des étudiants consommateurs de l'étude déclaraient consommer du cannabis au moment de l'étude (Annexe 9).

ii. Evolution de la consommation au cours des études :

- **DEBUT**

Parmi les étudiants consommateurs de cannabis, 70,6% (1159) déclaraient avoir débuté avant leurs études de médecine, contre 29,4% (483) pendant leurs études.

Tous les étudiants de PACES débutaient leur consommation de cannabis en PACES primant. Les étudiants de DFSGM, DFASM et post ECN avaient tous débuté en DFGSM 2 (Tableau 13).

Tableau 13 : Année de début de la consommation de cannabis (n = 483)

| ETUDIANTS | PACES | DFGSM | DFASM | POST-ECN |
|---|---|---|---|---|
| **Année de début** | - PACES primant : 12 (100%) | - PACES doublant : 16 (14,3%) | - DFGSM 2 : 123 (51,9%) | - DFGSM 2 : 47 (38,5%) |
| | | - DFGSM 2 : 72 (64,3%) | - DFGSM 3 : 54 (22,8%) | - DFGSM 3 : 21 (17,2%) |
| **Echantillon** | 12 | 112 | 237 | 122 |
| **Z test** | NON CALCULE | p < 0,0001 | p < 0,0001 | p = 0,0002 |

Seuil de significativité p < 0,05

- **AUGMENTATION**

539 étudiants (32,8%) avaient augmenté leur consommation de cannabis au cours des études.
Cette augmentation se faisait en PACES primant pour les étudiants de PACES. Encore une fois elle se faisait en DFGSM2 pour les étudiants de DFGSM, DFASM, et post-ECN (Tableau 14).

Tableau 14 : Année d'augmentation de la consommation de cannabis (n = 539)

| ETUDIANTS | PACES | DFGSM | DFASM | POST-ECN |
|---|---|---|---|---|
| **Année d'augmentation** | - PACES primant : 28 (84,8%) | - DFGSM 2 : 147 (80,3%) | - DFGSM 2 : 98 (43,9%) | - DFGSM 2 : 32 (32%) |
| | - PACES doublant : 4 (12,1%) | - DFGSM 3 : 18 (9,8%) | - DFASM 1 : 53 (23,8%) | - DFASM 1 : 14 (14%) |
| **Echantillon** | 33 | 183 | 223 | 100 |
| **Z test** | p < 0,0001 | p < 0,001 | p < 0,0001 | p = 0,0025 |

Seuil de significativité p < 0,05

- **DIMINUTION**

Les étudiants ayant diminué leur consommation de cannabis au cours de leurs études représentaient un peu moins de la moitié des étudiants consommateurs de cannabis : 42,1% soit 691.

Cette diminution se faisait majoritairement en PACES primant pour les étudiants de PACES et DFSGM (Tableau 15). Elle se faisait en DFASM 1 pour les étudiants de DFASM, de façon significative, et en post-ECN pour les étudiants de post-ECN.

Tableau 15 : Année de diminution de la consommation de cannabis (n = 691)

| ETUDIANTS | PACES | DFGSM | DFASM | POST-ECN |
|---|---|---|---|---|
| **Année de diminution** | - PACES primant : 168 (96%) | - PACES primant : 112 (69,6%) | - PACES primant : 58 (24,6%) | - DFASM 1 : 27 (22,7%) |
| | - PACES doublant : 6 (3,4%) | - DFGSM 3 : 21 (13%) | - DFASM 1 : 82 (34,7%) | - DFASM 2 : 22 (18,5%) |
| **Echantillon** | 175 | 161 | 236 | 119 |
| **Z test** | p = 0 | p = 0 | p = 0,0163 | p = 0,4231 |

Seuil de significativité p < 0,05

iii. Evaluation de la dépendance : CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

D'après le score de CAST, 14,9% (245) des étudiants consommateurs de cannabis nécessiteraient une intervention brève (score égal à 2). 23% d'entre eux nécessiteraient d'être orientés vers une consultation d'addictologie (Tableau 16).

Tableau 16 : Dépendance au cannabis : CAST (n = 1642)

| Score de CAST | Effectif (%) |
|---|---|
| 1 | 1020 (62,1) |
| 2 | 245 (14,9) |
| >=3 | 377 (23) |
| Total | 1642 (100) |

d) Autres substances psychoactives :

Au cours de leurs études de médecine, les étudiants avaient essentiellement expérimenté les poppers (44,7%), et le protoxyde d'azote (59,6%). L'ecstasy, les benzodiazépines, les codéinés et la cocaïne viennent ensuite par ordre de fréquence (Figure 4 et tableau 17).

Figure 4 : Expérimentation d'autres substances psychoactives (n = 8258)

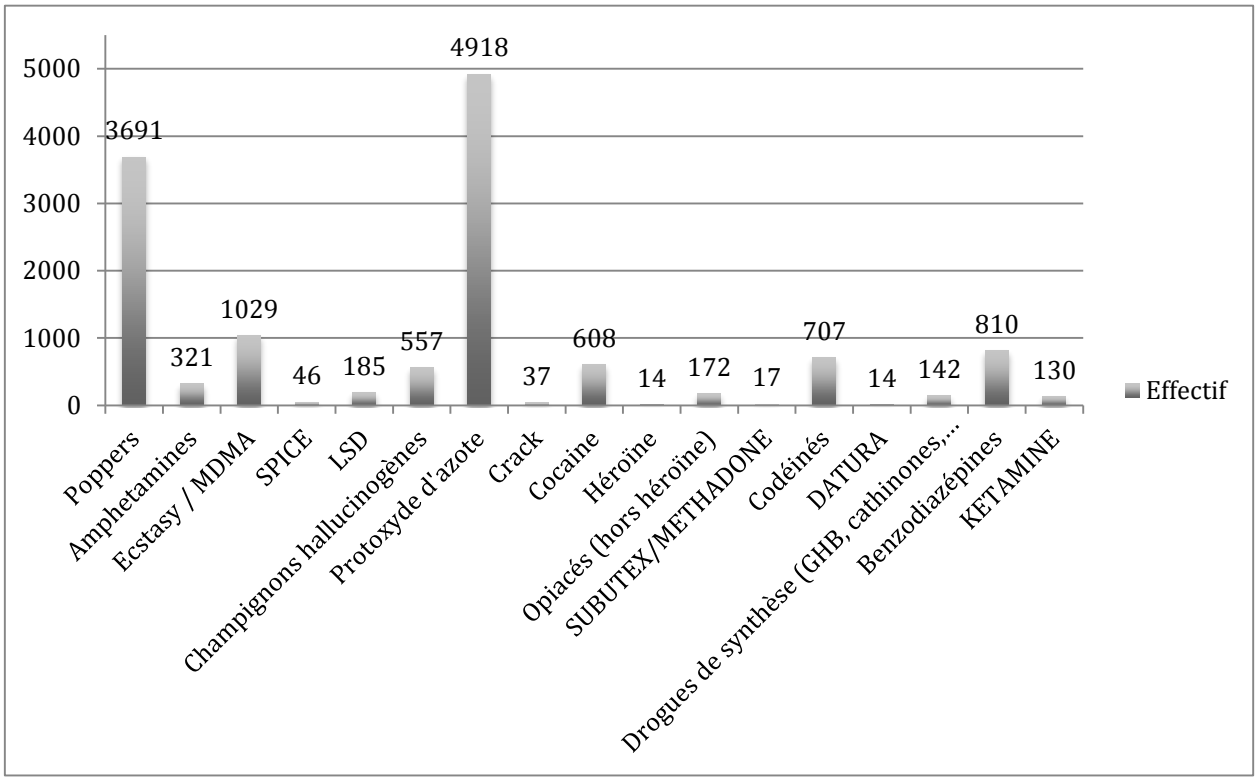



Tableau 17 : Expérimentation d'autres substances psychoactives : effectifs et pourcentages (n = 8258)

| Substance expérimentée | Effectif (%) |
|---|---|
| Poppers | 3691 (44,7) |
| Amphétamines | 321 (3,9) |
| Ecstasy / MDMA | 1029 (12,5) |
| SPICE | 46 (0,6) |
| LSD | 185 (2,2) |
| Champignons hallucinogènes | 557 (6,7) |
| Protoxyde d'azote | 4918 (59,6) |
| Crack | 37 (0,4) |
| Cocaïne | 608 (7,4) |
| Héroïne | 14 (0,2) |
| Opiacés (hors héroïne) | 172 (2,1) |
| SUBUTEX/METHADONE | 17 (0,2) |
| Codéinés | 707 (8,6) |
| DATURA | 14 (0,2) |
| Drogues de synthèse (GHB, cathinones, cannabinoides) | 142 (1,7) |
| Benzodiazépines | 810 (9,8) |
| KETAMINE | 130(1,6) |

## 4. TOUTES SUBSTANCES CONFONDUES :

### a) Modes et contexte de consommation.

#### i. Modes de consommation :

Sur 8258 étudiants consommateurs, 80,5% (6648) consommaient avec d'autres personnes contre 11,3% (937) qui consommaient seuls.

La grande majorité des étudiants consommait en dehors du travail (82,9%). Seuls 3% admettaient consommer sur le lieu du travail.

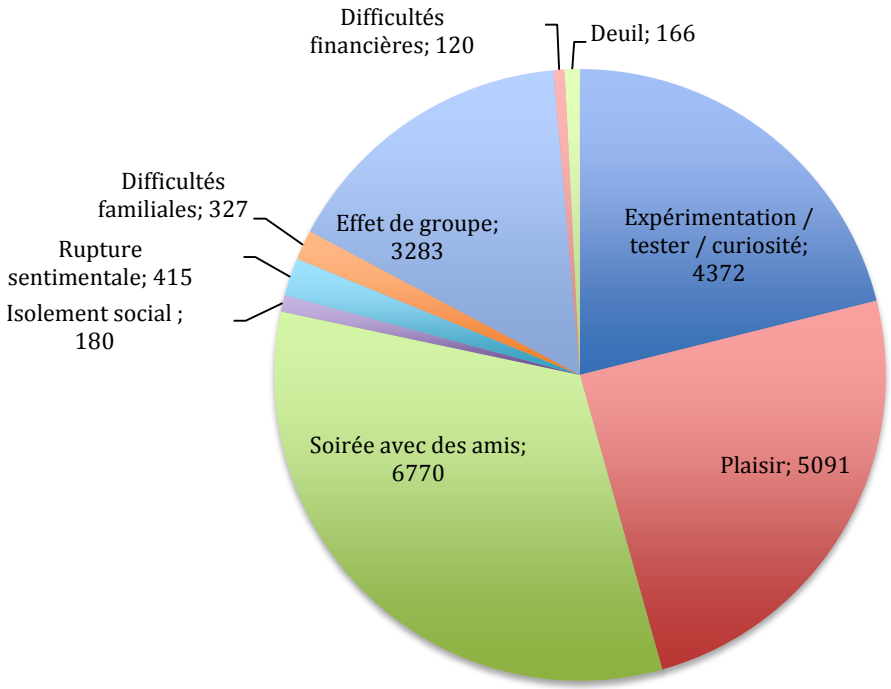
#### ii. Contexte personnel de consommation :

La majeure partie des étudiants déclarait consommer lors de soirées avec des amis (82%), et/ou pour le plaisir (61,6%). La consommation se faisait pour l'expérimentation pour 52,90% des étudiants.

Les étudiants identifiaient d'autres contextes de consommation : l'effet de groupe (39,80%), la rupture sentimentale (5%), les difficultés familiales (4%), l'isolement social (2,2%), le deuil (2%), et les difficultés financières (1,50%)

Ces contextes de consommations pouvaient être mêlés, un étudiant consommant lors d'une soirée avec des amis pouvait consommer par curiosité, dans une recherche de plaisir, alors qu'il présentait des difficultés financières.

Figure 5 : Contexte personnel de consommation (n = 8258)

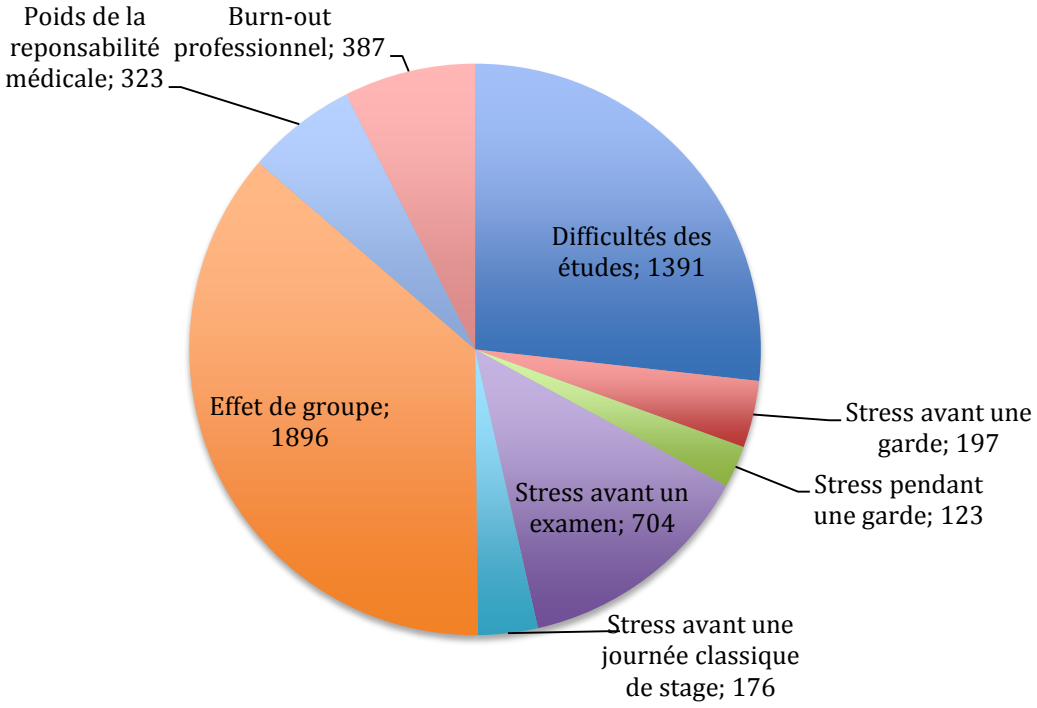


iii. Contexte professionnel de la consommation :

Les principaux éléments du contexte professionnel des étudiants consommateurs étaient : l'effet de groupe pour 23% d'entre eux, et la difficulté des études pour 16,80% d'entre eux.

Il y avait ensuite le stress avant un examen (8,5%), le burn-out professionnel (4,7%), le poids de la responsabilité médicale (3,9%), le stress avant une garde (2,4%), avant une journée classique de stage (2,1%), et pendant une garde (1,5%).

Figure 6 : Contexte professionnel de consommation (n = 8258)



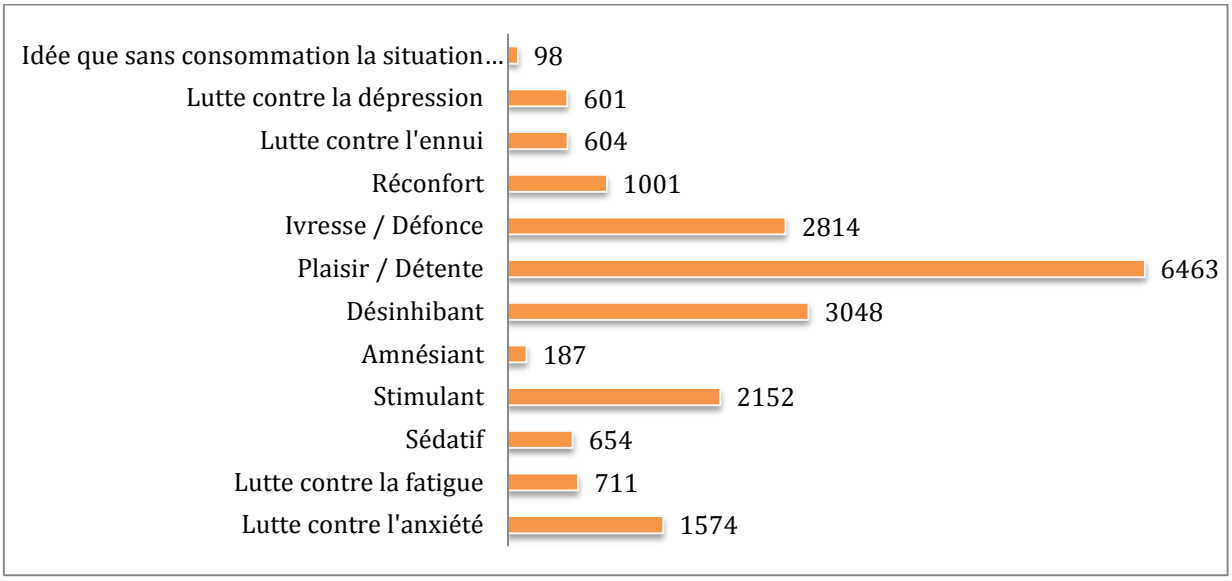

b) Effets recherchés lors de la consommation.

Les effets recherchés dans la consommation de substances étaient principalement le plaisir ou détente pour 78,3% des étudiants. Venaient ensuite la recherche de la désinhibition, pour 36,9%, et la recherche de l'ivresse, ou défonce, pour 34,1% des étudiants.

26,1% des étudiants utilisaient ces substances comme stimulant.
La consommation à visée anxiolytique ou de réconfort concernait respectivement 19,1% et 12,1% des étudiants.

D'autres effets étaient également recherchés : la lutte contre la fatigue (8,6%), et paradoxalement la sédation (7,9%), la lutte contre la dépression (7,3%), contre l'ennui (7,3%), l'oubli (2,3%), et l'idée que sans la consommation la situation s'aggravera (1,2%).

Figure 7 : Effets recherchés des consommations (n = 8258)




c) Conséquences immédiates de la consommation.

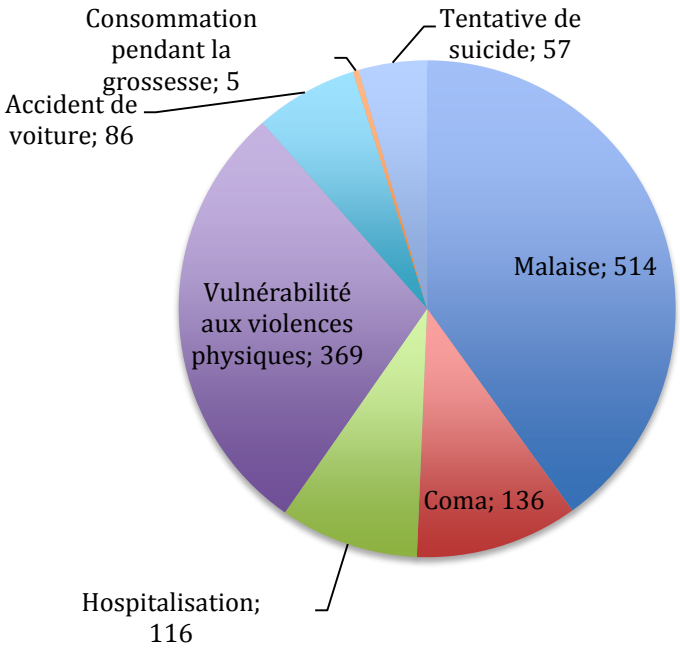
- 12%, soit 989 étudiants, déclaraient s'être déjà mis en danger à cause de leur consommation.

Il s'agissait principalement de malaise (51,7%) et de vulnérabilité aux violences physiques (37,2%).

11,8% des étudiants déclaraient avoir été hospitalisés à cause de leur consommation, et 13,7% avoir été dans le coma. 8,7% avaient eu un accident de voiture à cause de ces consommations.

