État des lieux des consommations de médicaments à visée psychoctive chez les étudiants en médecine de Lille vs. Montpellier-Nîmes

Margaux Tiberghien

▶ **To cite this version:**

Margaux Tiberghien. État des lieux des consommations de médicaments à visée psychoctive chez les étudiants en médecine de Lille vs. Montpellier-Nîmes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03246312

HAL Id: dumas-03246312
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246312

Submitted on 2 Jun 2021

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Margaux TIBERGHIEN

Le 19/10/2018

ETAT DES LIEUX DES CONSOMMATIONS DE MEDICAMENTS A VISEE PSYCHOCTIVE CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE DE LILLE VS. MONTPELLIER-NIMES

Directeur de thèse : Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE

JURY

Président : Professeur Pascal PERNEY

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :

Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE*

Professeur François BLANC

Professeur François-Xavier LESAGE

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Margaux TIBERGHIEN

Le 19/10/2018

ETAT DES LIEUX DES CONSOMMATIONS DE MEDICAMENTS A VISEE PSYCHOCTIVE CHEZ LES ETUDIANTS EN MEDECINE DE LILLE VS. MONTPELLIER-NIMES

Directeur de thèse : Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE

JURY

Président : Professeur Pascal PERNEY

Assesseurs (y compris directeur de thèse) :

Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE*

Professeur François BLANC

Professeur François-Xavier LESAGE

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DU CAILAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe
ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :
COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
2ème classe :
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :
LAMBERT Philippe
2ème classe :
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2éme classe
BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale
COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale
CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
Maîtres de Conférences hors classe
BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale
BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES
CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A **Madame le Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE,** qui m'a encadrée tout au long de cette thèse et qui m'a fait partager ses brillantes idées. Je souhaitais également vous remercier pour votre gentillesse, votre disponibilité permanente et pour les nombreux encouragements que vous m'avez prodigué. Merci de m'avoir confortée dans mon orientation, et pour m'avoir toujours soutenue dans ce projet.

A **Monsieur le Professeur Pascal PERNEY,** c'est un grand honneur de vous avoir comme Président du Jury de thèse. Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir accordé votre confiance à ce travail. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma haute considération.

A **Monsieur le Professeur François BLANC,** merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse avec tant d'enthousiasme. Je vous remercie pour le temps accordé au jugement de mon travail. Soyez assuré de mon respect sincère.

A **Monsieur le Professeur François-Xavier LESAGE,** merci d'avoir accepté avec intérêt de faire partie de mon jury, en souhaitant que cela puisse vous aider dans votre pratique. Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à ce travail. Recevez mes sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

Aux membres du Département d'Information Médicale (DIM) du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, et particulièrement au **Docteur Nicolas MOLINARI et Cécile AUTISSIER**. Merci pour vos précieux conseils et merci Cécile pour ta patience et ta disponibilité.

Aux **étudiants de la faculté de Lille et de Montpellier-Nîmes,** merci pour leur participation active et leurs encouragements.

A mes proches, et particulièrement à celui qui me soutiens, m'encourage, me rend plus forte ; celui qui prend soin de moi et s'efforce de toujours faire de son mieux pour que l'on avance. Merci aussi pour ton aide précieuse, et pour tes connaissances en EXCEL qui m'ont été indispensable.

A toi Laure, merci pour ta générosité et ton soutien, pour tes petits plats et tes conseils, et surtout pour ta motivation infinie en ce qui concerne les running.

A ma famille adorée, à mes parents chéris, à mes proches, à ceux qui sont là aujourd'hui pour m'entourer. Un IMMENSE merci aux lillois et autres migrants (lyonnais, rouennais) d'avoir traversé la France, je suis super heureuse de partager ce moment si important avec vous.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 11
1- L'adolescence, une période de vulnérabilité 11
a. Une période de changements 11
b. Une pression pour adopter des comportements à risque 12
c. Les consommations de SPA chez les adolescents et les jeunes adultes 13
d. Santé mentale des adolescents 14
2- Être étudiant, un facteur de risque 15
a. Dépression, anxiété 15
b. Accès aux soins 16
3- Les étudiants en médecine en difficulté 17
a. Epidémiologie 17
b. Spécificité des études de médecine 18
c. Consommation de médicament à visée psychoactive. 20
4- Nord vs. Sud : deux territoires différents pour deux populations en partie similaires 21
a. Contexte démographique 21
b. Contexte social 21
c. Espérance de vie et principales causes de mortalité 22
d. Alcool, tabac, des déterminants forts 23
e. Consommation de psychotropes 24
5- Question de recherche 25
II. METHODES 26
1- Type d'étude 26
2- Ethique 26
3- Population 26
4- Questionnaire 27
5- Analyse des données 28
III. RESULTATS 29
1- Analyse descriptive 29
a. Socio-démographique 29
b. Mode de vie 31
c. Santé mentale 33
d. Consommation de médicaments à visée psychotropes 34
e. Mode de consommation 46

2- Analyse comparative 48
a. Univariée 48
b. Multivariée 49
IV-DISCUSSION 50
1- Principaux résultats 50
a. Consommation de médicaments à visée psychoactive 50
b. Facteurs de risque de consommation de traitement à visée psychoactive 53
c. Temps de sommeil 54
2- Critiques de l'étude 55
a. Les forces de l'étude 55
b. Les limites de l'étude 56
3- Portée des résultats 57
4- Actions à mettre en place 58
a. Actions préventives 58
b. Prise en charge 59
5- Perspectives 60
IV. BIBLIOGRAPHIE 61
V. ANNEXES 64
VI. QUELQUES REMARQUES DES ETUDIANTS 73
VII. SERMENT 76

« *Une apparence et une attitude a priori normales peuvent parfois cacher une grande souffrance psychologique qui n'est pas extériorisée, d'où le recours aux* substances » (a)

M'intéresser à la prise médicamenteuse des étudiants en médecine m'est apparue comme une évidence. En faisant le point sur ces 9 années de travail, et en repensant à toutes les épreuves traversées pour atteindre le but ultime qu'est la thèse, j'ai eu une réflexion : « Enfin ! ». Ces 9 dernières années ont été très riches et intenses. Une multitude d'émotions y sont passées : la joie, la déception, la colère, l'optimisme, le découragement, la fierté, l'épanouissement, l'anxiété, la satisfaction. Je voulais pouvoir montrer, via mon travail, à quel point ces ressentis étaient partagés et pouvaient engendrer, chez certains, des conduites pathologiques.

Une étude a été réalisée en 2017, par le Dr L-H Lefort, faisant état des lieux des consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, drogues, médicaments) chez les étudiants en médecine du Languedoc-Roussillon. Elle a objectivé que, parmi eux, plus d'un tiers avait déjà pris des médicaments à visée psycho active au cours de leurs études. C'est dans la suite de ces recherches que s'inscrit mon étude.

(a) X. Montpellier 2018 - Remarque d'un étudiant laissée à la fin du questionnaire

I. INTRODUCTION

1- L'adolescence, une période de vulnérabilité

Avant toute chose, les étudiants en médecine sont des adolescents, puis des jeunes adultes. L'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 14 et 25 ans. Elle représente une période de transition « critique » dans la vie.

Françoise Dolto, psychanalyste en pédopychiatrie du XXème siècle, dans son livre « Paroles pour adolescents ou le complexe du homard » utilisait la métaphore de la mue du homard pour représenter l'adolescence. L'enfant, à l'image du crustacé, se défait de sa carapace, soudain étroite, pour en acquérir une autre. Entre les deux, sans protection, il est **vulnérable**, agressif ou replié sur lui-même.

a. Une période de changements

Les **processus biologiques** conditionnent de nombreux aspects de cette croissance et de ce développement. Notamment l'apparition de la puberté marquant le passage de l'enfance à l'adolescence. Via la sécrétion d'hormones sexuelles (œstrogène, progestérone et testostérone), l'adolescent grandit brutalement en taille et les caractères sexuels secondaires apparaissent de manière progressive (apparition de la pilosité, développement de la poitrine, des muscles, acné).
C'est également une importante période de **maturation des circuits neuronaux** sous-tendant la régulation des émotions, suggérant ainsi la possibilité que certains mécanismes neuro-développementaux puissent contribuer à cette vulnérabilité.(1) L'adolescent voit apparaitre des émotions qu'il ne contrôle plus. Dans un premier temps les capacités cognitives se développent pour atteindre rapidement leur apogée. Les capacités de prise de recul et d'anticipation ne viendront que vers la fin de l'adolescence.(1)

En dehors de la maturation physique et sexuelle, il s'agit aussi de l'acquisition de **l'indépendance** sociale et économique, du développement de l'identité, de l'acquisition des compétences nécessaires pour remplir son rôle d'adulte et établir des relations d'adulte, et de la capacité de raisonnement abstrait. Si l'adolescence est un moment de croissance et de

potentiel exceptionnel, c'est également un moment où les prises de risque sont importantes et au cours duquel le contexte social peut exercer une influence déterminante.

b. Une pression pour adopter des comportements à risque

Tout adolescent est à la recherche de ses limites et c'est en les rencontrant qu'il se constitue par lui-même et se définit par rapport aux autres. Il a un besoin d'exploration. L'entourage, l'influence des pairs pousse également le jeune adolescent à se démarquer. Les conduites à risque représentent donc un moyen d'exister. Au sein de la famille, il veut se forger une nouvelle place, il n'est plus un enfant, mais n'a pas encore l'autonomie d'un adulte. Les comportements à risque peuvent être un moyen d'exprimer une quelconque souffrance, de faire passer un message. Ils se définissent comme un engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses. Il s'agit d'explorer ses propres limites voire les dépasser, de prouver qu'on peut y arriver

Ils désignent un nombre de comportements très différents les uns des autres avec une mise en danger de soi et une gravité plus ou moins volontaire : consommation de substances licites ou illicites, fugues et toutes formes d'errances, délinquance, violences, atteintes au corps par des pratiques agressives (abrasions, scarifications), jeux d'évanouissement, sports extrêmes, comportements dangereux sur la route, rapports sexuels non protégés, conduites suicidaires.

La majorité des jeunes en restera au stade de l'expérimentation alors que d'autres s'engageront dans des répétitions ou des pratiques qui les conduiront vers l'excès, le danger voire le drame. Le constat tragique est que la première cause de mortalité chez les jeunes de 15-25 ans est le décès au cours des accidents de la voie publique. En France, en 2015, 619 décès de jeunes de 15-29ans ont été recensé par la Sécurité Routière. Cela correspond à 24.8% des causes de décès dans cette population. Les jeunes adultes de 15 à 29 ans représentent un tiers des blessés graves et des personnes tuées sur la route. En 2ème position on retrouve le suicide, pourvoyeur de 14.8% (soit 371 décès) de décès chez les 15-24 ans et 20 % chez les 25-34 ans en 2014, selon l'ONS (Observatoire National du Suicide) (2). Selon l'OMS, la deuxième cause de décès chez les adolescents est le VIH(3), ce qui illustre également les conduites à risques des jeunes au cours de rapports non protégés.

Causes de décès des jeunes et des enfants en 2015 : proportions

en %

Cause de décès	Moins de 1 an	De 1 à 4 ans	De 5 à 14 ans	De 15 à 24 ans
Causes externes	2,0	25,6	27,4	56,2
dont :				
accidents de transport	*0,2*	*6,2*	*9,1*	*24,8*
suicides	*0,0*	*0,0*	*4,6*	*14,8*
Certaines infections de la période périnatale	55,3	0,2	0,0	0,0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	20,2	11,7	6,7	2,4
dont :				
malformations congénitales du système nerveux	*2,0*	*0,4*	*0,9*	*0,4*
malformations congénitales de l'appareil circulatoire	*7,8*	*4,6*	*2,1*	*0,8*
Tumeurs	0,6	15,7	29,1	11,4
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3,2	9,7	8,0	4,7
Maladie de l'appareil circulatoire	1,8	4,4	5,3	4,0
Maladies infectieuses et parasitaires	1,5	4,4	1,0	1,1
Autres causes	15,3	28,4	22,4	20,2

- Champ : France métropolitaine, décès domiciliés.
- Source : Inserm-CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

Parmi ces conduites à risques, nous nous intéresserons particulièrement aux consommations de substances psychoactives (SPA).

c. Les consommations de SPA chez les adolescents et les jeunes adultes

Depuis presque 20 ans, l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie) interroge les jeunes Français de 17 ans sur leurs consommations de produits psychoactifs via l'enquête nationale ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la Défense). En 2017, 46 000 jeunes ont répondu au questionnaire. Même si les chiffres semblent montrer une diminution des consommations par rapport à 2014(4), les observations faites restent inquiétantes.

Concernant le **tabac**, un quart des jeunes adolescents fument quotidiennement. 6 jeunes français sur 10 déclaraient, à 17 ans, avoir déjà fumé au moins une cigarette.(4)

Plus de 8 jeunes français sur 10 ont déclaré avoir déjà expérimenté l'usage de l'**alcool**. Et 50% ont déjà fait l'expérience de l'ivresse. Leur consommation semble régulière puisque 66.5% d'entre eux ont consommé de l'alcool le mois précédent l'étude, et 40% ont eu une API (Alcoolisation Ponctuelle importante) le mois précédent. A noter que déjà 1.3% d'entre eux ont une consommation quotidienne d'alcool.(4)

40% ont déjà expérimenté la drogue illicite qu'est le **cannabis** ; 21% en ont consommé le mois précédent et 3.4% en fume quotidiennement.(4)

En complément du cannabis, l'enquête ESCAPAD permet d'observer la diffusion des autres **substances illicites** ou de produits détournés de leurs usages. En 2017, 6,8 % des adolescents de 17 ans déclarent avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie une substance illicite autre que le cannabis. Ce chiffre est en recul de 2 points par rapport à 2014 (8,8 %). Les substances illicites consommées regroupent les champignons hallucinogènes, différents stimulants (MDMA/ ecstasy, cocaïne, amphétamines, crack/ free base), le LSD et l'héroïne. (4)
En 2014, l'expérimentation de **médicaments psychotropes** concerne près d'un quart des jeunes de 17 ans (24,6 %), les somnifères et les anxiolytiques ayant été expérimentés par respectivement 13 % et 16 % des adolescents (5). L'expérimentation des antidépresseurs se révèle inférieure avec 6 % de jeunes concernés. Comme en population adulte, les usages de médicaments psychotropes, sont presque deux fois plus fréquents parmi les filles, quelle que soit la catégorie de psychotropes, notamment du fait d'un recours aux soins plus important que chez les garçons. Les anxiolytiques présentent, en outre, la particularité d'être les médicaments dont la consommation est le plus souvent renouvelée : 4,2 % des adolescentes déclarent en avoir pris plus de dix fois au cours de leur vie (elles sont 2,0 % pour les somnifères et 1,5 % pour les antidépresseurs).(5)

d. Santé mentale des adolescents

En 2014, plus du quart des adolescents de 17 ans présentaient un syndrome dépressif (modéré pour 20,8 % et sévère pour 5,3 % d'entre eux). (6) Près de 3 % de l'ensemble des jeunes de 17

ans déclaraient avoir fait, au cours de leur vie, une tentative de suicide (TS) ayant entrainé une hospitalisation. A cela s'ajoute le fait qu'un jeune sur dix déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide, au cours des 12 derniers mois.(6). La moitié des TS ont été commises avant l'âge de 15 ans (14 ans pour les garçons). Il existe un différentiel en fonction du sexe qui persiste tout au long de la vie concernant le taux de TS (1,4 % des hommes et 4,3 % des femmes). Les troubles de santé mentale sont souvent associés a` des usages plus fréquents de substances psychoactives, comme on peut le constater au vu des résultats de l'enquête ESCAPAD et l'enquête European school project on alcohol and other drugs (ESPAD).