5,8% avaient fait une tentative de suicide dans un contexte de consommation.

Figure 8 : Type de mise en danger (n = 989)



- 0,9% des étudiants interrogés (71) admettaient avoir mis en danger directement ou indirectement un de leurs patients à cause de leur consommation.

d) Auto-évaluation et devenir de la consommation.

81,5% des étudiants (6706) évaluaient leur consommation comme raisonnable. 6,4% (529) la jugeaient excessive et les autres étudiants consommateurs n'avaient pas d'avis (12,1%, 993).

Aussi, 74% (6113) des étudiants déclaraient ne pas être en demande d'arrêt de leur consommation, 14,6% (1208) souhaiteraient retourner à un contrôle de leur consommation. 775 (9,4%) avaient entamé un sevrage. Et 2% (162) avaient déjà tenté d'arrêter leur consommation mais avaient rechuté.

## 5. FACTEURS ASSOCIÉS A LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES.

a) Facteurs personnels (Tableau 18)

i. Sexe.

Les hommes étaient plus consommateurs d'alcool, de tabac, et de cannabis que les femmes ($p < 0,05$).

ii. Âge.

Les étudiants âgés de plus de 26 ans étaient significativement plus consommateurs d'alcool (96,2%) que ceux qui avaient moins de 18 ans.

Il n'existait pas de différence significative entre les classes d'âge des consommateurs pour le tabac et le cannabis.

iii. Région.

Les étudiants rattachés aux facultés d'Ile-de-France étaient significativement plus consommateurs de tabac que ceux de la région Grand-Est. La différence du nombre de consommateurs entre les autres régions entre elles n'était pas significative.

Les étudiants de la faculté de Bretagne étaient plus consommateurs d'alcool que les étudiants des facultés de Nouvelle Aquitaine, Bourgogne Franche-Comté, Centre Val de Loire, Grand Est et Rhône-Alpes Auvergne ($p < 0,001$). Les étudiants d'Ile-de-France étaient également significativement plus consommateurs d'alcool que les étudiants de Rhône-Alpes Auvergne.

Les étudiants de Normandie étaient significativement moins consommateurs de cannabis que les étudiants de Bretagne, Ile-de-France, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes Auvergne.

iv. Suivi psychologue ou psychiatre au cours des études.

Les étudiants qui avaient un suivi par un psychologue ou un psychiatre au cours de leurs études étaient significativement plus consommateurs de tabac (29,8%

vs 24,4%, $p < 0,001$) que ceux qui n'étaient pas suivis. Ils étaient par contre moins consommateurs d'alcool (93,4% vs 94,9%, $p = 0,034$).

Il n'existait pas d'association significative entre la consommation de cannabis et le suivi psychologique ou psychiatrique au cours des études.

v. Vécu personnel.

Les étudiants ayant vécu des violences conjugales ou une agression physique au cours de leurs études étaient plus consommateurs de tabac et de cannabis que ceux qui n'en avaient pas vécu ($p < 0,05$).

Ceux ayant vécu des violences sexuelles ou le divorce de leurs parents étaient plus nombreux à être consommateurs de cannabis que ceux qui n'en avaient pas vécu ($p < 0,05$).

Les étudiants ayant vécu le deuil d'un proche consommaient plus d'alcool que ceux qui ne l'ont pas vécu.

Par contre les étudiants qui avaient des difficultés financières étaient plus consommateurs de tabac (32,6%) et de cannabis (23%) mais moins d'alcool que ceux qui n'en avaient pas.

Tableau 18 : Prévalence de la consommation de tabac, alcool et cannabis selon les caractéristiques de vie personnelle

| | TABAC | (p) | ALCOOL | (p) | CANNABIS | (p) | TOUTES SUBSTANCES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **SEXE** | | | | | | | |
| 1. Masculin | 757 (27%) | 0,007 | 2681 (95,5%) | 0,025 | 865 (15,9%) | < 0,001 | 2808 (34%) |
| 2. Féminin | 1321 (24,2%) | | 5140 (94,3%) | | 777 (27,7% | | 5450 (66%) |
| **AGE** | | | | | | | |
| - < 18 ans | 23 (25,6%) | 0,065 | 76 (84,4%) | p < 0,001 | 18 (20%) | 0,562 | 90 (1,1%) |
| - 18-25 ans | 1680 (24,7%) | | 6442 (94,6%) | | 1369 (20,1%) | | 6813 (82,5%) |
| - ≥ 26 ans | 375 (27,7%) | | 1303 (96,2%) | | 255 (18,8%) | | 1355 (16,4%) |
| **REGION DE RATTACHEMENT** | | | | | | | |
| 1. Nouvelle Aquitaine | 74 (24,5%) | < 0,001 | 278 (92,1%) | < 0,001 | 61 (20,2%) | < 0,001 | 302 (3,7%) |
| 2. Bourgogne/Franche-Comté | 123 (24,2%) | | 471 (92,7%) | | 93 (18,3%) | | 508 (6,5%) |
| 3. Bretagne | 106 (25,1%) | | 416 (98,6%) | | 95 (22,5%) | | 422 (5,1%) |
| 4. Centre Val de Loire | 92 (20,2%) | | 429 (94,3%) | | 76 (16,7%) | | 455 (5,5%) |
| 5. Grand Est | 42 (16,9%) | | 232 (93,5%) | | 36 (14,5%) | | 248 (3%) |
| 6. Hauts de France | 158 (25,4%) | | 598 (96,1%) | | 106 (17%) | | 622 (7,5%) |
| 7. Ile-de-France | 586 (27,6%) | | 2028 (95,7%) | | 487 (23%) | | 2120 (25,7%) |
| 8. Normandie | 181 (22,3%) | | 770 (94,8%) | | 110 (13,5%) | | 812 (9,8%) |
| 9. Occitanie | 81 (23,6%) | | 329 (95,9%) | | 79 (23%) | | 343 (4,2%) |
| 10. Provence Alpes Côte d'Azur | 139 (27,9%) | | 481 (96,4%) | | 121 (24,2%) | | 499 (6%) |
| 11. Pays de la Loire | 15 (0,7%) | | 37 (100%) | | 12 (32,4%) | | 37 (0,4%) |
| 12. Rhône-Alpes/Auvergne | 481 (25,4%) | | 1752 (92,7%) | | 366 (19,4%) | | 1890 (22,9%) |
| **SUIVI PSYCHOLOGUE OU PSYCHIATRE PENDANT LES ETUDES** | | | | | | | |
| 1. Oui | 334 (29,8%) | < 0,001 | 1046 (93,4%) | 0,034 | 239 (21,3%) | 0,189 | 1120 (13,6%) |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Non | 1744 (24,4%) | | 6775 (94,9%) | | 1403 (19,7%) | | 7138 (86,4%) |
| **EVENEMENTS DE VIE** | | | | | | | |
| 1. Deuil d'un proche - Oui | 848 (26%) | 0,137 | 3108 (95,5%) | 0,015 | 652 (20%) | 0,796 | 3256 (39,4% |
| - Non | 1230 (24,6%) | | 4713 (94,2%) | | 990 (19,8%) | | 5002 (60,6%) |
| 2. Violences sexuelles - Oui | 39 (28,5%) | 0,369 | 130 (94,9%) | 0,923 | 40 (29,2%) | 0,006 | 137 (1,7%) |
| - Non | 2039 (25,1% | | 7691 (94,7%) | | 1602 (19,7%) | | 8121 (98,3%) |
| 3. Violences conjugales - Oui | 36 (39,1%) | 0,002 | 84 (91,3%) | 0,142 | 33 (35,9%) | < 0,001 | 92 (1,1%) |
| - Non | 2942 (25%) | | 7737 (94,7%) | | 1609 (19,7%) | | 8166 (98,9%) |
| 4. Agression physique - Oui | 192 (39,8%) | < 0,001 | 460 (95,2%) | 0,592 | 158 (32,7%) | < 0,001 | 483 (5,8%) |
| - Non | 1886 (24,3%) | | 7361 (94,7% | | 1484 (19,1%) | | 7775 (94,2%) |
| 5. Divorce des parents - Oui | 176 (27,8%) | 0,106 | 589 (93,2%) | 0,077 | 146 (23,1%) | 0,035 | 632 (7,7%) |
| - Non | 1902 (24,9% | | 7232 (94,8%) | | 1496 (19,6%) | | 7626 (92,3%) |
| 6. Difficultés financières - Oui | 608 (32,6%) | < 0,001 | 1742 (93,5%) | 0,006 | 428 (23%) | < 0,001 | 1864 (22,6%) |
| - Non | 1470 (23%) | | 6079 (95,1%) | | 1214 (19%) | | 6394 (77,4%) |
| **Total des consommateurs** | 2078 (25,2%) | | 7821 (94,7%) | | 1642 (19,9%) | | 8258 (100%) |
| Seuil de significativité p < 0,05 | | | | | | | |

b) Facteurs professionnels. (Tableau 19)

i. Niveau d'étude.

Les étudiants de PACES étaient plus consommateurs de tabac (28,1%) que les étudiants de DFGSM (23,2%), p = 0,004.

Il n'en était pas de même pour l'alcool, où c'était les étudiants de post-ECN qui étaient les plus consommateurs (96,6%) ; ni pour le cannabis où les étudiants de DFGSM étaient les plus consommateurs (23,1%, p < 0,001).

ii. Spécialité.

Les étudiants en spécialités médicales étaient plus consommateurs de tabac que les autres étudiants mais cette différence n'était pas significative (p =0,112).

Les étudiants des spécialités médicales et chirurgicales étaient plus consommateurs d'alcool que les étudiants qui n'avaient pas passé les ECN (96,4% vs 94,3%, p = 0,002).

L'association entre la spécialité des étudiants et la consommation de cannabis n'était pas significative (p = 0,33).

iii. Temps de travail moyen par semaine au cours des six derniers mois.

La proportion de consommateurs de tabac était similaire, quel que soit le temps de travail des étudiants (25 %, p = 0,873).

Les étudiants qui travaillaient entre 20 et 50 heures par semaine étaient plus consommateurs d'alcool que ceux qui travaillaient moins de 20 heures (96,1% vs 93,3%, p < 0,001). Ils étaient également plus nombreux à consommer du cannabis que ceux qui travaillaient plus de 50 heures (21,2% vs 19,5%, p = 0,006).

iv. Nombre de gardes moyen au cours des six derniers mois.

Les étudiants qui avaient effectué de une à trois gardes par mois au cours des six derniers mois étaient plus consommateurs d'alcool que ceux qui n'en faisaient aucune (96,6% vs 93,3%, p < 0,001).

Les étudiants qui effectuaient plus de 3 gardes par mois étaient significativement plus consommateurs de tabac que ceux qui n'en faisaient aucune (27,7% vs 23,8%, p = 0,043).

Il n'existait pas d'association significative entre le nombre de gardes par mois et la consommation de cannabis.

Tableau 19 : Prévalence de la consommation de substances psychoactives selon les caractéristiques de vie professionnelle

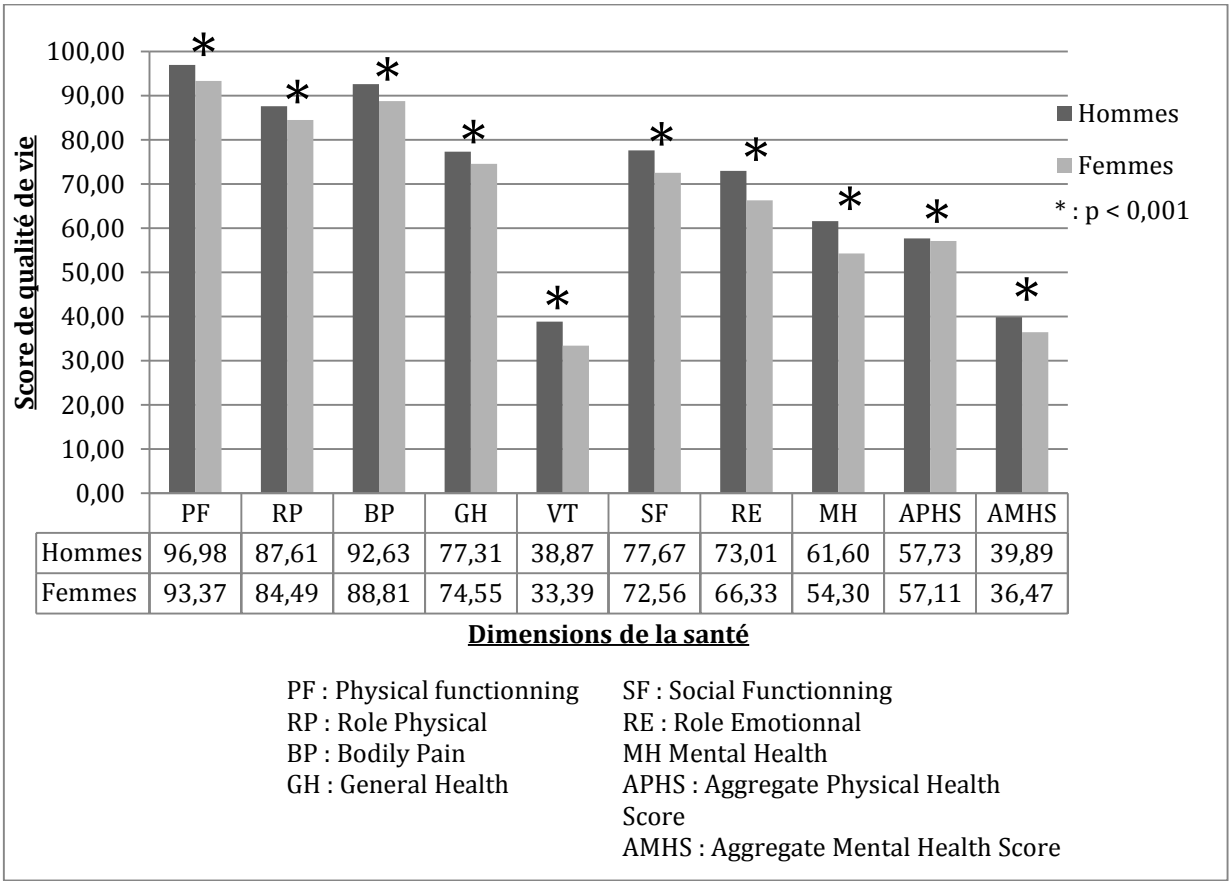
| SUBSTANCE CONSOMMÉE | TABAC | (p) | ALCOOL | (p) | CANNABIS | (p) | TOUTES SUBSTANCES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CONSOMMATEURS** | 2078 (25,2%) | | 7821 (94,7%) | | 1642 (19,9%) | | 8258 (75,2%) |
| **NIVEAU D'ÉTUDE** | | | | | | | |
| 1. PACES (primant, doublant, triplant) | 480 (28,1%) | 0,004 | 1525 (89,3%) | < 0,001 | 274 (16,1%) | < 0,001 | 1707 (20,7%) |
| 2. DFGSM (DFGSM2 et DFGSM 3) | 503 (23,2%) | | 2079 (95,8%) | | 501 (23,1%) | | 2170(26,3%) |
| 3. DFASM (DFASM 1, 2 et 3) | 705 (24,6%) | | 2753 (96,1%) | | 592 (20,7%) | | 2866 (34,7%) |
| 4. Post-ECN (Internes, disponibilité en cours, année de thèse) | 390 (25,7%) | | 1464 (96,6%) | | 275 (18,2%) | | 1515 (18,3%) |
| **SPÉCIALITÉ** | | | | | | | |
| 1. Etudiants n'ayant pas passé les ECN | 1614 (24,7%) | 0,112 | 6160 (94,3%) | 0,002 | 1309 (20%) | 0,33 | 6535 (79,1%) |
| 2. Spécialités médicales | 42 (30%) | | 135 (96,4%) | | 21 (15%) | | 140 (1,7%) |
| 3. Spécialités chirurgicales | 422 (26,7%) | | 1526 (96,4%) | | 312 (19,7%) | | 1583 (19,2%) |
| **TEMPS DE TRAVAIL MOYEN PAR SEMAINE DES 6 DERNIERS MOIS** | | | | | | | |
| 1. <=20 heures | 982 (25,2%) | 0,873 | 3635 (93,3%) | < 0,001 | 759 (19,5%) | 0,006 | 3897 (47,2%) |
| 2. 20 à 50 heures | 858 (25%) | | 3304 (96,1%) | | 729 (21,2%) | | 3438 (41,6%) |
| 3. >=50 heures | 238 (25,8%) | | 882 (95,6%) | | 154 (16,7%) | | 923 (11,2%) |
| **NOMBRES DE GARDES MOYEN PAR MOIS DES 6 DERNIERS MOIS** | | | | | | | |
| - Aucune | 1180 (25,4%) | 0,043 | 4326 (93,3%) | < 0,001 | 929 (20%) | 0,926 | 4637 (56,2%) |
| - 1 à 3 | 638 (23,8%) | | 2592 (96,6%) | | 529 (19,7%) | | 2684 (32,5%) |
| - >3 | 260 (27,7%) | | 903 (96,4%) | | 184 (19,6%) | | 937 (11,3%) |
| Seuil de significativité p < 0,05 | | | | | | | |

## 6. QUALITÉ DE VIE DES ETUDIANTS EN MEDECINE.

### a) Qualité de vie par sexe (Figure 9).

La qualité de vie des étudiants en médecine était meilleure chez les étudiants masculins que féminins, en terme de santé mentale et de santé physique. Cependant, la vitalité des étudiants en médecine et le score global de santé mentale étaient nettement plus bas que les autres dimensions de qualité de vie (figure 9).

Figure 9 : Qualité de vie par sexe




| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | APHS | AMHS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hommes | 96,98 | 87,61 | 92,63 | 77,31 | 38,87 | 77,67 | 73,01 | 61,60 | 57,73 | 39,89 |
| Femmes | 93,37 | 84,49 | 88,81 | 74,55 | 33,39 | 72,56 | 66,33 | 54,30 | 57,11 | 36,47 |

PF : Physical functionning
RP : Role Physical
BP : Bodily Pain
GH : General Health
SF : Social Functionning
RE : Role Emotionnal
MH Mental Health
APHS : Aggregate Physical Health Score
AMHS : Aggregate Mental Health Score

### b) Qualité de vie par régions. (Annexe 10)

Le fonctionnement physique (physical functionning) des étudiants en médecine était meilleur en **Nouvelle-Aquitaine** : 96,58/100 qu'en Normandie 93,90 (p = 0,036) et qu'en région Rhône-Alpes Auvergne 94,12 (p = 0,044).

Le score de limitation physique était plus important en **Nouvelle Aquitaine** (87,80 vs 83,80 ; p = 0,025), en **Bretagne,** (88,90 vs 83,80 ; p <0,001), en **Occitanie** (88,73 vs 83,80 ; p < 0,001) qu'en Rhône Alpes Auvergne. Et il était supérieur en Bretagne par rapport à l'Ile de France (88,90 vs 85,19 ; p = 0,017).

Sur le plan des douleurs physiques, la qualité de vie était meilleure chez les étudiants de **Nouvelle Aquitaine** (92,17), de **Bourgogne** (91,26), de **Bretagne** (92,44), et d'**Occitanie** (92,96) que chez ceux de la région Rhône-Alpes Auvergne (p< 0,05).

Elle était par ailleurs également supérieure en Occitanie qu'en Ile de France (92,96 vs 89,74 ; p = 0,029).

Il n'existait pas de différence significative entre les différentes régions sur le plan de l'état général des étudiants en médecine.

Les scores de vitalité des étudiants étaient tous inférieurs à 40 sur 100. Il était cependant supérieur en **Bretagne** (39,90) que dans la région Grand Est (33,53 ; p = 0,009), que les Hauts de France (34,47 ; p = 0,002), que l'Ile-de-France (33,58 ; < 0,001), que la région PACA (35,19 ; p = 0,049), et que la région Rhône-Alpes Auvergne (34,89 ; p=0,001).
La vitalité était supérieure en Centre Val de Loire (36,95) qu'en IDF (33,58 ; p = 0,046).

Le fonctionnement social des étudiants en médecine était supérieur en **Bretagne** (78,86) par rapport au Centre Val de Loire (74,14 ; p = 0,040), à l'Ile de France (73,50 ; p < 0,001), à la région PACA (72,81 ; p = 0,001), et à la région Rhône-Alpes Auvergne (p < 0,001).
La Normandie obtenait un score meilleur que l'Ile de France (76,16 vs 73,50 ; p = 0,043) et que la Région Rhône-Alpes Auvergne (76,16 vs 72,42 ; p < 0,001).

Sur le plan de la charge émotionnelle, la qualité de vie était supérieure en **Nouvelle Aquitaine** par rapport au Val de Loire (p = 0,013), à l'IDF (p < 0,001), à la région PACA (p = 0,002), et à la région Rhône-Alpes Auvergne (p = 0,002).
De même la **Bretagne et l'Occitanie** ressortait comme des régions avec une meilleure qualité de vie en terme de charge émotionnelle que la Bourgogne, le Centre Val de Loire, la région Grand Est, les Hauts de France, l'Ile de France, la Normandie, la région PACA et la région Rhône-Alpes. (p < 0,005).
La qualité de vie était supérieure en Normandie par rapport à l'IDF (p = 0,002)

Sur le plan de la santé mentale, la région Rhône-Alpes Auvergne obtenait le score le plus bas, inférieur à celui de la Bretagne, la Nouvelle Aquitaine, les Hauts de France, la Normandie et l'Occitanie (p < 0,05).
La santé mentale en Ile de France était également moins bien notée par les étudiants que celle de Nouvelle Aquitaine, de Bretagne, de Normandie et d'Occitanie.

Les scores combinés permettent un regard plus global sur la qualité de vie des étudiants en médecine.

- Il n'existait pas de différence significative de la qualité de vie physique selon les régions habitées par les étudiants.
- La région qui obtenait le meilleur score combiné de santé mentale est la **Bretagne**, devant celui du Centre Val de Loire, de la région Grand Est, des hauts de France, de l'Ile de France, de la région PACA, et de la région Rhône Alpes Auvergne (p < 0,05).

Ensuite, la Nouvelle Aquitaine (39,26) obtenait un score supérieur à l'Ile de France (36,72 ; p <0,001) et la région Rhône-Alpes Auvergne (36,91 ; p = 0,002).
L'Occitanie et la Normandie suivaient ensuite (respectivement 39,21 et 38,41) de façon significativement supérieure à la région Rhône-Alpes Auvergne (p < 0,001), et à la région Ile de France (p < 0,001).

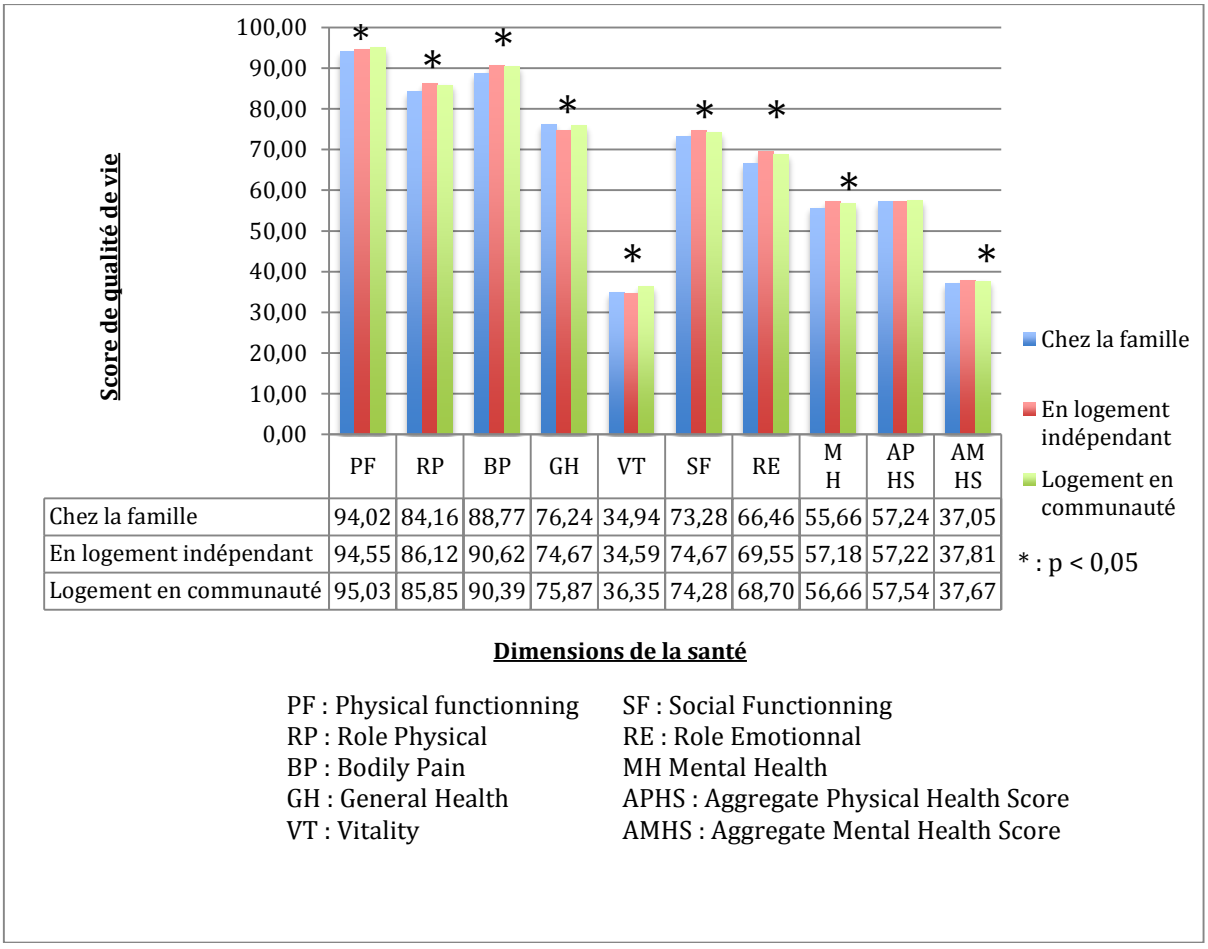
c) Qualité de vie par lieu de vie. (Figure 10 et Annexe 11)

Les étudiants vivant en communauté et en logement indépendant obtenaient de meilleurs scores de limitation physique, de douleur physique et de rôle émotionnel que les étudiants habitant chez leur famille (p < 0,05).
Cependant, ces derniers obtenaient le meilleur score d'état général.

Ensuite, concernant le fonctionnement physique, les étudiants vivant en logement en communauté avaient un meilleur score. Ils avaient également un meilleur score d'état général et de vitalité que les étudiants vivant en logement indépendant.

Les étudiants vivant en logement indépendant obtenaient un meilleur score de fonctionnement social, de santé mentale, et score agrégé de santé mentale que ceux habitant chez la famille (p < 0,005).

Figure 10 : Qualité de vie par lieu de vie




| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | APHS | AMHS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Chez la famille | 94,02 | 84,16 | 88,77 | 76,24 | 34,94 | 73,28 | 66,46 | 55,66 | 57,24 | 37,05 |
| En logement indépendant | 94,55 | 86,12 | 90,62 | 74,67 | 34,59 | 74,67 | 69,55 | 57,18 | 57,22 | 37,81 |
| Logement en communauté | 95,03 | 85,85 | 90,39 | 75,87 | 36,35 | 74,28 | 68,70 | 56,66 | 57,54 | 37,67 |

PF : Physical functionning
RP : Role Physical
BP : Bodily Pain
GH : General Health
VT : Vitality
SF : Social Functionning
RE : Role Emotionnal
MH Mental Health
APHS : Aggregate Physical Health Score
AMHS : Aggregate Mental Health Score

d) Qualité de vie selon le temps de travail hebdomadaire moyen des 6 derniers mois (Figure 11 et Annexe 12)

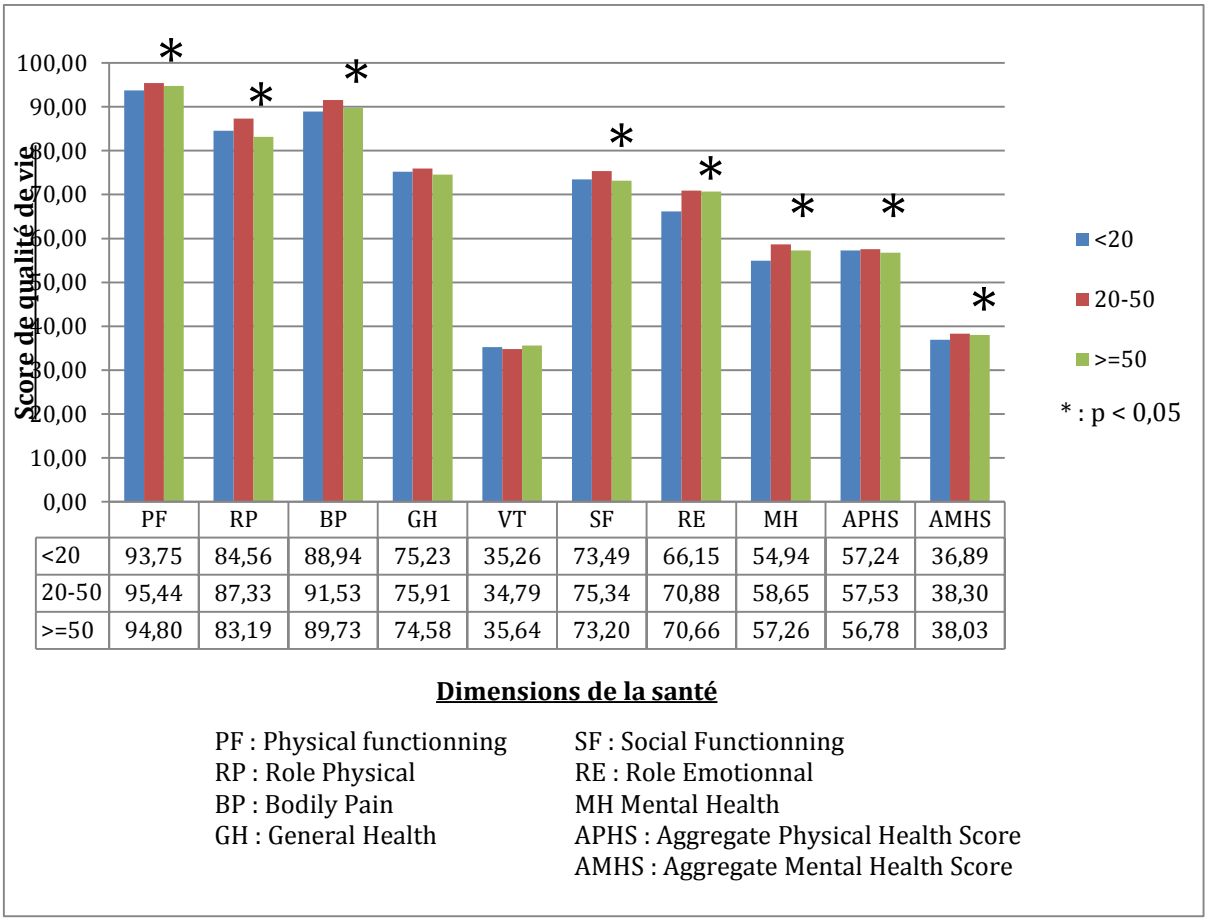
Les étudiants dont le temps de travail sur le lieu de stage était de 20 à 50 heures hebdomadaires en moyenne sur les six derniers mois obtenaient les meilleurs scores de qualité de vie dans tous les domaines hormis la vitalité, par rapport aux étudiants travaillant moins de 20 heures ($p < 0,05$).

Ils présentaient également un meilleur score de limitation physique, de douleur physique, de fonctionnement social, de rôle émotionnel, score agrégé de santé mentale et physique que les étudiants travaillant plus de 50 heures par semaine.

Il n'y avait pas de différence significative entre les scores agrégés de santé physique des étudiants travaillant moins de 20 heures ou entre 20 et 50 heures hebdomadaires. En revanche, ceux qui travaillaient plus de 50 heures avaient un score agrégé de santé physique significativement moins bon que ceux qui travaillaient de 20 à 50 heures hebdomadaires ($p = 0,001$).

Pour le score agrégé de santé mentale, les étudiants qui travaillaient moins de 20 heures hebdomadaires obtenaient le moins bon score ($p < 0,05$). Travailler de 20 à 50 heures ou plus de 50 heures hebdomadaires ne faisait pas de différence significatives.

Figure 11 : Qualité de vie selon le temps de travail



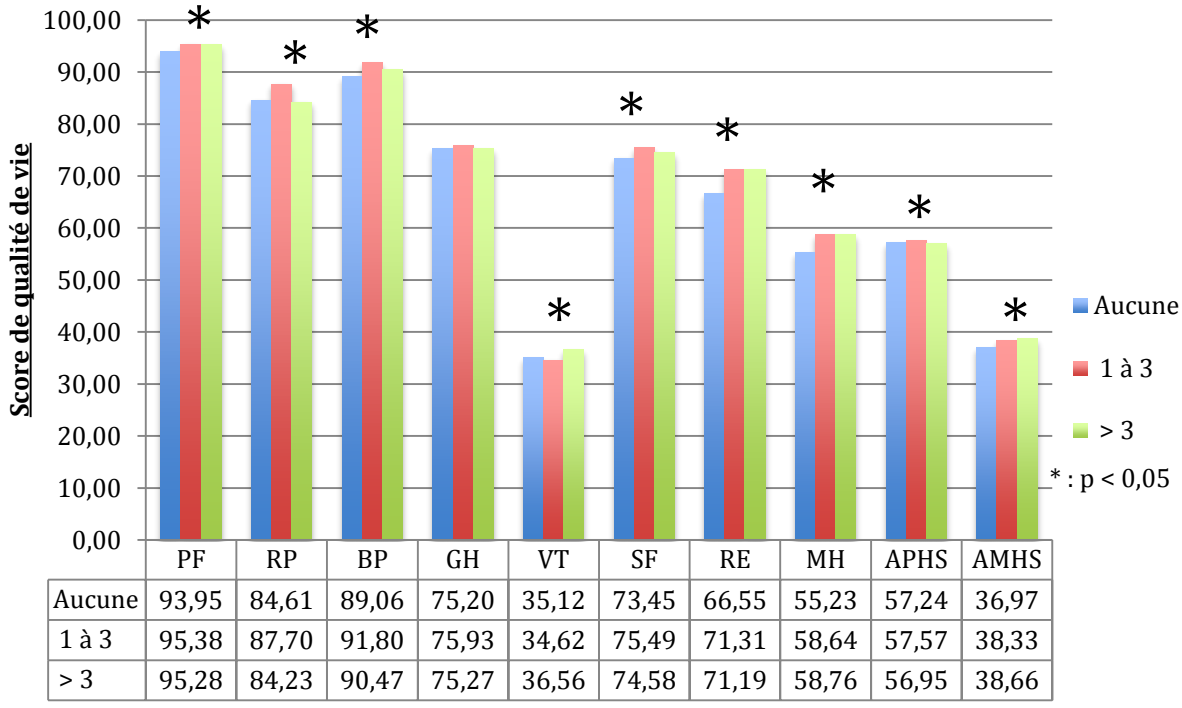

| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | APHS | AMHS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <20 | 93,75 | 84,56 | 88,94 | 75,23 | 35,26 | 73,49 | 66,15 | 54,94 | 57,24 | 36,89 |
| 20-50 | 95,44 | 87,33 | 91,53 | 75,91 | 34,79 | 75,34 | 70,88 | 58,65 | 57,53 | 38,30 |
| >=50 | 94,80 | 83,19 | 89,73 | 74,58 | 35,64 | 73,20 | 70,66 | 57,26 | 56,78 | 38,03 |

e) Qualité de vie selon le nombre de gardes mensuel moyen des six derniers mois (Annexe 13 et figure 12).

Les étudiants qui font 1 à 3 gardes avaient un meilleur score de fonctionnement physique, de douleurs physiques, de limitation physique, de fonctionnement social, de rôle émotionnel et de santé mentale que ceux qui n'en faisaient aucune ($p < 0,05$). Ils obtenaient donc un meilleur score agrégé de santé physique et de santé mentale.

Ceux qui avaient plus de 3 gardes obtenaient un meilleur score de santé mentale, de rôle émotionnel, et de douleur physique que ceux qui n'avaient aucune garde.

Figure 12 : Qualité de vie selon le nombre de gardes




| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | APHS | AMHS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Aucune | 93,95 | 84,61 | 89,06 | 75,20 | 35,12 | 73,45 | 66,55 | 55,23 | 57,24 | 36,97 |
| 1 à 3 | 95,38 | 87,70 | 91,80 | 75,93 | 34,62 | 75,49 | 71,31 | 58,64 | 57,57 | 38,33 |
| > 3 | 95,28 | 84,23 | 90,47 | 75,27 | 36,56 | 74,58 | 71,19 | 58,76 | 56,95 | 38,66 |

**Dimensions de la santé**

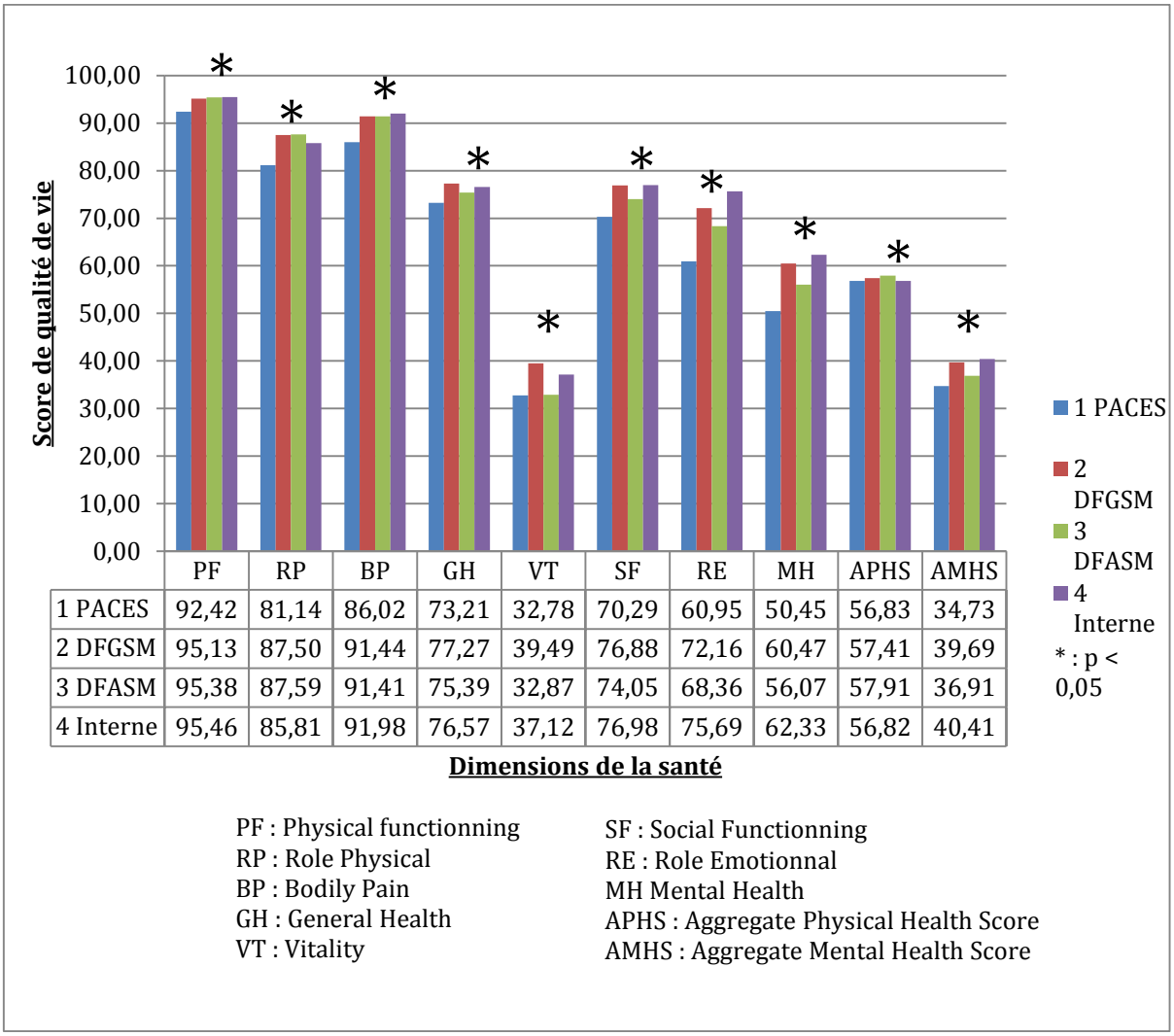
PF : Physical functionning
RP : Role Physical
BP : Bodily Pain
GH : General Health
VT : Vitality
SF : Social Functionning
RE : Role Emotionnal
MH Mental Health
APHS : Aggregate Physical Health Score
AMHS : Aggregate Mental Health Score

f) Qualité de vie selon le niveau d'études (Annexe 14 et figure 13).