2- Être étudiant, un facteur de risque

Il semble intéressant de s'attarder sur les conditions de vie des étudiants. En effet, avant d'être externe ou interne, les sujets de l'étude sont avant tout des étudiants. Plusieurs enquêtes récentes se sont intéressées à la qualité de vie et à la santé physique ou mentale d'étudiants de premier cycle universitaire en France et ont montré que ces dernières étaient généralement préoccupantes en raison de la prévalence de dépression, de troubles du sommeil et d'idées suicidaires. (7)

a. Dépression, anxiété

La vie étudiante, spécialement au cours de la première année est une période de vulnérabilité durant laquelle les étudiants sont expérimentateurs et essayent d'acquérir une nouvelle identité, leur nouvelle identité.(8)

En 2008 Verger et al. se sont intéressé aux étudiants de première année d'une université du sud-est de la France. Ils ont retrouvé que 25.7% d'entre eux présentaient des symptômes dépressifs.(9)

En 2010, la même équipe s'est intéressé aux étudiants de 6 facultés du Sud-Est de la France. Ils ont mis en évidence que 15.7% des étudiants de sexe masculin présentaient des symptômes dépressifs, contre 33% pour leurs homologues(10). Les raisons évoquées étaient les difficultés d'adaptation aux techniques d'apprentissage universitaires (pour 39.6 à 55.6% des étudiants) ; des difficultés « marquées », voir « importantes » dans le travail. (10)

A l'échelle nationale, l'OVE est une enquête traitant des conditions de vie des étudiants. Elle a pour ambition de recueillir et d'analyser des informations pertinentes sur les conditions de vie des étudiants sous ses différents aspects. Pour la 8e édition, plus de 220000 étudiants ont été invités à répondre au questionnaire de l'OVE entre le 14 mars et le 23 mai 2016. Près des deux tiers des étudiants se déclaraient satisfaits ou très satisfaits de leur état de santé et seulement 10 % d'entre eux se déclarent insatisfaits. Cependant, il existe une fragilité psychologique croissante puisque nombreux sont ceux qui déclaraient éprouver des symptômes de fatigue ou de mal-être. Ils déclaraient fréquemment ressentir des états d'épuisement (53 % des hommes et 67 % des femmes), de stress (49 % des hommes et 69 % des femmes), de solitude et d'isolement (26 % des hommes et 30 % des femmes) et rencontrer des problèmes de sommeil (40 % des hommes et 50 % des femmes). De même, 37 % des étudiantes et 27 % des étudiants déclaraient également s'être sentis déprimés la semaine précédant l'enquête. Ces symptômes, semblent s'être amplifiés entre 2013 et 2016 puisqu'on observe une augmentation de la déclaration de l'ensemble des symptômes (+ 6 points de % en moyenne), particulièrement l'épuisement (+ 8 points). De plus, les écarts entre hommes et femmes se creusent de plus en plus. (11)

b. Accès aux soins

La population étudiante se caractérise également par un renoncement aux soins plus fréquent qu'en population générale. Ainsi, en 2016, 30 % des étudiants déclarent avoir déjà renoncé à voir un médecin (contre 27 % en 2013)(11). Si les principales raisons avancées par les étudiants ne relèvent pas d'un renoncement contraint (58 % de ceux qui ont renoncé déclarent avoir attendu que leur santé s'améliore d'elle-même et 49 % déclarent avoir préféré se soigner eux-mêmes), d'autres raisons permettent d'approcher certaines fragilités qui touchent une partie de la population étudiante. Ainsi, 13 % de l'ensemble des étudiants déclarent avoir renoncé au moins une fois à voir un médecin pour des raisons financières, soit une proportion stable par rapport à 2013. Ce sont également les mêmes caractéristiques qui permettent d'expliquer ce renoncement ; outre l'effet de l'origine sociale des étudiants, le renoncement aux soins augmente avec l'âge des étudiants et atteint 18 % pour les 23-25 ans, avant de diminuer pour les tranches d'âges supérieures. La position charnière qu'occupe cette tranche d'âge dans la transition vers une situation d'indépendance économique et familiale explique sans doute cet effet : pour les plus jeunes, la famille joue un rôle de protection en matière de santé alors que

pour les plus âgés, c'est l'indépendance économique (notamment par le travail) qui assure ce rôle (11)

En 2010, le Baromètre santé réalisé par l'INPES a mis en évidence que parmi les 15-30 ans, près d'une personne sur dix (8,7 %) déclare avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois ; les femmes sont les plus touchées par ces situations chez les 15-30 ans (10,6 % vs 6,8 % des hommes).(12)

En 2013, un communiqué de presse publié par EmeVia (le réseau national des mutuelles étudiantes) en partenariat avec l'Institut CSA (Consumer, Science &Analytics) fait aussi état d'un renoncement aux soins par les étudiants, et plus particulièrement une baisse du recours au médecin traitant(13). 17,4% des étudiants ont déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 6 derniers mois. En population générale, ce taux atteint 15,4%. L'écart se creuse encore depuis 2011 puisqu'ils étaient 8 % à avoir renoncé aux soins pour des raisons financières.

L'accès aux soins des étudiants pâtit nettement des difficultés financières qu'ils ressentent. 49,5% des étudiants ont déclaré ressentir des difficultés financières au cours de l'année. 83,1% des étudiants déclarent avoir vu un professionnel au cours des 6 derniers mois, élément révélateur de certaines difficultés. Or ces difficultés des étudiants, nous les retrouvons également chez les étudiants en médecine.

3- Les étudiants en médecine en difficulté

a. Epidémiologie

En 2017, une dizaine d'internes ont mis fin à leurs jours, selon le recensement réalisé par l'Inter-syndicat national des internes (ISNI). Ce constat implacable de l'ISNI laisse transparaître que la santé mentale des jeunes médecins est inquiétante.

En 2015, le Ministère de la Solidarité et de la Santé recensait 28 187 internes au total.(14) Avec l'ouverture du numérus clausus, on peut estimer à 28 500 le nombre d'interne en médecine en 2017. Le taux de suicide est donc estimé à 0.035%, soit un interne sur 2 850. Ce qui est **2 fois et demi** plus important que la population générale, puisque l'on recensait 371 suicides en 2015

(selon les sources de l'INSERM CépiDc) chez une population s'élevant à 2.6 millions d'étudiants. On a donc décompté 0.0142% de décès par suicide, soit un étudiant sur 7000 environ.
Une autre enquête de grande envergure a été réalisée par l'ISNI en 2017. Elle s'intéressait à la santé mentale des jeunes médecins. 21 768 sujets ont répondu, parmi eux 4255 étudiants en 1er cycle, 8725 étudiants en 2e cycle, 7631 étudiants en 3e cycle et 1157 CCA-AHU-AS. L'étude met en évidence que 66.2% des étudiants en médecine et des jeunes médecins qui ont répondu à l'étude sont anxieux ; on note 27.7% de syndrome dépressif chez ces mêmes sujets. Et enfin 23.7% d'entre eux présentent des idées suicidaires dont 5.8% d'idées suicidaires dans le mois précédant l'enquête. (15).

Cette enquête de santé mentale, mais également plusieurs études concordantes, montrent que les internes présentent deux à cinq fois plus d'idées suicidaires que la population générale.

b. Spécificité des études de médecine

Au cours de l'externat

Il s'agit d'études particulièrement sélectives puisque la première année se solde par un concours éliminatoire. Le taux de réussite moyen en PACES au niveau national s'élève à 18,9% en médecine, dont 60% de redoublants (16). Les étudiants admis au terme de cette première année se retrouvent projetés dans le monde hospitalier où la compétition et l'anxiété de performance se poursuivent dans l'optique d'un second concours tardif en 6ème année : les ECN : 3 jours au cours desquels ils jouent leur avenir puisque le classement détermine leur spécialité et l'académie définitive de l'internat. Un certain nombre d'entre eux pourra d'ailleurs être contraint de choisir une filière par défaut ou de s'éloigner géographiquement en fonction de leur classement.

Au cours de l'internat

Les internes en médecine sont une population spécifique parmi les soignants, car ils ont un double statut, c'est-à-dire celui d'étudiant et de médecin. Cependant, ce sont des professionnels de santé au même titre que les médecins. De par leur statut, les internes en médecine sont mal identifiés par les patients et mal reconnus par l'équipe soignante. Cela peut engendrer des difficultés d'intégration et d'adaptation dans les services hospitaliers (17). L'internat est une période stressante et transitoire où les internes se trouvent dans un passage entre leurs études et leur futur métier de médecin. Ils sont confrontés à de nombreux facteurs

de stress professionnel durant l'internat tels que la surcharge excessive de travail, les nombreuses responsabilités médicales, la responsabilité de prise en charge de cas complexes, la fatigue accumulée par les gardes. Et enfin, on leur confie des tâches administratives chronophages. Face à ces situations stressantes, les internes oscillent entre un sentiment de dépendance et d'autonomie (18). Ceci peut conduire à un sentiment de manque de contrôle sur ces situations et des doutes sur leurs compétences. Ils peuvent également ressentir un manque de reconnaissance de leur travail par l'équipe soignante et les patients, et un faible soutien des « médecins seniors »(17).

D'autres **facteurs** de stress probables sont aussi **spécifiques au statut d'interne** comme par exemple des déménagements fréquents en fonction des terrains de stage ; le changement de stage tous les six mois demandant une réadaptation à des règles de services et des pratiques professionnelles différentes ; les temps de trajets entre le domicile et le lieu de stage ; ou encore l'appréhension de ne pas pouvoir accéder à un post-clinicat(18). A cela s'ajoutent des situations stressantes personnelles comme les problèmes financiers, l'isolement, le manque de temps pour soi.

L'exposition chronique au stress au travail est associée à des troubles psychiques et un syndrome d'épuisement professionnel chez les jeunes médecins : ce sentiment de se sentir mentalement et physiquement épuisé à cause du travail et des responsabilités qui en incombent.(19)

Il existe des **facteurs individuels** associés à l'épuisement professionnel dans le monde médical :
- Le genre : les femmes auraient plutôt tendance à être épuisées émotionnellement et les hommes à avoir des scores élevés de dépersonnalisation.
- Le statut marital, la parentalité et vie de familiale : être divorcé ou célibataire. Le fait d'avoir des enfants aurait plutôt un effet bénéfique contre le burn-out mais les résultats sont contradictoires, certaines études ne montrant pas d'effet.
- L'existence d'un déséquilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale (« work-life balance ») ou un contexte familial difficile sont associés à l'état d'épuisement professionnel.
- Les traits de personnalités : Les traits de personnalités type pessimiste, désinvesti, anxieux ou désorganisés ou cyniques seraient statistiquement associés à l'épuisement professionnel.

- Autres facteurs : une diminution de la qualité de vie, un isolement social ou un manque de soutien social, ainsi qu'un manque de loisirs ont également été retrouvés.

Ainsi, l'association de ces facteurs de stress peut mener à un fort risque de burn-out (21, 22) et un recours a` l'usage de substances psychoactives (18).

Dans la société actuelle, à l'ère d'internet, les demandes des patients envers les soignants sont de plus en plus nombreuses. Ils sont de plus demandeurs et procéduriers en cas de faute médicale. Cette exigence envers les soignants est source d'anxiété pour les médecins en devenir, ainsi que pour leurs aînés. En 2004, 306 médecins généralistes de la Loire ont été interrogés à propos des principales causes d'épuisement professionnel. La réponse principale à cette question ouverte était en majorité (39%) les exigences des patients.(21)

c. Consommation de médicament à visée psychoactive.

Selon une étude réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en 2015, plus de 10% des étudiants en médecine déclarent que leur rythme de travail a des répercussions sur leur consommation de produits psychoactifs. (22)

* *Antalgiques pallier 2 :* Souvent = 3,1%, Parfois = 13,5%, Rarement = 18,2%. A noter que la consommation est plus fréquente en 3ème cycle.

* *Antalgiques pallier 3 :* Souvent = 0,1%, Parfois = 0,6%, Rarement = 3,7%.

* *Anxiolytique :* Souvent = 3,1%, Parfois = 7,9%, Rarement = 11,5%.

* *Antidépresseurs :* Souvent = 2,3%, Parfois = 1,7%, Rarement = 3,6%. A noter que la consommation est plus fréquente en 2ème cycle.

* *Somnifères :* Souvent = 2,5%, Parfois = 6,7%, Rarement = 10,8%. On note une légère sur représentation en troisième cycle.

Il existe un lien statistiquement significatif entre l'auto évaluation de l'état de santé (moyen ou mauvais), et la consommation de psychotropes plus élevée, que l'on considère les anxiolytiques, les antidépresseurs ou les hypnotiques. (22)

* *Tabac :* 17% ont répondu consommer du tabac tous les jours ou plusieurs fois par semaine, dont une majorité d'étudiants en 3ème cycle.

* *Alcool :* 33% ont déclaré consommer de l'alcool tous les jours ou plusieurs fois par semaine, dont également une majorité d'étudiants en 3ème cycle. (22)

4- Nord vs. Sud : deux territoires différents pour deux populations en partie similaires

a. Contexte démographique

Occitanie

Avec plus de 5,6 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Occitanie est la 5e région la plus peuplée. Néanmoins, sa densité de 78,2 habitants au km², nettement inférieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 12e rang des régions françaises les plus denses.(23)

Avec 272 000 habitants, Montpellier est la 8ème commune Française

Après la Guyane et la Corse, la région Occitanie a la **plus forte croissance démographique** : + 1,0 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. Cette croissance démographique est principalement due à un solde migratoire positif (+ 0,8 % par an).(23)

Hauts de France

Avec près de 6 millions d'habitants au 1er janvier 2013, les Hauts-de-France occupent le 3e rang des régions les plus peuplées de France, après l'Île-de-France et l'Auvergne - Rhône-Alpes. La densité de population enregistrée dans la région (188,2 habitants au km², 5e rang) est par ailleurs nettement supérieure au niveau national (103,6 hab./km²). Parallèlement, **la croissance démographique est quasi nulle**. Entre les recensements de 2008 et 2013, la population des Hauts-de-France a augmenté de 0,2 % par an en moyenne, tandis qu'elle augmentait de 0,5 % par an au niveau national. La région figure ainsi au 13e rang des régions françaises. (23)

b. Contexte social

Occitanie

En Occitanie, les **taux d'allocataires** pour plusieurs prestations sociales sont parmi les plus élevés de France métropolitaine. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 9,6 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au 6e rang, derrière les Hauts-de-France. La proportion des allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est également importante en Occitanie : 3,9 % pour une moyenne de 3,1 %, situant la région au 3e rang après la Corse et la Guadeloupe. Le taux de

couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est particulièrement élevé dans la région : 8,4 personnes pour 100 habitants contre 7,5 au niveau national, plaçant la région au 6e rang derrière les quatre régions ultramarines et les Hauts-de-France.(23)

La **fragilité professionnelle** de la population constitue une des caractéristiques sociales de l'Occitanie : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est parmi les plus élevés en France : il concerne 12,0 % des actifs. Pour une moyenne métropolitaine à 9,9 %, il place l'Occitanie au 2e rang/13. (23)

Hauts de France

Les indicateurs sociaux des Hauts-de-France témoignent d'une situation sociale dégradée au regard des autres régions de Métropole.

En 2014, les Hauts-de-France affichent le **plus haut taux de chômage** (au sens du Bureau international du travail (BIT)) de Métropole (12,5 %) et se situent nettement au-dessus de la moyenne métropolitaine (9,9 %). (23)

Les Hauts-de-France présentent le 5e plus haut **taux d'allocataires du revenu de solidarité active** (RSA) toutes catégories confondues (12,1 %), pour une valeur nationale à 8,6 %. Le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (3,5 %), bien que supérieur au niveau national (3,1 %), classe la région au 8e rang des régions de France. En outre, 1 habitant sur 10 dans les Hauts-de-France est bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (10,2 %), ce qui situe la région au 5e rang après les régions d'outre-mer (7,5 % au niveau national).(23)

c. Espérance de vie et principales causes de mortalité

Occitanie

Plus de 53 700 décès annuels moyens sont enregistrés en Occitanie en 2011-2013. **L'espérance de vie** est de 79,2 ans pour les hommes et 85,3 années pour les femmes L'espérance de vie est plus élevée en Occitanie que sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85 ans pour les femmes.(23)

La région Occitanie présente **des taux standardisés de mortalité toutes causes** parmi les plus **bas** de France, particulièrement chez les hommes. Elle se situe au 4e rang des 13 régions métropolitaines pour les hommes et au 5e rang pour les femmes en 2011-2013. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) pour laquelle

l'Occitanie occupe le 4e rang. La **sous-mortalité est marquée pour les cancers** : le différentiel avec le niveau métropolitain est de - 6,4 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. La mortalité par cancer a diminué depuis trente ans : - 18,5 % depuis 1982-1984.(23)