Le score agrégé de santé physique était le plus bas en PACES et en post-ECN.

Les étudiants de post-ECN obtenaient un score agrégé de santé mentale supérieur à ceux de PACES et DFASM. C'était d'ailleurs les étudiants de PACES et de DFASM qui avaient le moins bon score par rapport aux autres années ($p < 0,05$).

Figure 13 : Qualité de vie selon le niveau d'étude




| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | APHS | AMHS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 PACES | 92,42 | 81,14 | 86,02 | 73,21 | 32,78 | 70,29 | 60,95 | 50,45 | 56,83 | 34,73 |
| 2 DFGSM | 95,13 | 87,50 | 91,44 | 77,27 | 39,49 | 76,88 | 72,16 | 60,47 | 57,41 | 39,69 |
| 3 DFASM | 95,38 | 87,59 | 91,41 | 75,39 | 32,87 | 74,05 | 68,36 | 56,07 | 57,91 | 36,91 |
| 4 Interne | 95,46 | 85,81 | 91,98 | 76,57 | 37,12 | 76,98 | 75,69 | 62,33 | 56,82 | 40,41 |

PF : Physical functionning
RP : Role Physical
BP : Bodily Pain
GH : General Health
VT : Vitality
SF : Social Functionning
RE : Role Emotionnal
MH Mental Health
APHS : Aggregate Physical Health Score
AMHS : Aggregate Mental Health Score

# IV. DISCUSSION

## 1. Les résultats

### a) Objectif principal

Comme nous l'évoquions en introduction, le sujet de la consommation des substances psychoactives par les étudiants en médecine est peu exploré dans la littérature internationale et encore moins française. Ils sont cependant 75,2% à avoir consommé ou à consommer des substances psychoactives au cours de leurs études.

24,8% des étudiants n'en avaient jamais consommé. Ce chiffre paraît surprenant, et mériterait d'étudier spécifiquement les caractéristiques de cette population de non-consommateurs. Notre étude s'intéressait plus particulièrement aux étudiants consommateurs.

L'alcool était la substance la plus consommée par les étudiants en médecine de France (94,7%). Suivaient ensuite le tabac (25,2%), et le cannabis (19,9%).

Parmi les autres substances psychoactives, les substances les plus largement expérimentées au cours des études étaient le protoxyde d'azote (59,6%) et les poppers (44,7%). L'ecstasy et la MDMA (12,5%), les benzodiazépines (9,8%), les codéinés (8,6%), la cocaïne (7,4%), et les champignons hallucinogènes (6,7%) venaient ensuite par ordre de fréquence.

Les étudiants étaient bien moins nombreux à avoir expérimenté d'autres substances telles que les amphétamines (3,9%), le SPICE (0,6%), le LSD (2,2%), le crack (0,4%), l'héroïne (0,2%), les opiacés (hors héroïne, 2,1%), le SUBUTEX ou la METHADONE (0,2%), le datura (0,2%), les drogues de synthèse (1,7%) et la KETAMINE (1,6%).

### b) Objectifs secondaires

#### i. Consommations et caractéristiques personnelles.

L'analyse croisée des consommations et des caractéristiques personnelles de la population nous permet d'identifier que les étudiants consommateurs sont majoritairement masculins, et ceux âgés de plus de 26 ans sont les plus consommateurs d'alcool.

Les hommes sont plus consommateurs d'alcool, puis de cannabis et de tabac. Les femmes quant à elles sont plus consommatrices d'alcool, de tabac, puis de cannabis. Ces résultats concordent avec ceux de Dartiu Xavier Da Silveira, chez les étudiants en médecine brésiliens en 2007 pour qui la consommation se faisait dans le même ordre (29).

D'un point de vue régional, les étudiants rattachés aux facultés de médecine de Bretagne sont notablement plus consommateurs d'alcool que ceux d'autres régions. Ce résultat est concordant avec les résultats de l'analyse régionale du

Baromètre santé de l'INPES réalisé en 2010 (30). Dans notre étude, il n'existe pas de différence significative entre les régions pour la consommation de tabac, sauf en ce qui concerne l'Ile-de-France où la proportion de consommateurs est supérieure à la région Grand Est, ce qui diffère des résultats de l'étude de l'INPES en 2010 où la proportion de consommateurs de tabac la plus basse était en Ile-de-France. Les autres comparaisons régionales restent difficiles à réaliser devant la nouvelle cartographie des régions de France, et leur dénomination fixée au journal officiel par les décrets du 28 septembre 2016 (31), que nous avons utilisée.

Les violences conjugales et l'agression physique, sont des facteurs associés significativement à une consommation de tabac et de cannabis. Le vécu de violences sexuelles ou du divorce des parents est associé significativement à une consommation plus importante de cannabis. Les étudiants ayant vécu le deuil d'un proche sont plus consommateurs d'alcool que ceux qui ne l'ont pas vécu. Par contre les étudiants qui ont des difficultés financières sont plus consommateurs de tabac et de cannabis mais moins d'alcool que ceux qui n'en ont pas.

Prendre en charge et accompagner psychologiquement les étudiants qui ont vécu ces évènements de vie au cours de leurs études semble être un moyen de prévention des consommations à mettre en place.
Cependant, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, les étudiants qui bénéficient d'un tel suivi ont certes une moindre consommation d'alcool mais une plus grande consommation de tabac.

ii. Consommations et caractéristiques professionnelles.

Quel que soit le niveau d'étude, la spécialité, le temps de travail et le nombre de gardes des six derniers mois, l'alcool reste la substance la plus consommée par les étudiants, avant le tabac et le cannabis.

La proportion de consommateurs d'alcool croît avec les années d'études, ainsi les internes sont plus nombreux à consommer que les étudiants qui n'ont pas passé les ECN.
Les étudiants qui travaillent entre 20 à 50 heures par semaine et 1 à 3 gardes en moyenne par mois sont les plus consommateurs d'alcool et de cannabis.
Par contre, les étudiants de PACES sont ceux qui sont les plus consommateurs de tabac (28,1%). Ils sont cependant moins nombreux que les étudiants en première année d'université à Lille en 2014 qui étaient 35% à consommer du tabac (32).

Nous pouvons nous interroger sur l'impact de la répartition de la population de l'étude sur ces chiffres. En effet les étudiants qui n'ont pas passé les ECN sont les plus représentés et sont ceux qui travaillent de 20 à 50 heures par semaine. Une participation plus importante des internes aurait peut-être modifié les résultats de notre étude.

iii. Dépendance aux substances.

- L'alcool est une substance très problématique chez les étudiants en médecine de France en terme de dépendance. En effet, 37% des étudiants consommateurs d'alcool avaient une consommation à risque et 10,5% étaient à risque d'alcoolo-dépendance. Ces résultats dépassent ceux de l'étude menée chez des externes par Gignon et al qui retrouvait 21% de consommateurs d'alcool à risque et 11% d'étudiants à risque d'addiction (33).

L'alcoolisation ponctuelle importante (API) concerne 80,1% des étudiants, ce qui est nettement supérieur aux étudiants en santé de Rouen qui étaient 40,3% à l'avoir déjà pratiquée (34). Parmi les 18-25 ans, elle touche plutôt les étudiants masculins, 19% ont une API par semaine, contre 8,7% des femmes.

- 17% des étudiants consommateurs de tabac avaient une consommation modérée et 2,8% une dépendance forte.

- Concernant le cannabis, les étudiants sont moins nombreux à en consommer mais 23% d'entre eux nécessiteraient d'être orientés en consultation d'addictologie, alors que dans l'étude de M Gignon ils étaient 5% dans ce cas (33).

iv. Les années clés des consommateurs.

Les étudiants avaient débuté leurs consommations de tabac, alcool et cannabis majoritairement avant leurs études de médecine.

Les années de PACES primant, et de DFGSM 2 sont des années marquantes dans l'évolution des consommations de tabac, alcool et cannabis. Il serait donc intéressant de cibler des campagnes de prévention dans les facultés aux étudiants de ces années-là.

En effet, les étudiants qui avaient débuté ou augmenté le tabac au cours de leurs études le faisait en PACES primant ou en DFGSM 2. Ils débutaient et augmentaient leur consommation d'alcool et de cannabis en DFGSM 2.
Globalement au cours de leurs études, les étudiants déclaraient avoir principalement diminué leur consommation de cannabis, en PACES primant ou en DFASM 1.

v. Facteurs associés à la consommation.

Les étudiants consomment plus volontiers lors de soirées avec des amis (82%), pour le plaisir et par effet de groupe. 52,90% des étudiants consommaient pour expérimenter la substance. Les difficultés de vie : financières, de couple, familiales, deuil, n'étaient pas des facteurs fréquemment retenus par les étudiants.

Ils identifiaient un contexte professionnel de consommation porté par l'effet de groupe et la difficulté des études. Le stress avant un examen était également un facteur associé à cette consommation. Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, le burn-out professionnel, le poids de la responsabilité médicale, le stress avant le travail en stage étaient retenus dans une moindre mesure.

La population de l'étude étant composée principalement d'externes, nous pouvons encore une fois nous interroger sur la généralisation possible de ces

résultats. Il pourrait être pertinent d'étudier ces facteurs par population externes et internes distinctes.

Quel que soit le contexte des consommations, l'effet principal recherché était le plaisir ou détente (78,3%) puis ensuite la désinhibition et la recherche de l'ivresse ou de la défonce. Ces éléments interrogent sur le bien-être des étudiants en médecine et leur qualité de vie, éléments que nous aborderons par la suite.

vi. Mise en danger à cause de la consommation.

12% des étudiants déclaraient s'être déjà mis en danger à cause de leur consommation. Ce chiffre inquiète et renvoie à la perte de contrôle induite par la substance addictive. Les étudiants étaient 514 à avoir fait des malaises, 369 à avoir été vulnérable physiquement. D'un point de vue sociétal et de santé publique, ces évènements représentent un coût humain et financier important : hospitalisations, coma, accident de voiture, tentative de suicide, consommation pendant la grossesse.

D'un point de vue déontologique, 71 étudiants admettaient avoir mis en danger un de leurs patients à cause de leurs consommations. Il est indispensable d'agir en amont de ces situations.

vii. Qualité de vie.

La qualité de vie des étudiants en médecine est inférieure à la population générale en terme de vitalité et de santé mentale.

Nous avons utilisé le score standardisé de la SF12-v2 pour mesurer la qualité de vie des étudiants. Nous pouvons nous interroger sur la précision de cette échelle chez des sujets jeunes. Les questions sur les dimensions de la santé physique ne sont peut-être pas assez adaptées à cette tranche d'âge.

- Paradoxalement, la qualité de vie des étudiants masculins est meilleure que celle des femmes, alors que ce sont eux les plus consommateurs de substances.

- Il n'y a pas de différence significative entre les différentes régions de France sur le plan de la qualité de vie physique globale. Cependant, la Nouvelle Aquitaine et la Bretagne sont des régions qui obtiennent les meilleurs scores dans les différentes dimensions de la santé physique et aussi en terme de santé mentale. Ce résultat étonne car, comme nous l'avons vu précédemment, c'est en Bretagne que la proportion de consommateurs d'alcool est la plus importante.

- Vivre en communauté (foyer, internat, colocation, chez l'habitant) est associé à une meilleure qualité de vie physique, mais cette différence n'est pas significative. Par contre, vivre en logement indépendant est significativement associé à une meilleure qualité de vie sur le plan de la santé mentale.

- Les étudiants travaillant de 20 à 50 heures obtiennent de meilleurs scores de qualité de vie que les étudiants travaillant moins de 20 heures ou plus de 50 heures par semaine en moyenne. Ni trop ni pas assez pourrait résumer cette analyse. En effet, un temps de travail hebdomadaire moyen allant de 20 à 50 heures par semaine confère une meilleure qualité de vie.

Rappelons que notre étude montre que 10,5% des étudiants en médecine ont travaillé plus de 50 heures par semaine en moyenne au cours des 6 derniers mois. La loi de 2015 sur le temps de travail des internes stipule que celui-ci doit être de 48 heures par semaine (35). Combien d'hôpitaux fonctionnent-ils hors la loi ?

La population de notre étude est composée d'un faible nombre d'internes en regard du nombre d'internes de France, aussi il serait intéressant d'effectuer une étude spécifique sur ce sous-groupe afin de pouvoir généraliser les résultats sur le temps de travail.

- Les résultats obtenus sur la qualité de vie en fonction du nombre de gardes restent assez surprenants. En effet, les étudiants qui font plus de 3 gardes par mois obtiennent un meilleur score de qualité de vie pour la vitalité et pour la santé mentale. Il peut exister à cette question un facteur de confusion qui est la nature de stage : s'agit-il d'un stage de gardes seul, qui implique du temps libre entre les gardes, ou un stage de service avec des gardes d'urgences, où l'étudiant est en service au quotidien en dehors de ses gardes ?

- Les étudiants de PACES et post-ECN ont un score de qualité de vie physique significativement plus bas que les étudiants de DFGSM et DFASM.
Les années de préparation de concours que sont la PACES et le DFASM sont des années au score agrégé de santé mentale significativement plus bas que les autres années, ce qui correspond à ce que nous attendions.

Cette étude de la qualité de vie soulève de nombreuses interrogations car, contrairement à ce que nous aurions pu attendre, il semble que les étudiants les plus consommateurs aient une meilleure qualité de vie que ceux qui ne consomment pas. Une analyse multivariée des facteurs associés à la consommation de substances psychoactives permettrait d'éclaircir ce point.

## 2. Forces et faiblesses du travail.

### a) Le sujet choisi.

La force principale de notre étude est son originalité et le nombre de participants. Si son sujet est souvent évoqué, il n'a été que très rarement exploré en France et, comme nous l'avons précisé ci-avant, sur une population beaucoup plus restreinte d'internes ou d'externes.

Le sujet de notre travail pouvait être perçu comme très tabou, mais ne laissait pas indifférent. Les personnes qui, à l'évocation du sujet du travail, évoquaient un possible discrédit sur la profession médicale suite aux résultats n'étaient pas des professionnels de santé. Ces derniers y voyaient au contraire très vite un intérêt épidémiologique et préventif.

Ainsi, les étudiants ont été nombreux à répondre au questionnaire et les facultés participantes ont demandé à avoir les résultats finaux de notre enquête. Cependant, certains étudiants, notamment les plus consommateurs, ont pu se sentir jugé ou mal à l'aise devant les questions, et ne pas finir de répondre au questionnaire.

L'objectif de cette étude n'était en aucun cas de juger les futurs médecins mais d'effectuer un état des lieux de leur consommation pour pouvoir agir en amont de l'addiction, que ce soit sur leur qualité de vie ou leurs conditions de travail.

### b) La validité interne de l'étude.

#### i. Le recrutement de la population.

L'étude a été réalisée chez les étudiants de France métropolitaine et non des DOM-TOM. Il n'était pas fixé de limite de nombre de répondants dans l'hypothèse d'un faible taux de réponse afin de ne pas nuire à la puissance de l'étude.

Les étudiants des DOM-TOM étaient exclus car nous avons émis l'hypothèse que les produits consommés et disponibles n'étaient peut-être pas les mêmes qu'en métropole, et que d'autres facteurs pouvaient influer sur la qualité de vie : météorologie, éloignement avec la famille…

Nous avons choisi d'inclure les étudiants de PACES malgré le fait que la majorité d'entre eux ne poursuivraient pas les études médicales car il s'agit d'une année charnière entre le lycée et les études supérieures, avec un contexte de stress important lié au concours et à ce titre l'hypothèse d'un risque de consommations plus important.

Le recrutement a pu ne pas être exhaustif car le questionnaire a été envoyé directement par les services de scolarité des facultés de médecine. A la demande de l'investigatrice, il a été diffusé très largement dans l'hypothèse d'un faible taux de réponse des étudiants. L'investigatrice n'avait pas accès aux mails des sujets. Des relances avaient cependant été réalisées auprès des facultés mais l'investigatrice n'avait pas de regard sur l'application de ces relances par les services de scolarité aux étudiants. Une partie des étudiants n'a peut-être pas pris connaissance du mail diffusé sur leurs boîtes mail universitaire.

Certains services de scolarité préféraient ne pas solliciter les étudiants de première année qui étaient alors en période de concours.

Certaines facultés de médecine ont refusé de diffuser le questionnaire, au motif de la trop grande sollicitation des étudiants pour des études multiples, ou sans motif. Une faculté ne souhaitait pas diffuser « ce genre d'enquête ».

Par ailleurs, le recrutement s'effectuait par volontariat, certains étudiants ont pu ne pas répondre au questionnaire diffusé par leur faculté par crainte que celle-ci ait un regard sur les résultats.

Un étudiant pouvait accéder plusieurs fois au questionnaire depuis un même ordinateur, et ce afin de permettre aux étudiants de répondre depuis les bibliothèques universitaires et donc de ne pas limiter le nombre de répondants.

Il est donc impossible de savoir avec certitude si le questionnaire a été envoyé à toutes les promotions d'étudiants et donc de calculer un taux de réponse exact.

Cependant, en 2014-2015, le nombre d'étudiants inscrits dans les facultés de médecine de France était approximativement de 100149 étudiants (36), dont 58733 étudiants de PACES (37). Le nombre d'étudiants inscrits en 2016-2017 doit être sensiblement le même. En admettant que notre étude aurait été envoyée à tous les étudiants de France y compris de France métropolitaine, ce qui n'est pas le cas, elle comporterait donc un taux de réponse de 11%.

ii. Le questionnaire.

Le mail invitant les étudiants à répondre au questionnaire a été volontairement vulgarisé pour être plus attractif.

Toutes les questions du questionnaire étaient rendues obligatoires afin de ne pas avoir de biais de non-réponse. Le fait que l'étude ait été diffusée en ligne a permis de réaliser un questionnaire adapté à chaque étudiant en terme de contenu et de longueur, en fonction de ses consommations. A titre d'exemple un étudiant qui ne consommait que du tabac n'avait pas à quantifier sa consommation d'alcool.

La longueur du questionnaire complet a pu être un frein pour les étudiants polyconsommateurs qui avaient donc le questionnaire le plus long.

Des imprécisions ont pu gêner les sujets lors de leurs réponses aux questions. Certains étudiants ont cru que les dernières questions après la question de l'expérimentation des substances psychoactives concernaient uniquement ces autres substances et non pas le tabac, l'alcool et le cannabis. Il a pu y avoir ici une confusion préjudiciable à notre étude.

Il n'était pas par ailleurs précisé si des substances telles que les opiacés ou la codéine avaient été utilisés à visée antalgique seulement.

Ces facteurs de confusion auraient pu être limités si un plus grand nombre de questions avait précisé pour chaque substance quel était son mode d'usage, sa fréquence, son importance. Cela aurait engendré un questionnaire nettement plus long et difficile à remplir pour les étudiants. Par ailleurs il n'existait pas d'échelle standardisée auquel se référer pour caractériser les consommations de ces autres substances psychoactives. Toujours dans un souci d'alléger au plus le questionnaire, nous avons choisi de ne pas utiliser les items du DSM V et de la CIM 10 et d'effectuer un simple screening de l'usage de ces autres substances.

De même l'usage de la cigarette électronique n'a pas été évoqué dans notre questionnaire car cela aurait impliqué un questionnaire encore plus long.

iii. Indicateurs et méthodes d'analyse.

Nous avons utilisés des indicateurs semblables à ceux utilisés dans les études de l'OFDT et l'INPES (38) : l'API, l'AUDIT, l'usage dans l'année de drogues illicites.

Pour quantifier la consommation des substances telles que le tabac, l'alcool, le cannabis nous avons choisi des tests standardisés, utilisés par la Haute Autorité de Santé : respectivement le mini-Fagerström, l'AUDIT, la CAST. Ce choix avait pour but de quantifier la proportion d'étudiants à haut risque de dépendance parmi les étudiants consommateurs.

L'étude de la qualité de vie a été réalisée à l'aide de l'échelle de qualité de vie SF-12v2, échelle standardisée. Ses questions ont pu sembler peu adaptées à des jeunes étudiants, notamment pour l'évaluation des capacités physiques (passer l'aspirateur, jouer aux boules).

Il existe un biais de classement dû à la sous-déclaration de consommation de substances psychoactives. Les sujets consommateurs ont pu minimiser leur consommation, voire ne pas répondre au questionnaire. Certains ont également pu faire des erreurs dans leurs réponses par oubli, notamment ceux dont l'addiction trouble les fonctions exécutives et la mémoire.

L'analyse statistique a été réalisée par un service de professionnels spécialisés en santé publique, à partir de la base de données extraite du questionnaire. Il n'y avait pas de données manquantes.

iv. Puissance de l'étude.

Notre étude est une étude de forte puissance car elle présente un nombre très conséquent de participants.

c) <u>Validité externe.</u>

Il n'existe pas d'étude réalisée chez une si grande population d'étudiants en médecine en France, toutes années confondues. Par ailleurs, les questions posées sont rarement identiques d'une étude à l'autre, et la nôtre ne déroge pas à cette règle, ce qui rend la comparaison hasardeuse. Une étude comparative nécessiterait donc d'utiliser les mêmes définitions pour quantifier les consommations (usage quotidien, usage dans l'année, ou expérimentation).

La comparaison avec des résultats antérieurs est donc difficile, mais notre étude a pour but d'être une nouvelle base de données pour les études ultérieures.

Nous pouvons cependant évoquer la mesure des niveaux de diffusion et d'usage des produits psychoactifs réalisée régulièrement par l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) et l'INPES (Institut national de Prévention et d'Education pour la santé), la plus récente étant en 2014 (38), comme valeur de référence en terme de consommations des jeunes.

- Dans cette étude, 31% des jeunes âgés de 18 à 25 ans déclaraient avoir une API dans le mois, 43% des hommes et 21 % des femmes.

Notre étude, quant à elle, retrouvait 39,4% d'étudiants qui déclaraient avoir au moins une API par mois (de tous les jours ou presque à une fois par mois) : 51% des hommes et 34% des femmes de 18 à 25 ans (Tableau 12). La consommation d'alcool par API des étudiants en médecine de France âgés de 18 à 25 ans est supérieure à celle de la population générale du même âge.

- Si nous nous permettons de faire un rapprochement avec nos résultats, d'après l'OFDT, 21% des 18-34 ans ont eu un usage dans l'année de cannabis alors que les étudiants de notre étude, sur une tranche d'âge non limitée (de moins de 18 ans à plus de 25 ans) sont 19,9% à consommer du cannabis au moment de l'étude.

Concernant l'expérimentation de substances psychoactives par âge (en %), l'étude de l'OFDT retrouve les résultats reportés dans le tableau 20.

Tableau 20 : Expérimentation des substances psychoactives selon l'âge (%)

| | 18-25 ans | 26-34 ans | 18-34 ans |
|---|---|---|---|
| *Effectifs* | *1809* | *2271* | *4080* |
| Poppers | 11,7 | 11,5 | 11,5 |
| Cocaïne | 7,1 | 10,2 | 9,5 |
| Champignons hallucinogènes | 6,6 | 8,4 | 7,6 |
| MDMA / Ecstasy | 7 | 8,4 | 7,7 |
| Colles et solvants | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| LSD | 3,3 | 3,9 | 3,6 |
| Amphétamines | 2,9 | 3,6 | 3,2 |
| Héroïne | 1,3 | 1,8 | 1,5 |

Les étudiants en médecine de France ont donc plus expérimenté au cours de leurs études les poppers, l'ecstasy et la MDMA, les amphétamines que les jeunes du même âge.

Notre étude retrouve une plus grande proportion d'étudiants consommateurs de tabac que chez les internes de Lyon et Angers (39) où le tabagisme quotidien concernait 16% des étudiants. Les étudiants en santé de Rouen (34) étaient également moins nombreux à avoir un tabagisme actif : 24,6%. Il en était de même pour les étudiants en médecine allemands qui étaient 21,5% de consommateurs de tabac (40). Cependant, ces enquêtes étaient réalisées chez un nombre de sujets beaucoup plus restreint (respectivement 529, 1387 et 940 étudiants).

Les autres études dont nous parlions en introduction chez les étudiants en médecine américains sont discordantes quant aux consommations des étudiants. En 1986, sur une population de 133 étudiants en médecine, 96% avaient expérimenté l'alcool, 44% le tabac et 57% le cannabis (41). Mais en 1991, sur une population plus large de 2046 étudiants en médecine, seuls 10% avaient expérimenté le cannabis et le tabac (42). Ces éléments soulignent l'importance de réaliser des études de qualité,

sur un nombre suffisant d'étudiants, avec des questions identiques afin de pouvoir évaluer une évolutivité des consommations.

### 3. Implications pour l'avenir et hypothèses de recherche.

81,5% des étudiants interrogés jugent leur consommation comme raisonnable. Par leur formation, les étudiants en médecine sont informés des effets et des risques des substances psychoactives. Cette connaissance pourrait-elle être responsable d'une banalisation des consommations (43) ? Il existerait alors un sentiment de toute puissance face à la substance comme si la connaissance des effets préserverait de la dépendance.

Il serait à ce titre intéressant de comparer les résultats de notre étude à ceux d'une étude sur les consommations des étudiants d'autres filières à la difficulté comparable en terme de temps de travail, d'intensité et de durée. Ainsi, en 1986, William E. Mc Auliffe démontrait que les étudiants en médecine consommaient plus que les étudiants en pharmacie. (44)

Nous n'avons également pas approfondi la consommation de médicaments par les étudiants en médecine qui pourrait faire l'objet d'une étude à part entière. Y a-t-il une surconsommation de médicaments chez les étudiants en médecine ? Et dans ce cas quels moyens utilisent-ils pour s'en procurer ? L'auto prescription ?

Chez les médecins généralistes, le risque de dépendance à l'alcool et la consommation de tabac sont moindres que dans la population générale. (18) Nous pouvons donc nous interroger sur le devenir des consommations des étudiants. S'amoindrissent-elles une fois la thèse obtenue ? La qualité de vie s'améliore-t-elle ?

# V. CONCLUSION

75,2% des étudiants en médecine de France métropolitaine sont consommateurs de substances psychoactives en 2016-2017. Ils sont 94,7% à consommer de l'alcool, 25,2% à consommer du tabac et 19,9% du cannabis.

Parmi ces étudiants, 10,5% ont une alcoolo-dépendance probable, 19,8% sont dépendants au tabac, et 23% dépendants au cannabis.

Cependant, ils sont 81,5% à trouver que leur consommation est raisonnable. L'alcoolisation ponctuelle importante est plus fréquente chez les étudiants en médecine âgés de 18 à 25 ans que dans la population générale du même âge.

La PACES primant et la DFGSM2 sont des années clés dans le début et l'augmentation des consommations. Les étudiants de PACES sont les plus consommateurs de tabac et ceux qui travaillent 20 à 50 heures sont les plus consommateurs d'alcool et de cannabis.

Les hommes sont les plus consommateurs d'alcool, de tabac et de cannabis, et les étudiants de plus de 26 ans sont les plus consommateurs d'alcool. Les 18-25 ans sont les plus consommateurs de cannabis. Il existe une association significative entre la région d'études et les consommations de tabac, alcool, cannabis. Les évènements de vie vécu (deuil, violences, difficultés financières) sont également associés à une consommation de substances psychoactives.

Les étudiants sont plus nombreux à avoir expérimenté les poppers, l'ecstasy et la MDMA, les amphétamines que les jeunes du même âge, mais ont moins expérimenté la cocaïne et l'héroïne.

Ces consommations se font dans un contexte personnel d'effet de groupe, en soirée avec des amis, dans une recherche du plaisir, et pour expérimenter ; et dans un contexte professionnel d'effet de groupe également, et de difficulté des études pour 16,80% des étudiants. Ils recherchent principalement l'ivresse, la défonce, et la désinhibition dans ces consommations.

12% des étudiants se sont déjà mis en danger et 0,9% ont mis en danger un de leurs patients à cause de leurs consommations.

La qualité de vie des étudiants en médecine est inférieure à la population générale en terme de vitalité et de santé mentale, et leurs consommations de substances évoluent avec les études.

Des campagnes de prévention ciblées par année et par substance consommée pourraient être développées dans les facultés.

# VI. ANNEXES

# ANNEXE 1 : Critères de dépendance de la CIM-10

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;

2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;

3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;

4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;

5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;

6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

# ANNEXE 2 : DSM-5 évaluation de la dépendance

Source : *American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*

Mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :

1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit.
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.
8. Utilisation répétée du produit dans des situations ou cela peut être physiquement dangereux.
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
a. besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
b. effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
a. syndrome de sevrage du produit caractérisé (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
b. le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

 Présence de 2 à 3 critères : ADDICTION LÉGÈRE
 Présence de 4 à 5 critères : ADDICTION MODÉRÉE
 Présence de 6 critères ou plus : ADDICTION SÉVÈRE

## ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

## A PROPOS DE VOUS :

1) Sexe :
   - masculin
   - féminin

2) Quel âge avez-vous ? (âge révolu): *(menu déroulant)*
   - < 15 ans
   - 15 ans
   - 16 ans
   - 17 ans
   - 18 ans
   - 19 ans
   - 20 ans
   - 21 ans
   - 22 ans
   - 23 ans
   - 24 ans
   - 25 ans
   - 26 ans
   - 27 ans
   - 28 ans
   - 29 ans
   - 30 ans
   - 31 ans
   - 32 ans
   - >32 ans

3) Quelle est votre faculté de rattachement ? : *(menu déroulant)*
   - Amiens
   - Angers
   - Besançon
   - Bordeaux
   - Brest
   - Caen
   - Clermont Ferrand
   - Dijon
   - Grenoble
   - Lille 2
   - Lille
   - Limoges
   - Lyon EST
   - Lyon SUD
   - Marseille
   - Montpellier
   - Nancy
   - Nantes
   - Nice
   - Paris V Descartes
   - Paris VI Pierre et Marie Curie
   - Paris VII Diderot
   - Paris XI Kremlin Bicetre
   - Paris XII Creteil
   - Paris XIII Bobigny
   - Poitiers
   - Reims
   - Rennes
   - Rouen
   - Saint Etienne
   - Strasbourg
   - Toulouse Purpan
   - Toulouse Rangueil
   - Tours
   - Versailles Saint Quentin en Yvelines

4) Etes-vous en couple ? :
   - OUI
   - NON

   a) Si OUI : Vivez-vous avec votre conjoint ?
   - OUI
   - NON

5) Habitez-vous :

- En colocation
- Chez la famille
- En logement en foyer étudiant
- Chez l'habitant
- A l'internat
- En logement indépendant

6) Avez vous des enfants ?
   - Oui
   - Non

## QUESTIONNAIRE de qualité de vie SF 12

7) Dans l'ensemble pensez-vous que votre santé est :
   - Excellente
   - Très bonne
   - Bonne
   - Médiocre
   - Mauvaise

8) En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous gêné pour :

- Des effors physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...)

- Oui beaucoup limité - Oui un peu limité - Non pas du tout

- Monter plusieurs étages par l'escalier

- Oui beaucoup limité - Oui un peu limité - Non pas du tout

9) Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :
   - Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?

   Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais
   - Avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

   Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

10) Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme par exemple vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :
   - Avez-vous accompli moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?

   Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais
   - Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

   Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

11) Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?
   - Pas du tout
   - Un petit peu
   - Moyennement
   - Beaucoup
   - Enormément

12) Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines :

1. Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

2. Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

3. Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

13) Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?
- Toujours
- La plupart du temps
- Souvent
- Parfois
- Jamais

## A PROPOS DE VOS ETUDES :

14) Quelle est votre année d'étude en cours ? : *(menu déroulant)*

- PACES primant
- PACES doublant
- PACES triplant
- DFGSM 2 (ancienne PCEM2)
- DFGSM 3 (ancienne DCEM1)
- DFASM 1 (ancienne DCEM2)
- DFASM 2 (ancienne DCEM3)
- DFASM 3 (ancienne DCEM4)
- TCEM 1 (1ère année d'internat)
- TCEM 2 (2ème année d'internat)
- TCEM 3 (3ème année d'internat)
- TCEM 4 (4ème année d'internat)
- TCEM 5 (5ème année d'internat)
- Année de thèse
- Interne médaille
- Disponibilité en cours

15) Quelle spécialité avez-vous choisi à l'ECN ? : *(menu déroulant)*

- Je n'ai pas encore passé les ECN
- Anesthésie réanimation
- Anatomopathologie
- Biologie médicale
- Cardiologie
- Chirurgie générale
- Dermatologie
- Endocrinologie
- Génétique
- Gynécologie Obstétrique
- Gynécologie médicale
- Hématologie
- Hépato-gastro-entérologie
- Médecine du travail
- Médecine physique et réadaptation
- Médecine nucléaire
- Neurochirurgie
- Néphrologie
- Neurologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- ORL et chirurgie cervico faciale
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiologie
- Rhumatologie
- Santé publique

- Médecine générale
- Médecine interne
- Stomatologie

16) Au cours des 6 derniers mois, quel a été votre temps de travail sur le lieu du stage hebdomadaire en moyenne (gardes non comprises) ?
   - Pas de stage
   - < 20 heures
   - 20 – 30 heures
   - 30 - 40 heures
   - 40 – 50 heures
   - 50 – 60 heures
   - 60 – 70 heures
   - 70 – 80 heures
   - > 80 heures

17) Au cours des 6 derniers mois combien de gardes par mois avez-vous eu en moyenne ? :
   - aucune
   - 1
   - 2
   - 3
   - 4
   - 5
   - 6
   - >6

18) Au cours des 6 derniers mois combien de WE libres (sans gardes ni astreintes) par mois avez-vous eu en moyenne ? :
   - 1
   - 2
   - 3
   - 4
   - 5

19) Au cours de la dernière année, combien de semaines de vacances avez-vous eu ?
   - Aucune
   - 1
   - 2
   - 3
   - 4
   - 5
   - >5

20) Avez-vous ou êtes-vous suivi par un psychiatre ou un psychologue au cours de vos études de médecine ? :
   - Oui
   - Non

21) Prenez-vous les médicaments suivants *(réponse OUI NON à chaque item)* ? :

- Hypnotiques
- Anxiolytiques
- Antidépresseurs
- Thymorégulateurs
- Antipsychotiques

22) Au cours de vos études avez-vous vécu un ou plusieurs des évènements suivants *(réponse OUI NON à chaque item)* :
- Deuil d'un proche
- Violences sexuelles
- Violences conjugales
- Agression physique
- Divorce des parents
- Difficultés financières

23) Au cours de vos études, avez-vous déjà consommé OCCASIONNELLEMENT OU REGULIEREMENT une substance parmi alcool, tabac, cannabis, cocaïne, crack, champignons hallucinogènes, poppers, amphétamines, Ecstasy / MDMA, LSD, COCAINE, Héroine, Opiacés hors héroïne, Codéinés, SUBUTEX METHADONE, Benzodiazépines, drogues de synthèse, protoxyde d'azote, datura, spice, kétamine ?
- Oui
- Non

*Fin du questionnaire en cas de réponse négative.*

## TABAC

24) Consommez-vous du tabac ?
- Oui
- Non

a) *si Oui ouverture sur le test de Fagerström simplifié*

- Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?
  - 10 ou moins
  - 11 à 20
  - 21 à 30
  - 31 ou plus
- Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
  - Moins de 5 minutes
  - 6 à 30 minutes
  - 31 à 60 minutes
  - Après plus d'une heure

25) Votre consommation a-t-elle :
- débuté avant les études de médecine OUI / NON
- débuté pendant les études de médecine OUI / NON
  - si oui en quelle année : (menu déroulant)

26) Votre consommation a-t-elle :
- augmenté au cours des études de médecine : OUI / NON
  - si oui en quelle année : (menu déroulant)

27) Votre consommation a-t-elle :
- diminué au cours des années de médecine OUI / NON
  - si oui en quelle année : (menu déroulant)

## ALCOOL

28) Consommez-vous des boissons alcoolisées ?
- Oui
- Non

a) *si Oui ouverture sur le questionnaire de l'AUDIT*

NB : 1 verre standard = 10g d'alcool pur soit 1 verre standard.