Hauts de France

Entre 2011 et 2013, près de 54 000 décès annuels moyens sont enregistrés dans les Hauts-de-France, dont environ un quart sont survenus avant l'âge de 65 ans (12 827 décès par an en moyenne). **L'espérance de vie à la naissance est la plus faible de Métropole.** En 2011-2013, l'espérance de vie à la naissance des hommes de la région est de 75,9 ans, soit 2,7 années de moins qu'en Métropole (78,6 ans). Chez les femmes, l'espérance de vie est inférieure de près de deux ans à la valeur métropolitaine (83,1 ans contre 85 ans). (23)

En 2011-2013, avec une surmortalité par cancer de 18,2 % au regard de la Métropole, la région Hauts-de-France se situe au dernier rang des régions métropolitaines.(23)

d. Alcool, tabac, des déterminants forts

Occitanie

Selon l'étude ODICER (Observation des Drogues pour l'Information sur les Comportements en Région) en 2014, qui a étudié les habitudes de consommation d'alcool en fonction des régions, 13% des jeunes de 17ans du Languedoc-Roussillon déclaraient consommer quotidiennement de l'alcool (à raison de 10 fois ou plus dans le mois). Ce résultat était supérieur à la moyenne nationale, s'élevant à 12.3%. (24)

La mortalité recule moins qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la **consommation d'alcool** est un facteur de risque. En 2011-2013, plus de 1 300 décès annuels moyens sont dénombrés en Occitanie pour les principales pathologies en lien avec l'alcool (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme). 1 038 concernent des hommes et 311 des femmes.(23)

Un décès sur sept pour les principales pathologies pour lesquelles la **consommation de tabac** est un facteur de risque. En 2011-2013, on compte 8 036 décès annuels moyens en Occitanie, en lien avec les principales pathologies liées au tabac (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO). Les deux tiers d'entre eux sont des décès masculins. (23)

Hauts de France

Selon l'étude ODICER en 2014, qui a étudié les habitudes de consommation d'alcool en fonction des régions, 10% des jeunes de 17ans du Nord-Pas-De-Calais déclaraient consommer quotidiennement de l'alcool (à raison de 10 fois ou plus dans le mois). Ce résultat était inférieur à la moyenne nationale, s'élevant à 12.3%. Les API (Alcoolisation Ponctuelle Importante) chez les adolescents de 17ans étaient également inférieures dans la région Nord par rapport à la moyenne nationale, 19% dans le Nord, pour 21.8% en France. Cependant, chez les personnes qui avaient 15-75 ans, 42.1/10 000 habitants étaient venues consulter au CSAPA pour des problèmes d'alcool. Ce taux range le département au 3ème rang national, après la Haute-Normandie et le Limousin.(24)

Au cours de la période 2011-2013, dans les Hauts-de-France, 2 705 décès annuels moyens sont dénombrés pour les principales pour lesquelles **la consommation d'alcool** est un facteur de risque important : 2018 concernent les hommes et 687 les femmes. Quel que soit le sexe, la région affiche la plus forte surmortalité par rapport au niveau national (+ 62,1 % chez les hommes et + 84,6 % chez les femmes)(23)

Dans les Hauts-de-France, la mortalité pour les principales pathologies pour **lesquelles la consommation de tabac** est un facteur de risque représente 15,3 % de l'ensemble des décès enregistrés sur le territoire (20,6 % chez les hommes et 9,7 % chez les femmes). La région affiche une surmortalité de 21,1 % par rapport à la France en 2011-2013. La région présente ainsi **le plus haut taux des régions de France chez les hommes** et le 5e plus haut taux chez les femmes.(23)

e. Consommation de psychotropes

Le recours aux médicaments psychotropes est plus fréquent en France que dans les autres pays industrialisés.

Occitanie

Selon une étude parue dans la Revue Médicale de l'Assurance Maladie, en 2003, 26.1% de la population du Languedoc Roussillon ont bénéficié d'un remboursement pour un médicament à visée psychotrope en 2000. 18.8% des prescriptions concernaient des anxiolytiques, 9.6 % pour des hypnotiques, 10.7 % pour les antidépresseurs et 3.3% pour des neuroleptiques. (25)

Tableau I
Taux annuels régionaux standardisés (%) de consommateurs de psychotropes selon la classe thérapeutique, en 2000, régime général d'assurance maladie *stricto sensu*[a]

Région	Psychotropes	Anxio-lytiques	Hypno-tiques	Anti-dépresseurs	Neuro-leptiques	Sevrage alcool[b]	Lithium
Ile-de-France	24,2	16,9	8,6	9,7	2,4	0,46	0,15
Champagne-Ardenne	25,5	18,4	9,4	9,7	2,6	0,53	0,11
Picardie	26,7	19,1	10,7	9,6	2,8	0,62	0,09
Haute-Normandie	26,8	18,8	10,3	10,4	2,9	0,60	0,10
Centre	25,1	18,0	8,5	10,2	2,9	0,59	0,11
Nord - Pas-de-Calais	27,2	18,9	11,6	9,3	2,5	0,86	0,07
Lorraine	23,9	17,0	8,5	8,1	2,3	0,48	0,07
Alsace	22,6	15,9	8,3	7,1	2,3	0,38	0,09
Franche-Comté	24,7	18,0	8,1	10,4	2,7	0,49	0,10
Basse-Normandie	24,6	17,6	8,6	9,4	2,7	0,56	0,16
Pays de la Loire	23,9	16,9	8,3	9,3	2,7	0,51	0,14
Bretagne	25,2	18,0	10,3	9,6	3,1	0,64	0,21
Limousin	28,2	21,2	9,6	12,0	3,7	0,53	0,10
Auvergne	24,5	18,2	8,2	10,1	3,2	0,59	0,13
Poitou-Charentes	26,0	18,7	8,6	10,5	3,2	0,51	0,13
Aquitaine	25,8	18,3	9,5	10,5	3,1	0,51	0,17
Midi-Pyrénées	25,1	17,9	9,5	9,9	3,1	0,46	0,17
Bourgogne	25,4	19,0	7,7	10,0	3,1	0,53	0,12
Rhône-Alpes	25,9	18,5	7,7	11,8	3,2	0,44	0,17
Languedoc-Roussillon	26,1	18,8	9,6	10,7	3,3	0,60	0,13
Provence-Alpes-Côte d'Azur	26,6	19,3	9,8	11,2	3,3	0,54	0,12
Corse	27,3	20,7	10,2	11,1	4,2	0,43	0,19

[a] Standardisation sur l'âge et le sexe de la population France 1999.
[b] Médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance alcoolique.

Hauts de France

Dans la région Nord-Pas-De-Calais, 27.2% de la population a bénéficié d'au moins un remboursement de médicament à visée psychotrope dans l'année 2000. Ce taux classe la région au 3ème rang des consommateurs de psychotropes en France, après le Limousin et la Corse. Parmi les prescriptions, on retrouvait 18.9% d'anxiolytiques, 11.6 % d'hypnotiques, 9.3 % d'antidépresseurs et 2.5% de neuroleptiques. (25)

5- Question de recherche

Plus de 1/3 des étudiants en médecine du Languedoc Roussillon utilisent des médicaments à visée psychoactive selon une étude de 2017 réalisée à la faculté de Montpellier-Nîmes.

L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux des consommations de médicaments à visée psychoactive chez les étudiants en médecine des deux facultés Montpellier-Nîmes et Lille.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs de risque de consommation de médicaments à visée psychoactive dans notre population d'étude, de mettre en évidence les raisons pour lesquelles les étudiants consomment ces médicaments ; et enfin d'objectiver le contexte dans lequel les étudiants se procurent ces médicaments.

II. METHODES

1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive, transversale, multicentrique.