1. Quelle est la fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
- Jamais
- Une fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
   1 ou 2
   3 ou 4
   5 ou 6
   7 ou 8
   10 ou plus

3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?
   Jamais
   Moins d'une fois par mois
   Une fois par mois
   Une fois par semaine
   Tous les jours ou presque

4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?
   Jamais
   Moins d'une fois par mois
   Une fois par mois
   Une fois par semaine
   Tous les jours ou presque

5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?
   Jamais
   Moins d'une fois par mois
   Une fois par mois
   Une fois par semaine
   Tous les jours ou presque

6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?
   Jamais
   Moins d'une fois par mois
   Une fois par mois
   Une fois par semaine

Tous les jours ou presque

7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?
   Jamais
   Moins d'une fois par mois
   Une fois par mois
   Une fois par semaine
   Tous les jours ou presque

8. 8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?
   Jamais
   Moins d'une fois par mois
   Une fois par mois
   Une fois par semaine
   Tous les jours ou presque

9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?
   Non
   Oui, mais pas au cours de l'année écoulée
   Oui, au cours de l'année

10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?
    Non
    Oui, mais pas au cours de l'année écoulée
    Oui, au cours de l'année

29) Votre consommation a-t-elle :
- débuté avant les études de médecine OUI / NON
- débuté pendant les études de médecine OUI / NON
  - si oui en quelle année : (menu déroulant)

30) Votre consommation a-t-elle :
- augmenté au cours des études de médecine : OUI / NON
  - si oui en quelle année : (menu déroulant)

31) Votre consommation a-t-elle :
- diminué au cours des années de médecine OUI / NON
  - si oui en quelle année : (menu déroulant)

## CANNABIS

32) Consommez-vous du cannabis ?
- Oui
- Non

c) *: si Oui : questionnaire CAST :*

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ? OUI/ NON
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ? OUI/ NON
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? OUI/ NON
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ? OUI/ NON
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? OUI/ NON

6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ? OUI/ NON

33) Votre consommation de cannabis a-t-elle :
- débuté avant les études de médecine OUI / NON
- débuté pendant les études de médecine OUI / NON
  - si oui en quelle année : (menu déroulant)

34) Votre consommation de cannabis a-t-elle :
- augmenté au cours des études de médecine : OUI / NON
  - si oui en quelle année : (menu déroulant)

35) Votre consommation de cannabis a-t-elle :
- diminué au cours des années de médecine OUI / NON
  - si oui en quelle année : (menu déroulant)

36) Au cours de vos études, avez-vous déjà consommé : *(OUI/NON pour chaque)*:
- Poppers
- Amphétamines
- Ecstasy / MDMA
- Spice
- LSD
- Champignons hallucinogènes
- Protoxyde d'azote
- Crack
- Cocaïne
- Héroïne
- Opiacés hors héroïne
- SUBUTEX / METHADONE
- Datura
- Codéinés
- Benzodiazépines et apparentés
- Kétamine
- Drogues de synthèse (cathinones et cannabinoïdes de synthèse)
- Aucune

37) Consommez-vous ces substances ? :
- Seul. OUI/ NON
- Avec d'autres personnes OUI/ NON

38) Consommez-vous ces substances ?
- En dehors du travail OUI/ NON
- Sur le lieu de travail. OUI/ NON

39) Effet recherché de la consommation :
- Lutte contre l'anxiété
- Lutte contre la fatigue
- Sédatif
- Stimulant
- Amnésiant
- Désinhibition, bon fonctionnement social
- Plaisir / Détente
- Ivresse / Défonce
- Réconfort
- Lutte contre l'ennui

- Lutte contre la dépression
- Idée que sans la consommation la souffrance continuera voire s'aggravera

40) Dans quel contexte personnel se fait votre consommation ? :
- Pour l'expérimentation / pour tester
- Pour le plaisir
- Soirée avec des amis
- Isolement social
- Rupture sentimentale
- Difficultés familiales
- Effet de groupe
- Difficultés financières
- Deuil

41) Dans quel contexte professionnel se fait votre consommation ?
- Difficultés des études
- Stress avant une journée classique de stage.
- Stress avant une garde
- Stress pendant une garde
- Stress avant un examen
- Effet de groupe
- Poids de la responsabilité médicale
- Burn-out professionnel

42) Perception de votre consommation :
- Raisonnable
- Excessive
- Sans avis

43) Votre consommation vous a-t-elle déjà mis en danger ?
- OUI
- NON

a) Si OUI : quel danger ? :
- Malaise
- Coma
- Hospitalisation
- Vulnérabilité aux violences physiques
- Accident de voiture
- Consommation lors de la grossesse
- Tentative de suicide.

44) Votre consommation a-t-elle déjà directement ou indirectement mis en danger un de vos patients ? :
- OUI
- NON

45) Comment abordez-vous votre consommation actuellement menu déroulant :
- Sevrage en cours
- Tentative(s) d'arrêt avec rechute

- Retour à un contrôle de la consommation.
- Pas de demande d'arrêt de la consommation.

46) Etiez-vous sous l'effet de substances au moment où vous avez rempli ce questionnaire ?
- OUI
- NON

## ANNEXE 4 : Questionnaire de qualité de vie : SF-12 v2

Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1) Dans l'ensemble pensez-vous que votre santé est :

Excellente 2. Très bonne 3. Bonne 4. Médiocre 5. Mauvaise

2) En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous gêné pour :

- Des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules…) ?

1. Oui beaucoup limité 2. Oui un peu limité 3. Non pas du tout limité

- Monter plusieurs étages par l'escalier ?

1. Oui beaucoup limité 2. Oui un peu limité 3. Non pas du tout limité

3) Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état physique :

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1. Toujours 2. La plupart du temps 3. Souvent 4. Parfois 5. Jamais

- Avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

1. Toujours 2. La plupart du temps 3. Souvent 4. Parfois 5. Jamais

4) Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

1. Toujours 2. La plupart du temps 3. Souvent 4. Parfois 5. Jamais

- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

1. Toujours 2. La plupart du temps 3. Souvent 4. Parfois 5. Jamais

5) Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1. Pas du tout 2. Un petit peu 3. Moyennement 4. Beaucoup 5. Enormément

6) Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calmes et détendu ?

1. Toujours 2. La plupart du temps 3. Souvent 4. Parfois 5. Jamais

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

1. Toujours 2. La plupart du temps 3. Souvent 4. Parfois 5. Jamais

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

1. Toujours 2. La plupart du temps 3. Souvent 4. Parfois 5. Jamais

7) Au cours des ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et votre relation avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1. Toujours 2. La plupart du temps 3. Souvent 4. Parfois 5. Jamais

## ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTROM court

1. Combien de cigarettes fumez-vous ?
- 10 ou moins : 0
- 11 à 20 : 1
- 21 à 30 : 2
- 31 ou plus : 3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
- Moins de 5 min : 3
- 6 à 30 min : 2
- 31 à 60 min : 1
- après 60 min : 0

# ANNEXE 6 : Questionnaire AUDIT

1. A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

(0) Jamais
(1) 1 fois par mois ou moins
(2) 2 à 4 fois par mois
(3) 2 à 3 fois par semaine
(4) Au moins 4 fois par semaine

2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

(0) 1 ou 2
(1) 3 ou 4
(2) 5 ou 6
(3) 7 à 9
(4) 10 ou plus

3. Au cours de la même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

(0) Jamais
(1) Moins d'une fois par mois
(2) Une fois par mois
(3) Une fois par semaine
(4) Tous les jours ou presque

4. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?

(0) Jamais
(1) Moins d'une fois par mois
(2) Une fois par mois
(3) Une fois par semaine
(4) Tous les jours ou presque

5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement prévu ?

(0) Jamais
(1) Moins d'une fois par mois
(2) Une fois par mois
(3) Une fois par semaine
(4) Tous les jours ou presque

6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

(0) Jamais
(1) Moins d'une fois par mois
(2) Une fois par mois
(3) Une fois par semaine
(4) Tous les jours ou presque

7. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

(0) Jamais
(1) Moins d'une fois par mois
(2) Une fois par mois
(3) Une fois par semaine
(4) Tous les jours ou presque

8. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

(0) Jamais
(1) Moins d'une fois par mois
(2) Une fois par mois
(3) Une fois par semaine
(4) Tous les jours ou presque

9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

(0) Non
(2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée
(4) Oui au cours de l'année

10. Est ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

(0) Non
(2) Oui mais pas au cours de l'année écoulée
(4) Oui au cours de l'année

Résultat :

Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'une consommation à risque d'alcool.
Un score supérieur ou égal à 13 quel que soit le sexe évoque un risque de dépendance à l'alcool.

# ANNEXE 7 : Questionnaire CAST

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?

2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?

3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?

4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?

5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?

6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Résultat :
Une réponse positive : information minimale sur les risques
Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

## ANNEXE 8 : Mail envoyé aux étudiants

« Futurs médecins Bonjour !
Interne en médecine G et future addictologue, j'ai besoin que vous répondiez à un questionnaire pour ma thèse :

La consommation de substances psycho-actives chez les étudiants en médecine de France est-elle plus importante que dans la population générale du même âge ?

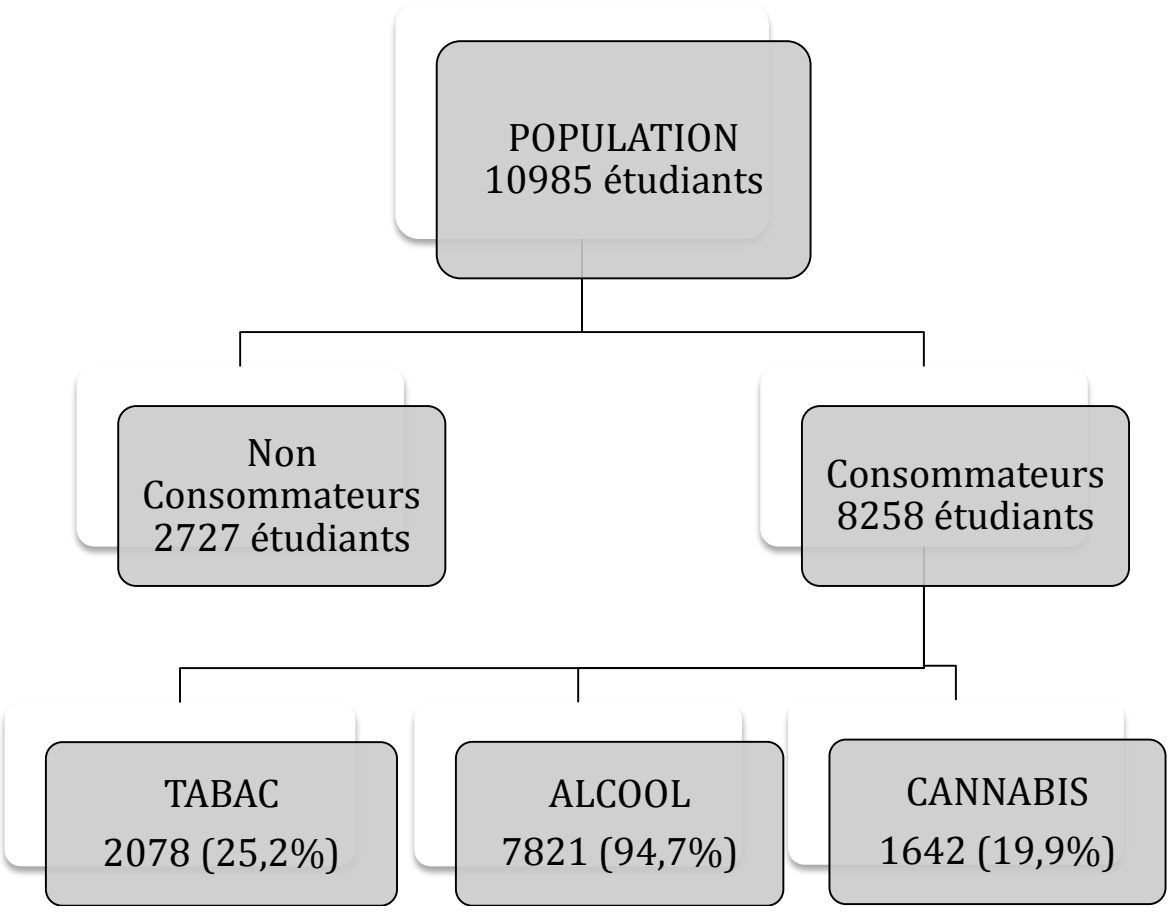
**De la P1 à la toute dernière année d'internat** ou même année de thèse, que vous ne consommiez jamais ou occasionnellement ou régulièrement de l'alcool, du tabac ou autres substances, ce questionnaire est pour vous !
L'objectif : faire le lien entre ces consommations (ou pas!) et votre qualité de vie personnelle et professionnelle pour améliorer nos conditions de travail.

Questionnaire **ANONYME**, adresse mail non accessible, aucune future pub, restez seulement honnêtes !

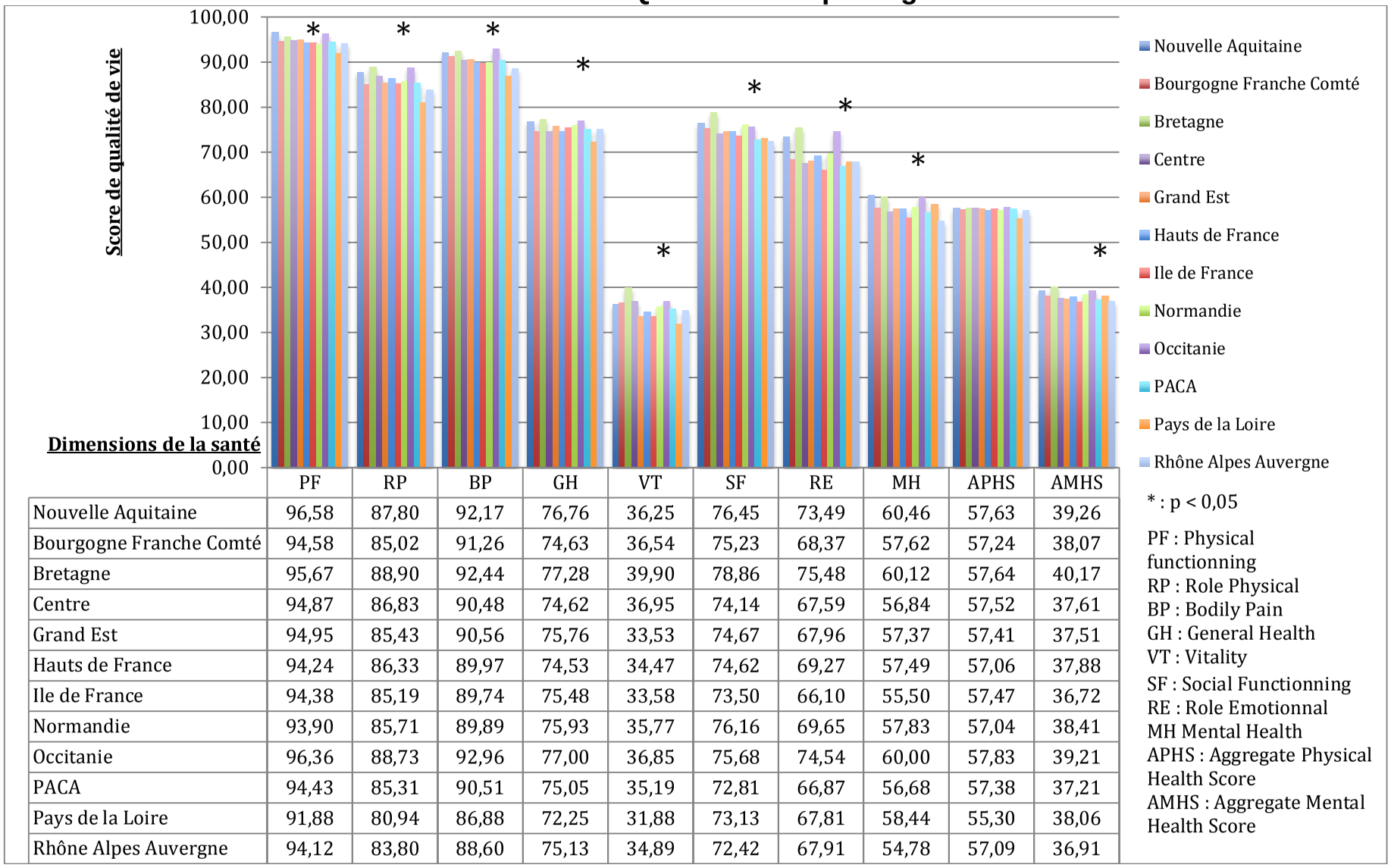
Cela vous prendra 5 minutes, cliquez bien sur envoyer à la fin.

**MERCI** de votre aide !
Aliénor BOURBON »

**ANNEXE 9 : Répartition de la population : diagramme de flux.**



# ANNEXE 10 : Qualité de vie par régions




| | PF | RP | BP | GH | VT | SF | RE | MH | APHS | AMHS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nouvelle Aquitaine | 96,58 | 87,80 | 92,17 | 76,76 | 36,25 | 76,45 | 73,49 | 60,46 | 57,63 | 39,26 |
| Bourgogne Franche Comté | 94,58 | 85,02 | 91,26 | 74,63 | 36,54 | 75,23 | 68,37 | 57,62 | 57,24 | 38,07 |
| Bretagne | 95,67 | 88,90 | 92,44 | 77,28 | 39,90 | 78,86 | 75,48 | 60,12 | 57,64 | 40,17 |
| Centre | 94,87 | 86,83 | 90,48 | 74,62 | 36,95 | 74,14 | 67,59 | 56,84 | 57,52 | 37,61 |
| Grand Est | 94,95 | 85,43 | 90,56 | 75,76 | 33,53 | 74,67 | 67,96 | 57,37 | 57,41 | 37,51 |
| Hauts de France | 94,24 | 86,33 | 89,97 | 74,53 | 34,47 | 74,62 | 69,27 | 57,49 | 57,06 | 37,88 |
| Ile de France | 94,38 | 85,19 | 89,74 | 75,48 | 33,58 | 73,50 | 66,10 | 55,50 | 57,47 | 36,72 |
| Normandie | 93,90 | 85,71 | 89,89 | 75,93 | 35,77 | 76,16 | 69,65 | 57,83 | 57,04 | 38,41 |
| Occitanie | 96,36 | 88,73 | 92,96 | 77,00 | 36,85 | 75,68 | 74,54 | 60,00 | 57,83 | 39,21 |
| PACA | 94,43 | 85,31 | 90,51 | 75,05 | 35,19 | 72,81 | 66,87 | 56,68 | 57,38 | 37,21 |
| Pays de la Loire | 91,88 | 80,94 | 86,88 | 72,25 | 31,88 | 73,13 | 67,81 | 58,44 | 55,30 | 38,06 |
| Rhône Alpes Auvergne | 94,12 | 83,80 | 88,60 | 75,13 | 34,89 | 72,42 | 67,91 | 54,78 | 57,09 | 36,91 |

* : $p < 0,05$

PF : Physical functionning
RP : Role Physical
BP : Bodily Pain
GH : General Health
VT : Vitality
SF : Social Functionning
RE : Role Emotionnal
MH Mental Health
APHS : Aggregate Physical Health Score
AMHS : Aggregate Mental Health Score