2- Ethique

L'étude a eu la validation du Comité Local d'Ethique Recherche (CLER) du CHU de Montpellier (cf. Annexe 1) ainsi que celle de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dans le cadre de la législation MR3 - *Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement*. (cf. Annexe 2)

3- Population

Un questionnaire anonyme (cf. Annexe 3) a été envoyé par mail aux étudiants en médecine de la faculté de Lille 2 dans le Nord (59), et de l'UM1 (université Montpellier 1) dans l'Hérault et le Gard (34, 30). Les étudiants contactés étaient les internes en troisième cycle tous semestres et spécialités confondus et les externes en deuxième cycle (DFGSM 2 et 3 et DFASM 1, 2 et 3).
Les critères d'inclusion étaient :

- Etre inscrit à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes ou de Lille
- Etre externe en DFGSM 2 et 3 ou DFASM 1, 2 et 3 ou être interne
- Répondre au questionnaire en totalité

Les critères de non-inclusion étaient :

- Etre inscrit en PACES
- Refuser de participer à l'étude

Le recueil a eu lieu du 04/06/2018 au 03/07/2018. Le questionnaire a été transmis par mail via la scolarité de la faculté de médecine de Montpellier et de Nîmes, et via celle de Lille.

4- Questionnaire

Il s'agissait d'un auto-questionnaire réalisé sur Google Docs (cf. Annexe 3). Celui-ci comprenait :

- Des données **socio-démographiques** : sexe, faculté d'origine, statut (interne/externe), niveau d'étude ou spécialité choisie, âge, mode de vie, répartition du temps de travail
- Des données sur **la consommation des médicaments psychotropes** (fréquence, indication de la prise médicamenteuse). Les questions portaient sur la prise d'antalgiques de palier II et II, de traitements de substitution aux opiacés, de benzodiazépines et d'apparentés benzodiazépines (Zolpidem, Zopiclone), d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, de corticoïdes, de kétamine, de neuroleptiques, de dérivés amphétaminiques, de béta bloquant, de pseudo-éphédrine, et sur la prise d'antihistaminiques.
- Des **questionnaires sur le repérage d'un usage problématique de médicaments, avec ou sans dépendance** :
  - Le questionnaire POMI – *Prescription Opioid Misuse Index* (dépendance aux opiacés)(26)
  - Le questionnaire ECAB – *Echelle Cognitive d'Attachement aux Benzodiazépines* (dépendance aux benzodiazépines). Le questionnaire ECAB est constitué de 10 items cotés 1 ou 0. Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items. Un score ≥ 6 permet de différencier les patients dépendants des patients non dépendants avec une sensibilité de 94 % et une spécificité de 81 %.(27)
  - Le questionnaire DAST 10 – *Drug Abuse Screening Test*- (dépendance médicamenteuse de manière générale)(28)
- Des données sur **le mode de consommation** (évolution, argent dépensé, effets secondaires, contexte de prise)
- Des données **sur la santé des étudiants** : Auto Evaluation (via l'échelle HAD).

L'échelle HAD a été mise au point au Royaume-Uni. Elle apporte à des médecins non psychiatres une aide au dépistage de l'anxiété et de la dépression et une évaluation de leur sévérité en éliminant les symptômes somatiques qui faussent le diagnostic. C'est un autoquestionnaire facile et rapide de 14 questions notées de 0 à 3. L'échelle délivre 2 mesures notées sur 21 : un indice de dépression et un indice d'anxiété. Selon Barczack , pour une note

seuil de 8 concernant l'anxiété, la sensibilité est de 82 % et la spécificité de 94 %. L'échelle a été validée pour les patients francophones (27).

5- Analyse des données

L'analyse statistique a été effectuée en collaboration avec le Département d'Information Médicale (DIM) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier à l'aide du logiciel SAS, version 9.

Une description globale de l'ensemble de l'échantillon a été réalisée en donnant les fréquences et pourcentages des différentes catégories pour les variables qualitatives.

Les distributions des variables quantitatives n'étant pas toujours gaussiennes, la description de ces variables a été faite à l'aide de la moyenne et de la déviation standard mais aussi de la médiane, des valeurs minimales et maximales et des interquartiles (75ème et 25ème centiles).
La comparaison entre les groupes a été réalisée à l'aide des tests de comparaison de moyennes (Student ou Wilcoxon en fonction de la distribution) pour les variables quantitatives et à l'aide d'un test du chi-deux pour les variables qualitatives. Lorsque les conditions de validité du chi-deux n'étaient pas respectées, celui-ci a été remplacé par le test exact de Fisher.
Le seuil de signification a été fixé à 5% pour tous les tests utilisés.

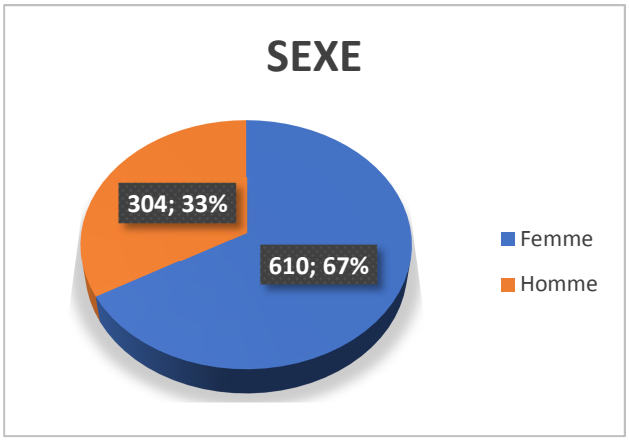
III. RESULTATS

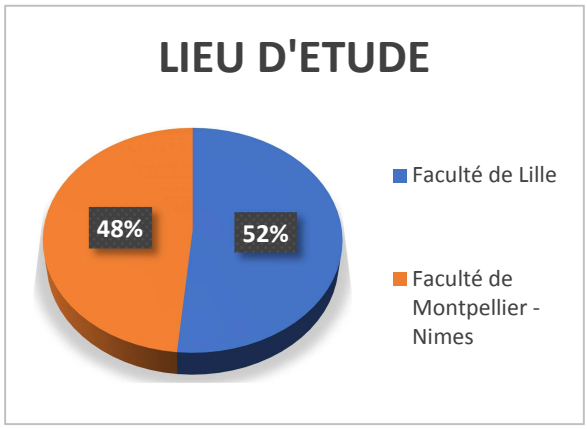
1- Analyse descriptive

a. Socio-démographique

Sexe, Lieu d'étude

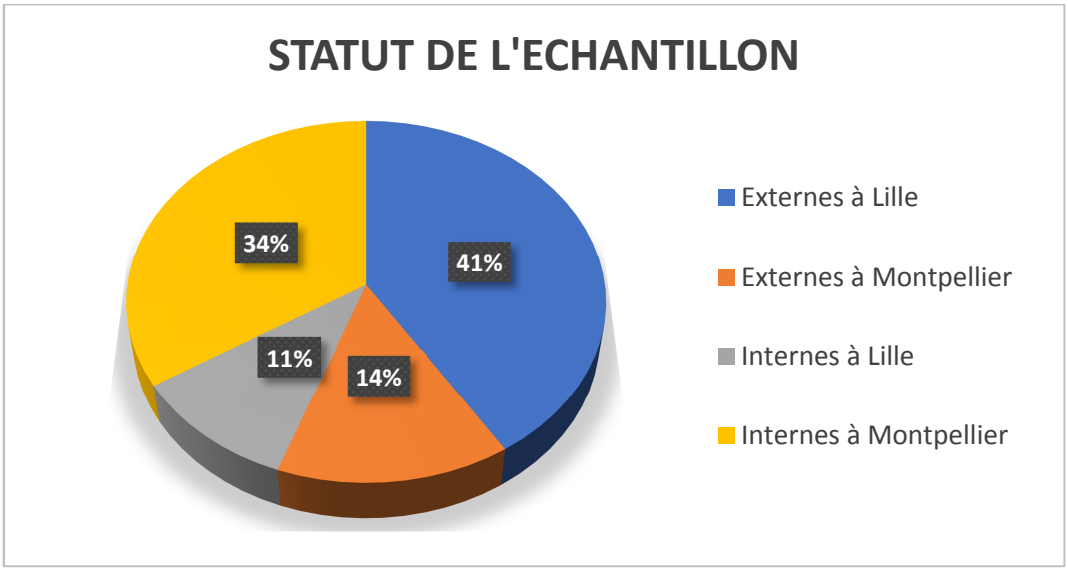
914 étudiants ont été interrogés sur la période du 04/06/18 au 04/07/18 sur un total de 7623 étudiants. Parmi eux, 471 étudiants venaient de la faculté de Lille, 443 venaient de Montpellier-Nîmes. 33% des participants étaient de sexe masculin (304) et 67% de sexe féminin (610).