## ANNEXE 11 : Qualité de vie par lieu de vie : tableau de comparaisons multiples avec correction de Bonferroni.

| Dependent Variable | | | Mean Difference (I-J) | Std. Error | p | 95% Confidence Interval | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| PF | 1 Chez la famille | 2 En logement indépendant | -,529622 | ,296069 | ,221 | -1,23851 | ,17927 |
| | | 3 Autre | -1,012813* | ,343589 | ,010 | -1,83549 | -,19014 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | ,529622 | ,296069 | ,221 | -,17927 | 1,23851 |
| | | 3 Autre | -,483191 | ,314035 | ,372 | -1,23510 | ,26872 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | 1,012813* | ,343589 | ,010 | ,19014 | 1,83549 |
| | | 2 En logement indépendant | ,483191 | ,314035 | ,372 | -,26872 | 1,23510 |
| RP | 1 Chez la famille | 2 En logement indépendant | -1,967421* | ,461191 | ,000 | -3,07167 | -,86317 |
| | | 3 Autre | -1,688070* | ,535214 | ,005 | -2,96956 | -,40658 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | 1,967421* | ,461191 | ,000 | ,86317 | 3,07167 |
| | | 3 Autre | ,279352 | ,489176 | 1,000 | -0,89191 | 1,45061 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | 1,688070* | ,535214 | ,005 | ,40658 | 2,96956 |
| | | 2 En logement indépendant | -,279352 | ,489176 | 1,000 | -1,45061 | 0,89191 |
| BP | 1 Chez la famille | 2 En logement indépendant | -1,842316* | ,389053 | ,000 | -2,77384 | -,91079 |
| | | 3 Autre | -1,616809* | ,451498 | ,001 | -2,69785 | -,53577 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | 1,842316* | ,389053 | ,000 | ,91079 | 2,77384 |
| | | 3 Autre | ,225507 | ,412661 | 1,000 | -0,76255 | 1,21356 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | 1,616809* | ,451498 | ,001 | ,53577 | 2,69785 |
| | | 2 En logement indépendant | -,225507 | ,412661 | 1,000 | -1,21356 | 0,76255 |
| GH | 1 Chez la famille | 2 En logement indépendant | 1,569799* | ,455574 | ,002 | 0,47900 | 2,66060 |
| | | 3 Autre | 0,367071096 | ,528696 | 1,000 | -0,89881 | 1,63295 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | -1,569799* | ,455574 | ,002 | -2,66060 | -0,47900 |
| | | 3 Autre | -1,202728* | ,483219 | ,038 | -2,35972 | -,04573 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | -0,367071096 | ,528696 | 1,000 | -1,63295 | 0,89881 |
| | | 2 En logement indépendant | 1,202728* | ,483219 | ,038 | ,04573 | 2,35972 |
| VT | 1 Chez la famille | 2 En logement indépendant | ,348057 | ,513139 | 1,000 | -0,88058 | 1,57669 |
| | | 3 Autre | -1,418462919 | ,595500 | ,052 | -2,84430 | ,00737 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | -,348057 | ,513139 | 1,000 | -1,57669 | 0,88058 |
| | | 3 Autre | -1,766520* | ,544277 | ,004 | -3,06971 | -,46333 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | 1,418462919 | ,595500 | ,052 | -,00737 | 2,84430 |
| | | 2 En logement indépendant | 1,766520* | ,544277 | ,004 | ,46333 | 3,06971 |
| SF | 1 Chez la famille | 2 En logement indépendant | -1,392419* | ,511816 | ,020 | -2,61788 | -,16696 |
| | | 3 Autre | -0,999986498 | ,593964 | ,277 | -2,42214 | ,42217 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | 1,392419* | ,511816 | ,020 | ,16696 | 2,61788 |
| | | 3 Autre | ,392432 | ,542873 | 1,000 | -0,90739 | 1,69226 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | 0,999986498 | ,593964 | ,277 | -,42217 | 2,42214 |
| | | 2 En logement indépendant | -,392432 | ,542873 | 1,000 | -1,69226 | 0,90739 |
| RE | 1 Chez la famille | 2 En logement | -3,091809* | ,552170 | ,000 | -4,41390 | -1,76972 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | indépendant | | | | | |
| | | 3 Autre | -2,241771* | ,640796 | ,001 | -3,77606 | -,70748 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | 3,091809* | ,552170 | ,000 | 1,76972 | 4,41390 |
| | | 3 Autre | ,850038 | ,585676 | ,440 | -0,55227 | 2,25235 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | 2,241771* | ,640796 | ,001 | ,70748 | 3,77606 |
| | | 2 En logement indépendant | -,850038 | ,585676 | ,440 | -2,25235 | 0,55227 |
| MH | 1 Chez la famille | 2 En logement indépendant | -1,512775* | ,438013 | ,002 | -2,56153 | -,46402 |
| | | 3 Autre | -0,996260534 | ,508316 | ,150 | -2,21334 | ,22082 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | 1,512775* | ,438013 | ,002 | ,46402 | 2,56153 |
| | | 3 Autre | ,516514 | ,464592 | ,799 | -0,59588 | 1,62891 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | 0,996260534 | ,508316 | ,150 | -,22082 | 2,21334 |
| | | 2 En logement indépendant | -,516514 | ,464592 | ,799 | -1,62891 | 0,59588 |
| AGG_PHYS NEMC PHYSICAL HEALTH T-SCORE - SF12 | 1 Chez la famille | 2 En logement indépendant | ,018005 | ,137607 | 1,000 | -0,31147 | ,34748 |
| | | 3 Autre | -0,29925286 | ,159694 | ,183 | -0,68162 | ,08311 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | -,018005 | ,137607 | 1,000 | -,34748 | 0,31147 |
| | | 3 Autre | -,317258 | ,145957 | ,089 | -0,66673 | ,03221 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | 0,29925286 | ,159694 | ,183 | -,08311 | 0,68162 |
| | | 2 En logement indépendant | ,317258 | ,145957 | ,089 | -,03221 | 0,66673 |
| AGG_MENT NEMC MENTAL HEALTH T-SCORE - SF12 | 1 Chez la famille | 2 En logement indépendant | -,753519* | ,233689 | ,004 | -1,31305 | -,19399 |
| | | 3 Autre | -0,616158325 | ,271197 | ,069 | -1,26550 | ,03318 |
| | 2 En logement indépendant | 1 Chez la famille | ,753519* | ,233689 | ,004 | ,19399 | 1,31305 |
| | | 3 Autre | ,137361 | ,247869 | 1,000 | -0,45612 | ,73085 |
| | 3 Autre | 1 Chez la famille | 0,616158325 | ,271197 | ,069 | -,03318 | 1,26550 |
| | | 2 En logement indépendant | -,137361 | ,247869 | 1,000 | -,73085 | 0,45612 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## ANNEXE 12 : Qualité de vie par temps de travail : tableau de comparaisons multiples avec correction de Bonferroni.

| Dependent Variable | | | Mean Difference (I-J) | Std. Error | p | 95% Confidence Interval | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| PF | 1 <=20 | 2 20-50 | -1,689869* | ,267723 | ,000 | -2,33089 | -1,04885 |
| | | 3 >=50 | -1,047359* | ,424463 | ,041 | -2,06367 | -,03105 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | 1,689869* | ,267723 | ,000 | 1,04885 | 2,33089 |
| | | 3 >=50 | ,642510 | ,436446 | ,423 | -,40249 | 1,68751 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | 1,047359* | ,424463 | ,041 | ,03105 | 2,06367 |
| | | 2 20-50 | -,642510 | ,436446 | ,423 | -1,68751 | ,40249 |
| RP | 1 <=20 | 2 20-50 | -2,769502* | ,416861 | ,000 | -3,76761 | -1,77139 |
| | | 3 >=50 | 1,372269162 | ,660916 | ,114 | -0,21019 | 2,95473 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | 2,769502* | ,416861 | ,000 | 1,77139 | 3,76761 |
| | | 3 >=50 | 4,141772* | ,679575 | ,000 | 2,51463 | 5,76891 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | -1,372269162 | ,660916 | ,114 | -2,95473 | 0,21019 |
| | | 2 20-50 | -4,141772* | ,679575 | ,000 | -5,76891 | -2,51463 |
| BP | 1 <=20 | 2 20-50 | -2,591248* | ,351824 | ,000 | -3,43364 | -1,74886 |
| | | 3 >=50 | -0,788633956 | ,557802 | ,472 | -2,12420 | ,54694 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | 2,591248* | ,351824 | ,000 | 1,74886 | 3,43364 |
| | | 3 >=50 | 1,802614* | ,573549 | ,005 | ,42934 | 3,17589 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | 0,788633956 | ,557802 | ,472 | -,54694 | 2,12420 |
| | | 2 20-50 | -1,802614* | ,573549 | ,005 | -3,17589 | -,42934 |
| GH | 1 <=20 | 2 20-50 | -0,677498387 | ,412713 | ,302 | -1,66568 | 0,31068 |
| | | 3 >=50 | 0,649805469 | ,654340 | ,962 | -0,91691 | 2,21652 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | 0,677498387 | ,412713 | ,302 | -0,31068 | 1,66568 |
| | | 3 >=50 | 1,327304 | ,672813 | ,146 | -,28364 | 2,93825 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | -0,649805469 | ,654340 | ,962 | -2,21652 | 0,91691 |
| | | 2 20-50 | -1,327304 | ,672813 | ,146 | -2,93825 | ,28364 |
| VT | 1 <=20 | 2 20-50 | 0,47055176 | ,464872 | ,934 | -0,64251 | 1,58362 |
| | | 3 >=50 | -0,375488793 | ,737036 | 1,000 | -2,14021 | 1,38923 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | -0,47055176 | ,464872 | ,934 | -1,58362 | 0,64251 |
| | | 3 >=50 | -,846041 | ,757843 | ,793 | -2,66058 | 0,96850 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | 0,375488793 | ,737036 | 1,000 | -1,38923 | 2,14021 |
| | | 2 20-50 | ,846041 | ,757843 | ,793 | -0,96850 | 2,66058 |
| SF | 1 <=20 | 2 20-50 | -1,845843* | ,463254 | ,000 | -2,95503 | -0,73665 |
| | | 3 >=50 | 0,290891027 | ,734470 | 1,000 | -1,46768 | 2,04947 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | 1,845843* | ,463254 | ,000 | 0,73665 | 2,95503 |
| | | 3 >=50 | 2,136734* | ,755205 | ,014 | ,32851 | 3,94496 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | -0,290891027 | ,734470 | 1,000 | -2,04947 | 1,46768 |
| | | 2 20-50 | -2,136734* | ,755205 | ,014 | -3,94496 | -,32851 |
| RE | 1 <=20 | 2 20-50 | -4,722268* | ,498474 | ,000 | -5,91579 | -3,52875 |
| | | 3 >=50 | -4,501780* | ,790309 | ,000 | -6,39405 | -2,60950 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | 4,722268* | ,498474 | ,000 | 3,52875 | 5,91579 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3 >=50 | ,220489 | ,812621 | 1,000 | -1,72521 | 2,16618 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | 4,501780* | ,790309 | ,000 | 2,60950 | 6,39405 |
| | | 2 20-50 | -,220489 | ,812621 | 1,000 | -2,16618 | 1,72521 |
| MH | 1 <=20 | 2 20-50 | -3,708433* | ,395256 | ,000 | -4,65481 | -2,76205 |
| | | 3 >=50 | -2,315609* | ,626662 | ,001 | -3,81605 | -,81516 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | 3,708433* | ,395256 | ,000 | 2,76205 | 4,65481 |
| | | 3 >=50 | 1,392824 | ,644354 | ,092 | -,14998 | 2,93563 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | 2,315609* | ,626662 | ,001 | ,81516 | 3,81605 |
| | | 2 20-50 | -1,392824 | ,644354 | ,092 | -2,93563 | ,14998 |
| AGG_PHYSNEMC PHYSICAL HEALTH T-SCORE - SF12 | 1 <=20 | 2 20-50 | -0,292151675 | ,124556 | ,057 | -0,59038 | 0,00608 |
| | | 3 >=50 | 0,462068839 | ,197479 | ,058 | -0,01076 | ,93490 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | 0,292151675 | ,124556 | ,057 | -0,00608 | 0,59038 |
| | | 3 >=50 | ,754221* | ,203054 | ,001 | ,26804 | 1,24040 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | -0,462068839 | ,197479 | ,058 | -,93490 | 0,01076 |
| | | 2 20-50 | -,754221* | ,203054 | ,001 | -1,24040 | -,26804 |
| AGG_MENTNEMC MENTAL HEALTH T-SCORE - SF12 | 1 <=20 | 2 20-50 | -1,406408* | ,211271 | ,000 | -1,91226 | -0,90055 |
| | | 3 >=50 | -1,140957* | ,334962 | ,002 | -1,94297 | -,33894 |
| | 2 20-50 | 1 <=20 | 1,406408* | ,211271 | ,000 | 0,90055 | 1,91226 |
| | | 3 >=50 | ,265452 | ,344418 | 1,000 | -,55921 | 1,09011 |
| | 3 >=50 | 1 <=20 | 1,140957* | ,334962 | ,002 | ,33894 | 1,94297 |
| | | 2 20-50 | -,265452 | ,344418 | 1,000 | -1,09011 | ,55921 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## ANNEXE 13 : Qualité de vie selon le nombre de gardes : tableau de comparaisons multiples avec la correction de Bonferroni.

| Dependent Variable | | | Mean Difference (I-J) | Std. Error | p | 95% Confidence Interval | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| PF | 1 Aucune | 2 1-3 | -1,435575* | ,281893 | ,000 | -2,11052 | -,76062 |
| | | 3 >3 | -1,330917* | ,420820 | ,005 | -2,33851 | -,32333 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | 1,435575* | ,281893 | ,000 | ,76062 | 2,11052 |
| | | 3 >3 | ,104658 | ,451935 | 1,000 | -,97743 | 1,18675 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | 1,330917* | ,420820 | ,005 | ,32333 | 2,33851 |
| | | 2 1-3 | -,104658 | ,451935 | 1,000 | -1,18675 | ,97743 |
| RP | 1 Aucune | 2 1-3 | -3,091776* | ,438841 | ,000 | -4,14251 | -2,04104 |
| | | 3 >3 | 0,372089381 | ,655117 | 1,000 | -1,19649 | 1,94067 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | 3,091776* | ,438841 | ,000 | 2,04104 | 4,14251 |
| | | 3 >3 | 3,463865* | ,703556 | 0,000 | 1,77931 | 5,14842 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | -0,372089381 | ,655117 | 1,000 | -1,94067 | 1,19649 |
| | | 2 1-3 | -3,463865* | ,703556 | 0,000 | -5,14842 | -1,77931 |
| BP | 1 Aucune | 2 1-3 | -2,739106* | ,370258 | ,000 | -3,62563 | -1,85258 |
| | | 3 >3 | -1,408108* | ,552734 | ,033 | -2,73154 | -,08467 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | 2,739106* | ,370258 | ,000 | 1,85258 | 3,62563 |
| | | 3 >3 | 1,330998 | ,593602 | 0,075 | -,09029 | 2,75229 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | 1,408108* | ,552734 | ,033 | ,08467 | 2,73154 |
| | | 2 1-3 | -1,330998 | ,593602 | 0,075 | -2,75229 | ,09029 |
| GH | 1 Aucune | 2 1-3 | -0,728660395 | ,434398 | ,280 | -1,76876 | ,31144 |
| | | 3 >3 | -0,062882248 | ,648485 | 1,000 | -1,61558 | 1,48981 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | 0,728660395 | ,434398 | ,280 | -,31144 | 1,76876 |
| | | 3 >3 | ,665778 | ,696432 | 1,000 | -1,00172 | 2,33328 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | 0,062882248 | ,648485 | 1,000 | -1,48981 | 1,61558 |
| | | 2 1-3 | -,665778 | ,696432 | 1,000 | -2,33328 | 1,00172 |
| VT | 1 Aucune | 2 1-3 | 0,500980224 | ,489153 | ,917 | -0,67022 | 1,67218 |
| | | 3 >3 | -1,442168669 | ,730225 | ,145 | -3,19058 | ,30624 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | -0,500980224 | ,489153 | ,917 | -1,67218 | 0,67022 |
| | | 3 >3 | -1,943149* | ,784216 | 0,040 | -3,82083 | -0,06546 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | 1,442168669 | ,730225 | ,145 | -,30624 | 3,19058 |
| | | 2 1-3 | 1,943149* | ,784216 | 0,040 | 0,06546 | 3,82083 |
| SF | 1 Aucune | 2 1-3 | -2,046539* | ,487553 | ,000 | -3,21391 | -,87917 |
| | | 3 >3 | -1,13735004 | ,727836 | ,354 | -2,88004 | ,60534 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | 2,046539* | ,487553 | ,000 | ,87917 | 3,21391 |
| | | 3 >3 | ,909189 | ,781651 | 0,734 | -,96235 | 2,78073 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | 1,13735004 | ,727836 | ,354 | -,60534 | 2,88004 |
| | | 2 1-3 | -,909189 | ,781651 | 0,734 | -2,78073 | ,96235 |
| RE | 1 Aucune | 2 1-3 | -4,766433* | ,524656 | ,000 | -6,02264 | -3,51022 |
| | | 3 >3 | -4,638610* | ,783225 | ,000 | -6,51392 | -2,76330 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | 4,766433* | ,524656 | ,000 | 3,51022 | 6,02264 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3 >3 | ,127823 | ,841135 | 1,000 | -1,88615 | 2,14179 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | 4,638610* | ,783225 | ,000 | 2,76330 | 6,51392 |
| | | 2 1-3 | -,127823 | ,841135 | 1,000 | -2,14179 | 1,88615 |
| MH | 1 Aucune | 2 1-3 | -3,413274* | ,416106 | ,000 | -4,40957 | -2,41697 |
| | | 3 >3 | -3,531743* | ,621177 | ,000 | -5,01905 | -2,04443 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | 3,413274* | ,416106 | ,000 | 2,41697 | 4,40957 |
| | | 3 >3 | -,118468 | ,667105 | 1,000 | -1,71575 | 1,47881 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | 3,531743* | ,621177 | ,000 | 2,04443 | 5,01905 |
| | | 2 1-3 | ,118468 | ,667105 | 1,000 | -1,47881 | 1,71575 |
| AGG_PHYS NEMC PHYSICAL HEALTH T-SCORE - SF12 | 1 Aucune | 2 1-3 | -,337303* | ,131114 | ,030 | -0,65123 | -,02337 |
| | | 3 >3 | 0,281017597 | ,195731 | ,453 | -0,18763 | ,74967 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | ,337303* | ,131114 | ,030 | ,02337 | 0,65123 |
| | | 3 >3 | ,618321* | ,210203 | 0,010 | ,11502 | 1,12162 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | -0,281017597 | ,195731 | ,453 | -,74967 | 0,18763 |
| | | 2 1-3 | -,618321* | ,210203 | 0,010 | -1,12162 | -,11502 |
| AGG_MENT NEMC MENTAL HEALTH T-SCORE - SF12 | 1 Aucune | 2 1-3 | -1,360560* | ,222302 | ,000 | -1,89283 | -,82829 |
| | | 3 >3 | -1,682673* | ,331860 | ,000 | -2,47726 | -,88808 |
| | 2 1-3 | 1 Aucune | 1,360560* | ,222302 | ,000 | ,82829 | 1,89283 |
| | | 3 >3 | -,322112 | ,356397 | 1,000 | -1,17545 | 0,53123 |
| | 3 >3 | 1 Aucune | 1,682673* | ,331860 | ,000 | ,88808 | 2,47726 |
| | | 2 1-3 | ,322112 | ,356397 | 1,000 | -0,53123 | 1,17545 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## ANNEXE 14 : qualité de vie selon le niveau d'études : tableau à comparaisons multiples avec la correction de Bonferroni.