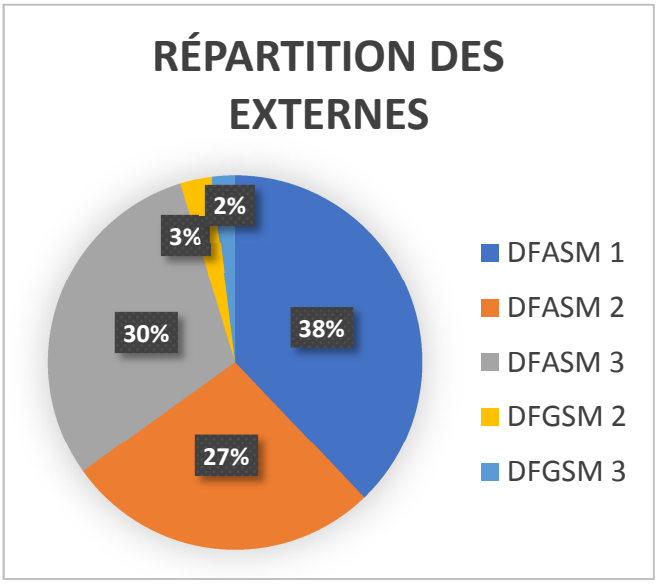
Statuts

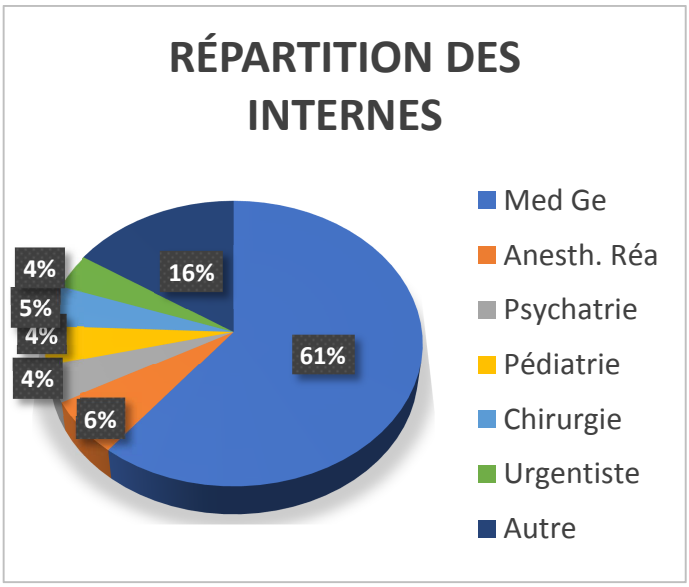
507 externes et 407 internes ont répondus. Parmi les participants, 41% (375) étaient externes à Lille, 11% (96) internes à Lille, contre 14% (132) externes à Montpellier-Nîmes et 34% (311) internes à Montpellier-Nîmes.



Chez les externes, la majorité des répondants (38%) était en DFASM 1 / Méd 4. Ensuite, l'année d'étude la plus représentée était la DFASM 3 / Méd 6 (30%), puis la DFASM 2 / Méd 5 (27%). Puis 3% des répondants étaient en DFGSM 2 / Méd 2, qui correspond à la deuxième année de l'externat et 2% (10) en DFGSM 3 / Méd 3.

Parmi les internes, 61% (247) des répondants étaient des futurs **médecins généralistes**. La spécialité ayant le plus répondu après les médecins généralistes étaient les **anesthésistes-réanimateurs**, avec 6% de participations (26 internes). Les **chirurgiens** (toute spécialité confondue) ont répondu à hauteur de 5% (19 internes). Puis on retrouve les internes en **pédiatrie** avec 4% de participants (18 internes), les internes en **psychiatrie** avec 4% également (17 internes) et les internes en **médecine d'urgence** avec 4% (16 internes). Les autres internes ayant répondu ont été classés dans « autres », cela correspond à toutes les autres spécialités médicales, et à 16% des répondants (64 internes).





Age

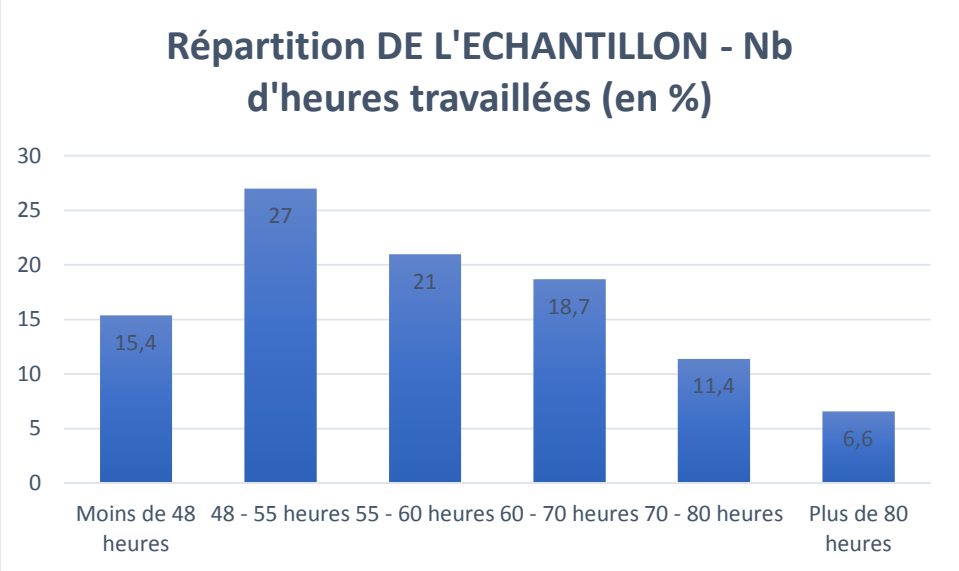
L'âge moyen des étudiants ayant répondu était de 24,94 ans (+/- 3,76), avec une médiane à 25 ans.

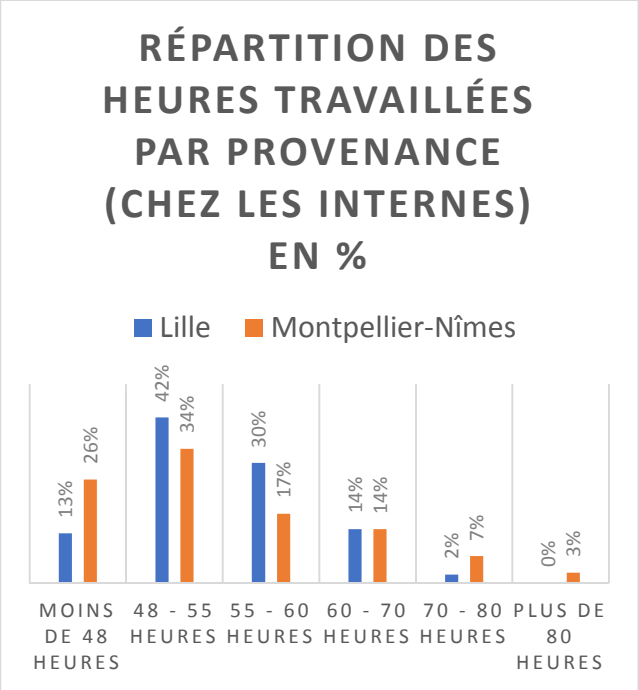
b. Mode de vie

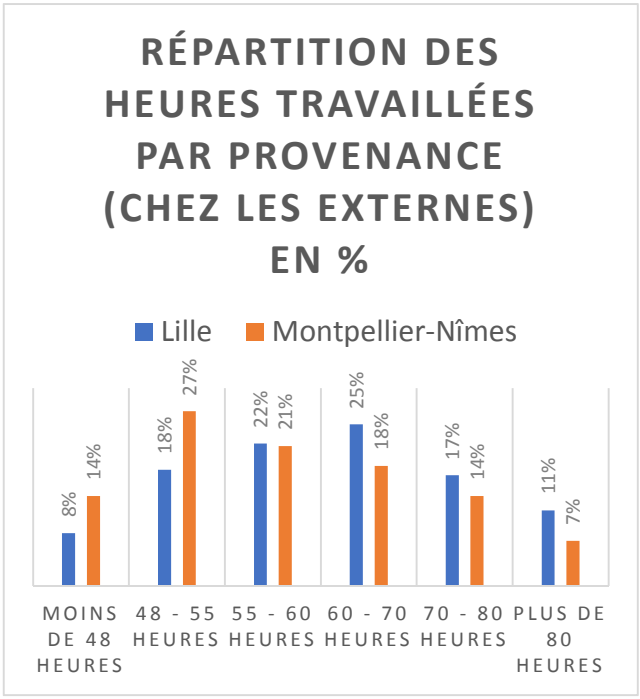
Nombre d'heures travaillées

Etaient considérés comme du temps de travail : les stages, les cours, les gardes, le travail personnel et les jobs étudiants.