| Dependent Variable | | | Mean Difference (I-J) | Std. Error | p | 95% Confidence Interval | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| PF | 1 PACES | 2 DFGSM | -2,707340* | ,350194 | ,000 | -3,63141 | -1,78327 |
| | | 3 DFASM | -2,956489* | ,324593 | ,000 | -3,81300 | -2,09997 |
| | | 4 Interne | -3,035246* | ,384891 | ,000 | -4,05087 | -2,01962 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | 2,707340* | ,350194 | ,000 | 1,78327 | 3,63141 |
| | | 3 DFASM | -,249149 | ,339992 | 1,000 | -1,14630 | ,64800 |
| | | 4 Interne | -,327907 | ,397964 | 1,000 | -1,37803 | ,72222 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 2,956489* | ,324593 | ,000 | 2,09997 | 3,81300 |
| | | 2 DFGSM | ,249149 | ,339992 | 1,000 | -,64800 | 1,14630 |
| | | 4 Interne | -,078757 | ,375633 | 1,000 | -1,06995 | ,91244 |
| | 4 Interne | 1 PACES | 3,035246* | ,384891 | ,000 | 2,01962 | 4,05087 |
| | | 2 DFGSM | ,327907 | ,397964 | 1,000 | -,72222 | 1,37803 |
| | | 3 DFASM | ,078757 | ,375633 | 1,000 | -,91244 | 1,06995 |
| RP | 1 PACES | 2 DFGSM | -6,363414* | ,543455 | ,000 | -7,79745 | -4,92938 |
| | | 3 DFASM | -6,451748* | ,503725 | ,000 | -7,78095 | -5,12255 |
| | | 4 Interne | -4,669563* | ,597300 | ,000 | -6,24568 | -3,09345 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | 6,363414* | ,543455 | ,000 | 4,92938 | 7,79745 |
| | | 3 DFASM | -,088334 | ,527623 | 1,000 | -1,48059 | 1,30392 |
| | | 4 Interne | 1,693851* | ,617588 | 0,037 | 0,06420 | 3,32350 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 6,451748* | ,503725 | ,000 | 5,12255 | 7,78095 |
| | | 2 DFGSM | ,088334 | ,527623 | 1,000 | -1,30392 | 1,48059 |
| | | 4 Interne | 1,782185* | ,582933 | 0,013 | 0,24398 | 3,32039 |
| | 4 Interne | 1 PACES | 4,669563* | ,597300 | ,000 | 3,09345 | 6,24568 |
| | | 2 DFGSM | -1,693851* | ,617588 | 0,037 | -3,32350 | -0,06420 |
| | | 3 DFASM | -1,782185* | ,582933 | 0,013 | -3,32039 | -0,24398 |
| BP | 1 PACES | 2 DFGSM | -5,416451* | ,457959 | ,000 | -6,62488 | -4,20802 |
| | | 3 DFASM | -5,392441* | ,424480 | ,000 | -6,51253 | -4,27235 |
| | | 4 Interne | -5,962937* | ,503334 | ,000 | -7,29110 | -4,63477 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | 5,416451* | ,457959 | ,000 | 4,20802 | 6,62488 |
| | | 3 DFASM | ,024010 | ,444618 | 1,000 | -1,14922 | 1,19724 |
| | | 4 Interne | -,546487 | ,520429 | 1,000 | -1,91976 | ,82679 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 5,392441* | ,424480 | ,000 | 4,27235 | 6,51253 |
| | | 2 DFGSM | -,024010 | ,444618 | 1,000 | -1,19724 | 1,14922 |
| | | 4 Interne | -,570497 | ,491226 | 1,000 | -1,86671 | ,72572 |
| | 4 Interne | 1 PACES | 5,962937* | ,503334 | ,000 | 4,63477 | 7,29110 |
| | | 2 DFGSM | ,546487 | ,520429 | 1,000 | -,82679 | 1,91976 |
| | | 3 DFASM | ,570497 | ,491226 | 1,000 | -,72572 | 1,86671 |
| GH | 1 PACES | 2 DFGSM | -4,056439* | ,540058 | ,000 | -5,48151 | -2,63137 |
| | | 3 DFASM | -2,174980* | ,500577 | ,000 | -3,49587 | -0,85409 |
| | | 4 Interne | -3,353622* | ,593567 | ,000 | -4,91989 | -1,78736 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | 4,056439* | ,540058 | ,000 | 2,63137 | 5,48151 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3 DFASM | 1,881459* | ,524325 | 0,002 | 0,49790 | 3,26502 |
| | | 4 Interne | ,702817 | ,613728 | 1,000 | -0,91665 | 2,32228 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 2,174980* | ,500577 | ,000 | 0,85409 | 3,49587 |
| | | 2 DFGSM | -1,881459* | ,524325 | 0,002 | -3,26502 | -0,49790 |
| | | 4 Interne | -1,178642 | ,579289 | 0,251 | -2,70723 | ,34995 |
| | 4 Interne | 1 PACES | 3,353622* | ,593567 | ,000 | 1,78736 | 4,91989 |
| | | 2 DFGSM | -,702817 | ,613728 | 1,000 | -2,32228 | 0,91665 |
| | | 3 DFASM | 1,178642 | ,579289 | 0,251 | -,34995 | 2,70723 |
| VT | 1 PACES | 2 DFGSM | -6,714369* | ,605108 | ,000 | -8,31109 | -5,11765 |
| | | 3 DFASM | -0,093700479 | ,560871 | 1,000 | -1,57369 | 1,38629 |
| | | 4 Interne | -4,341823* | ,665062 | ,000 | -6,09675 | -2,58690 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | 6,714369* | ,605108 | ,000 | 5,11765 | 8,31109 |
| | | 3 DFASM | 6,620668* | ,587480 | 0,000 | 5,07046 | 8,17087 |
| | | 4 Interne | 2,372545* | ,687651 | 0,003 | 0,55802 | 4,18707 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 0,093700479 | ,560871 | 1,000 | -1,38629 | 1,57369 |
| | | 2 DFGSM | -6,620668* | ,587480 | 0,000 | -8,17087 | -5,07046 |
| | | 4 Interne | -4,248123* | ,649064 | 0,000 | -5,96083 | -2,53541 |
| | 4 Interne | 1 PACES | 4,341823* | ,665062 | ,000 | 2,58690 | 6,09675 |
| | | 2 DFGSM | -2,372545* | ,687651 | 0,003 | -4,18707 | -0,55802 |
| | | 3 DFASM | 4,248123* | ,649064 | 0,000 | 2,53541 | 5,96083 |
| SF | 1 PACES | 2 DFGSM | -6,590687* | ,604045 | ,000 | -8,18460 | -4,99677 |
| | | 3 DFASM | -3,765469* | ,559886 | ,000 | -5,24286 | -2,28808 |
| | | 4 Interne | -6,695484* | ,663894 | ,000 | -8,44732 | -4,94364 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | 6,590687* | ,604045 | ,000 | 4,99677 | 8,18460 |
| | | 3 DFASM | 2,825218* | ,586448 | 0,000 | 1,27774 | 4,37270 |
| | | 4 Interne | -,104798 | ,686443 | 1,000 | -1,91614 | 1,70654 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 3,765469* | ,559886 | ,000 | 2,28808 | 5,24286 |
| | | 2 DFGSM | -2,825218* | ,586448 | 0,000 | -4,37270 | -1,27774 |
| | | 4 Interne | -2,930015* | ,647924 | 0,000 | -4,63972 | -1,22031 |
| | 4 Interne | 1 PACES | 6,695484* | ,663894 | ,000 | 4,94364 | 8,44732 |
| | | 2 DFGSM | ,104798 | ,686443 | 1,000 | -1,70654 | 1,91614 |
| | | 3 DFASM | 2,930015* | ,647924 | 0,000 | 1,22031 | 4,63972 |
| RE | 1 PACES | 2 DFGSM | -11,209879* | ,641721 | ,000 | -12,90321 | -9,51655 |
| | | 3 DFASM | -7,408561* | ,594808 | ,000 | -8,97810 | -5,83902 |
| | | 4 Interne | -14,743118* | ,705303 | ,000 | -16,60423 | -12,88201 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | 11,209879* | ,641721 | ,000 | 9,51655 | 12,90321 |
| | | 3 DFASM | 3,801318* | ,623027 | 0,000 | 2,15732 | 5,44532 |
| | | 4 Interne | -3,533239* | ,729259 | 0,000 | -5,45756 | -1,60892 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 7,408561* | ,594808 | ,000 | 5,83902 | 8,97810 |
| | | 2 DFGSM | -3,801318* | ,623027 | 0,000 | -5,44532 | -2,15732 |
| | | 4 Interne | -7,334557* | ,688337 | 0,000 | -9,15090 | -5,51822 |
| | 4 Interne | 1 PACES | 14,743118* | ,705303 | ,000 | 12,88201 | 16,60423 |
| | | 2 DFGSM | 3,533239* | ,729259 | 0,000 | 1,60892 | 5,45756 |
| | | 3 DFASM | 7,334557* | ,688337 | 0,000 | 5,51822 | 9,15090 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MH | 1 PACES | 2 DFGSM | -10,015979* | ,507025 | ,000 | -11,35388 | -8,67807 |
| | | 3 DFASM | -5,612462* | ,469958 | ,000 | -6,85256 | -4,37237 |
| | | 4 Interne | -11,870968* | ,557261 | ,000 | -13,34143 | -10,40051 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | 10,015979* | ,507025 | ,000 | 8,67807 | 11,35388 |
| | | 3 DFASM | 4,403517* | ,492254 | 0,000 | 3,10459 | 5,70245 |
| | | 4 Interne | -1,854989* | ,576188 | 0,008 | -3,37540 | -,33458 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 5,612462* | ,469958 | ,000 | 4,37237 | 6,85256 |
| | | 2 DFGSM | -4,403517* | ,492254 | 0,000 | -5,70245 | -3,10459 |
| | | 4 Interne | -6,258507* | ,543856 | 0,000 | -7,69360 | -4,82341 |
| | 4 Interne | 1 PACES | 11,870968* | ,557261 | ,000 | 10,40051 | 13,34143 |
| | | 2 DFGSM | 1,854989* | ,576188 | 0,008 | ,33458 | 3,37540 |
| | | 3 DFASM | 6,258507* | ,543856 | 0,000 | 4,82341 | 7,69360 |
| AGG_PHYS NEMC PHYSICAL HEALTH T-SCORE - SF12 | 1 PACES | 2 DFGSM | -,585863* | ,163051 | ,002 | -1,01611 | -0,15562 |
| | | 3 DFASM | -1,084004* | ,151131 | ,000 | -1,48280 | -0,68521 |
| | | 4 Interne | 0,008517992 | ,179206 | 1,000 | -0,46436 | 0,48139 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | ,585863* | ,163051 | ,002 | 0,15562 | 1,01611 |
| | | 3 DFASM | -,498141* | ,158301 | 0,010 | -0,91585 | -,08043 |
| | | 4 Interne | ,594381* | ,185292 | 0,008 | 0,10544 | 1,08332 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 1,084004* | ,151131 | ,000 | 0,68521 | 1,48280 |
| | | 2 DFGSM | ,498141* | ,158301 | 0,010 | ,08043 | 0,91585 |
| | | 4 Interne | 1,092522* | ,174895 | 0,000 | 0,63102 | 1,55402 |
| | 4 Interne | 1 PACES | -0,008517992 | ,179206 | 1,000 | -0,48139 | 0,46436 |
| | | 2 DFGSM | -,594381* | ,185292 | 0,008 | -1,08332 | -0,10544 |
| | | 3 DFASM | -1,092522* | ,174895 | 0,000 | -1,55402 | -0,63102 |
| AGG_MENT NEMC MENTAL HEALTH T-SCORE - SF12 | 1 PACES | 2 DFGSM | -4,964107* | ,271528 | ,000 | -5,68060 | -4,24762 |
| | | 3 DFASM | -2,178271* | ,251678 | ,000 | -2,84238 | -1,51416 |
| | | 4 Interne | -5,685587* | ,298431 | ,000 | -6,47307 | -4,89811 |
| | 2 DFGSM | 1 PACES | 4,964107* | ,271528 | ,000 | 4,24762 | 5,68060 |
| | | 3 DFASM | 2,785835* | ,263618 | 0,000 | 2,09022 | 3,48145 |
| | | 4 Interne | -,721480 | ,308567 | 0,116 | -1,53571 | ,09275 |
| | 3 DFASM | 1 PACES | 2,178271* | ,251678 | ,000 | 1,51416 | 2,84238 |
| | | 2 DFGSM | -2,785835* | ,263618 | 0,000 | -3,48145 | -2,09022 |
| | | 4 Interne | -3,507316* | ,291253 | 0,000 | -4,27585 | -2,73878 |
| | 4 Interne | 1 PACES | 5,685587* | ,298431 | ,000 | 4,89811 | 6,47307 |
| | | 2 DFGSM | ,721480 | ,308567 | 0,116 | -,09275 | 1,53571 |
| | | 3 DFASM | 3,507316* | ,291253 | 0,000 | 2,73878 | 4,27585 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

# VII. BIBLIOGRAPHIE


1. Tourneur AL, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Joseph FOURIER faculté de médecine de Grenoble.; 2011.
2. Littré E. Oeuvres complètes d'Hippocrate. J.B. Baillière; 1844. 704 p.
3. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. /data/revues/07554982/00330022/1569/ [Internet]. 1 mars 2008; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/102123
4. Warner DO, Berge K, Sun H, Harman A, Hanson A, Schroeder DR. Substance Use Disorder Among Anesthesiology Residents, 1975–2009. JAMA J Am Med Assoc. 4 déc 2013;310(21):2289‑96.
5. Roncero C, Egido A, Rodríguez-Cintas L, Pérez-Pazos J, Collazos F, Casas M. Substance Use among Medical Students: A Literature Review 1988- 2013. Actas Esp Psiquiatr. juin 2015;43(3):109‑21.
6. Dumitrascu C, Mannes P, Gamble L, Selzer J. Substance use among physicians and medical students. Medical student research journal. 2014;03:10.
7. OMS | Abus de substances psychoactives [Internet]. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/topics/substance_abuse/fr/
8. Universalis E. PSYCHOPHARMACOLOGIE [Internet]. Encyclopædia Universalis. Disponible sur: http://www.universalis.fr/encyclopedie/psychopharmacologie/
9. ADDICA - Réseau Addictions de Champagne-Ardenne [Internet]. Disponible sur: http://reseaux-sante-ca.org/spip.php?article192&reseau=addica
10. Reynaud M, Karila L, Aubin H-J, Benyamina A. Traité d'addictologie 2ème édition. Lavoisier; 2016. 900 p.
11. World Health Organization. International Classification of Disease (ICD-10). Genève; 1991.
12. Guelfi J-D, Crocq M-A. DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4è éd. rév. Paris, France: Masson; 2003.
13. American psychiatric association, Traduction française coordonnée par M-A Crocq et J D Guelfi, dirigée par P. Boyer, M-A Crocq, J D Guelfi, C Pull, M-C Pull-Erpelding. Mini DSM-5 Critères diagnostiques. Elsevier Masson; 2016. 347 p.
14. Sommer W, Spanagel R. Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction. Springer Science & Business Media; 2012. 721 p.
15. Benyamina A, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Addictions et comorbidités. Dunod; 2014. 433 p.
16. Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé.
17. Jourdan A. Les mesures de prévention du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2016.

18. Ceszynski C. Les consommations de substances psychoactives chez les médecins généralistes libéraux français: étude de prévalence et comparaison aux données de la population générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014. Disponible sur: http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/66308f55-0999-480b-acda-b2b5ed4b5525

19. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol. nov 1998;51(11):1171‑8.

20. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. mars 1996;34(3):220‑33.

21. EchellesDeQualitéDeVieSF12etSF36 [Internet]. Scribd. Disponible sur: https://fr.scribd.com/doc/59168437/EchellesDeQualiteDeVieSF12etSF36

22. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978;3(3‑4):235‑41.

23. HAS. Recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation du tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». 2014 oct.

24. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O, et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. Alcohol Clin Exp Res. nov 2005;29(11):2001‑7.

25. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. Addict Abingdon Engl. juin 1993;88(6):791‑804.

26. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. World Health Organization Department of Mental Health and Substance Dependence;

27. Netgen. Questionnaires de dépistage et d'évaluation des consommations de substances psychoactives [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-264/Questionnaires-de-depistage-et-d-evaluation-des-consommations-de-substances-psychoactives

28. HAS (aute autorité de santé). Outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : Alcool, Cannabis, Tabac chez l'adulte. 2014 Décembre.

29. Da Silveira DX, Rosa-Oliveira L, Di Pietro M, Niel M, Doering-Silveira E, Jorge MR. Evolutional pattern of drug use by medical students. Addict Behav. mars 2008;33(3):490‑5.

30. BECK F, GUIGNARD R, LEON C, RICHARD J-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. 2010;97.

31. Journal officiel « Lois et Décrets » - JORF n°0227 du 29 septembre 2016 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJO.do;jsessionid=503DB3B0987766AEAD6597CE51F83B9E.tpdila17v_3?idJO=JORFCONT000033160600
32. Matuszak R. Etat des lieux de la consommation de substances psychoactives chez les étudiants de première année de l'Université Catholique de Lille durant l'année universitaire 2013-2014 [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
33. Gignon M, Havet E, Ammirati C, Traullé S, Manaouil C, Balcaen T, et al. Alcohol, cigarette, and illegal substance consumption among medical students: a cross-sectional survey. Workplace Health Saf. févr 2015;63(2):54‑63.
34. Delay J. Comportement de santé à risque et addictions chez les étudiants en profession de santé à Rouen : évolution entre 2007 et 2015. [Thèse d'exercice]. [FRANCE]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2015.
35. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 février, 2015.
36. Pham B-N, Eschard J-P, Richard I, Etienne J, Massoubre C. L'analyse des difficultés du parcours des étudiants en médecine dans les facultés de médecine françaises. Pédagogie Médicale. 1 août 2016;17(3):147‑56.
37. Numerus clausus PACES 2017 [Internet]. Remede.org. Disponible sur: http://paces.remede.org/paces/numerus-clausus.html
38. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. 2014; Disponible sur: http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf
39. Herault J. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine, enquête auprès des facultés d'Angers et de Lyon. [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.
40. Voigt K, Twork S, Mittag D, Göbel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). BMC Health Serv Res. 2009;9:219.
41. Maddux JF, Hoppe SK, Costello RM. Psychoactive substance use among medical students. Am J Psychiatry. févr 1986;143(2):187‑91.
42. Baldwin DC, Hughes PH, Conard SE, Storr CL, Sheehan DV. Substance Use Among Senior Medical Students: A Survey of 23 Medical Schools. JAMA. 24 avr 1991;265(16):2074‑8.
43. Caillierez J. Consommation de substances psychoactives chez les externes de médecine en Picardie et mesures de prévention [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2015.
44. McAuliffe WE, Rohman M, Santangelo S, Feldman B, Magnuson E, Sobol A, et al. Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students. N Engl J Med. 25 sept 1986;315(13):805‑10.

# VIII. ABBREVIATIONS

AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DOM: Départements d'Outre-Mer

TOM : Territoires d'Outre-Mer

ECN : Examen Classant National

GHB : acide gammahydroxybutyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

LSD : Diéthylamide de l'acide lysergique

MDMA : 3,4-méthylènedioxy-méthamphétamine

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

SPA : Substance(s) Psycho-Active(s)

TUS : Trouble de l'Usage des Substances

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

# RÉSUMÉ DE LA THESE


Objectifs

Evaluer la prévalence de la consommation de substances psychoactives (SPA) chez les étudiants en médecine. Elle est un marqueur de risque suicidaire et un symptôme du syndrome d'épuisement professionnel, mais est peu étudiée.

Méthodes

Une étude observationnelle descriptive transversale était réalisée chez les étudiants en médecine de France métropolitaine inscrits à la faculté pour l'année universitaire 2016-2017. La consommation de tabac, alcool, cannabis et autres SPA, la qualité de vie et les conditions de vie personnelle et professionnelle étaient étudiées par un questionnaire en ligne anonyme.

Résultats

10985 étudiants étaient inclus. Parmi les 8258 consommateurs, 25,2% consommaient du tabac, 94,7% de l'alcool, dont 10,5% étaient à risque de dépendance, 19,9% du cannabis. 11,7% ont une alcoolisation ponctuelle importante par semaine. La première année commune des études de santé (PACES) et la deuxième année étaient des années de début ou d'augmentation des consommations. Les hommes, les étudiants de plus de 26 ans étaient les plus consommateurs. Les étudiants de PACES étaient les plus consommateurs de tabac, ceux de post-internat d'alcool. 59,6% des étudiants avaient expérimenté le protoxyde d'azote, 44,7% les poppers, 12,5% l'ecstasy pendant leurs études. Ces consommations se faisaient pour le plaisir, pour expérimenter, en groupe ; dans un contexte d'études difficiles, de stress avant les examens. La qualité de vie était inférieure à la population générale en terme de vitalité et de santé mentale.

Conclusion

L'alcool était la substance la plus consommée par les étudiants, avec un risque de dépendance élevé. Les consommations et la qualité de vie varient avec les années d'étude, notamment en PACES, en deuxième année, et après l'examen classant national. Des campagnes de prévention ciblées pourraient être développées dans les facultés. Etudier ces consommations dans d'autres filières serait intéressant.



Mots clés : substances psychoactives, abus de substances, addiction, alcool, tabac, cannabis, étudiants en médecine, qualité de vie.y