- 141 (15,4%) ont déclaré travailler **moins de 48h par semaine** (Externes : 48 (9.5%) ; Internes : 93 (22.9%)).
- 246 (26.9%) ont déclaré travailler **48 à 55h par semaine** (Externes : 101 (19.9%) ; Internes : 145 (35.6%))
- 192 (21%) ont déclaré travailler **55 à 60h par semaine** (Externes : 109 (21.5%) ; Internes : 83 (20.4%))
- 171 (18.7%) ont déclaré travailler **60 à 70h par semaine** (Externes : 116 (22.9%) ; Internes : 55 (13.5 %))
- 104 (11.4%) ont déclaré travailler **70 à 80h par semaine** (Externes : 81 (16%) ; Internes : 23 (5.6%))
- 60 (6.6%) ont déclaré travailler **plus de 80h par semaine** (Externes : 52 (10.2%) ; Internes : 8 (2%))



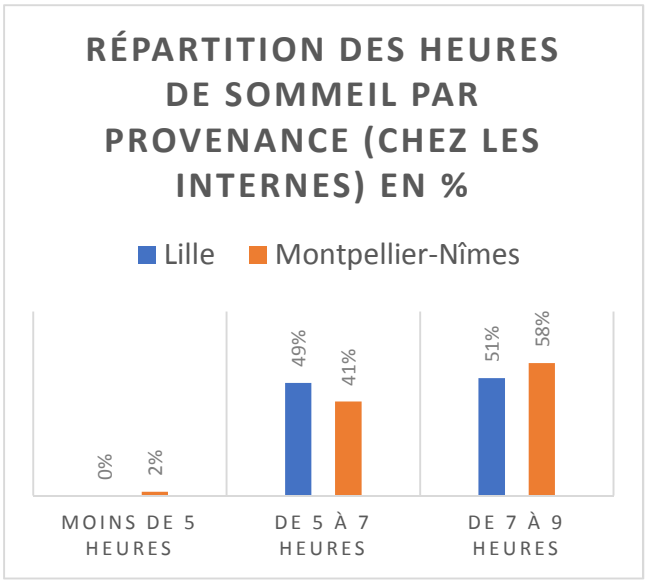


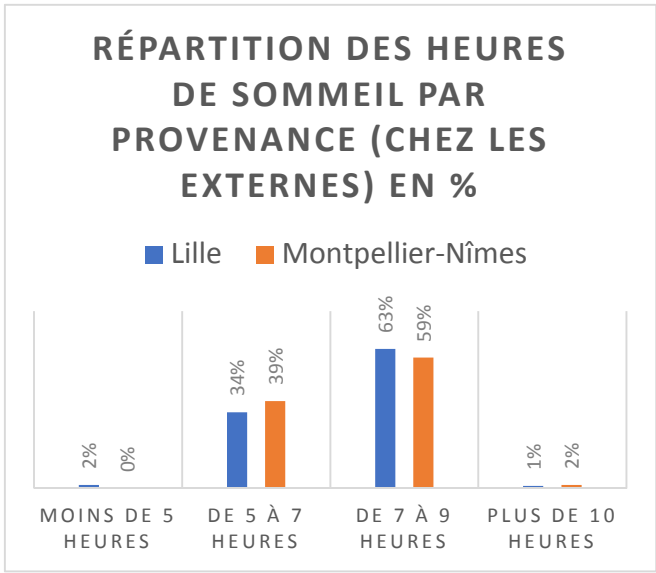


La répartition du temps de travail en fonction de la ville d'origine était semblable pour les internes et les externes ; excepté pour la tranche de 55-60heures. 17% des internes de Montpellier-Nîmes travaillaient 55 à 60heures, contre 30% à Lille.

Sommeil

Chez les externes, 62% dormaient de 7 à 9h et 2% seulement dormaient moins de 5h. Chez les internes, le temps de sommeil était similaire : 56% dormaient de 7 à 9h et 2% dormaient moins de 5h.





c. Santé mentale

Anxiété

- Autoévaluation

Les étudiants ont auto-évalués leur état d'anxiété à **5.24** [+/- 2.54] sur une échelle de 0 à 10, avec une médiane à 6/10.

- HAD

441 (48.91%) étudiants avaient un score d'HAD pour l'anxiété inférieur à 8/21. Cela signait l'absence de symptomatologie anxieuse.

198 (21.66%) étudiants avaient un score d'HAD pour l'anxiété compris entre 8 et 10/21. Ce score signait une symptomatologie anxieuse douteuse.

269 (29.43%) étudiants avaient un score d'HAD pour l'anxiété supérieur à 10/21. 29.43% des étudiants présentaient une symptomatologie anxieuse avérée.

Dépression

- Autoévaluation

Les étudiants ont auto-évalués leur état de dépression à 3.21 [+/-2.67] sur une échelle de 0 à 10, avec une médiane à 5/10

- HAD

760 (83.15%) étudiants avaient un score d'HAD pour la dépression inférieur à 8. Cela signait l'absence de symptomatologie dépressive.

101 (11.05%) étudiants avaient un score d'HAD pour la dépression compris entre 8 et 10/21. Ce score signait une symptomatologie dépressive douteuse.

53 (5.80%) étudiants avaient un score d'HAD pour la dépression supérieur à 10, ce qui signe une symptomatologie dépressive.

d. Consommation de médicaments à visée psychotropes

Afin de définir un étudiant comme consommateur de médicament à visée psychotrope, il fallait consommer au moins un des traitements ci-dessous, à une fréquence particulière (différente selon le type de médicament).

Définition des consommateurs :

- **Pour les antalgiques de palier II et III,** les étudiants ayant répondu « usage régulier (+ de 3x par mois) », « usage fréquent (+ de 3x par semaine) » et « usage quotidien » ont été pris en compte.
N'ont pas été pris en compte les utilisateurs ponctuels et occasionnels, pouvant induire des biais.

- **Pour les traitements de substitution aux opiacés**, tous les usages ont été pris en compte.

- **Pour les benzodiazépines :** les étudiants ayant répondu «usage ponctuel (1x/mois)», «usage régulier (+ de 3x par mois)», «usage fréquent (+ de 3x par semaine)» et «usage quotidien» ont été pris en compte.

- **Pour les apparentés benzodiazépines** : les étudiants ayant répondu «usage ponctuel», «usage régulier (+ de 3x par mois)», «usage fréquent (+ de 3x par semaine)» et «usage quotidien» ont été pris en compte.

- **Pour les anxiolytiques (hors benzodiazépines) :** tous les usages ont été pris en compte.

- **Pour les antidépresseurs :** tous les usages ont été pris en compte.

- **Pour les corticoïdes :** les étudiants ayant répondu «usage ponctuel» ont été pris en compte. En considérant que les usages réguliers (+ de 3x par mois) et les usages quotidiens étaient en lien avec des pathologies chroniques (asthme, psoriasis, etc..)

- **Pour la kétamine :** tous les usages ont été pris en compte.

- **Pour les neuroleptiques :** tous les usages ont été pris en compte sauf l'usage quotidien (considéré comme une prise médicamenteuse prescrite et sous entendue suivie).

- **Pour les dérivés amphétaminiques :** tous les usages ont été pris en compte sauf l'usage quotidien (considérée comme une prise médicamenteuse prescrite)

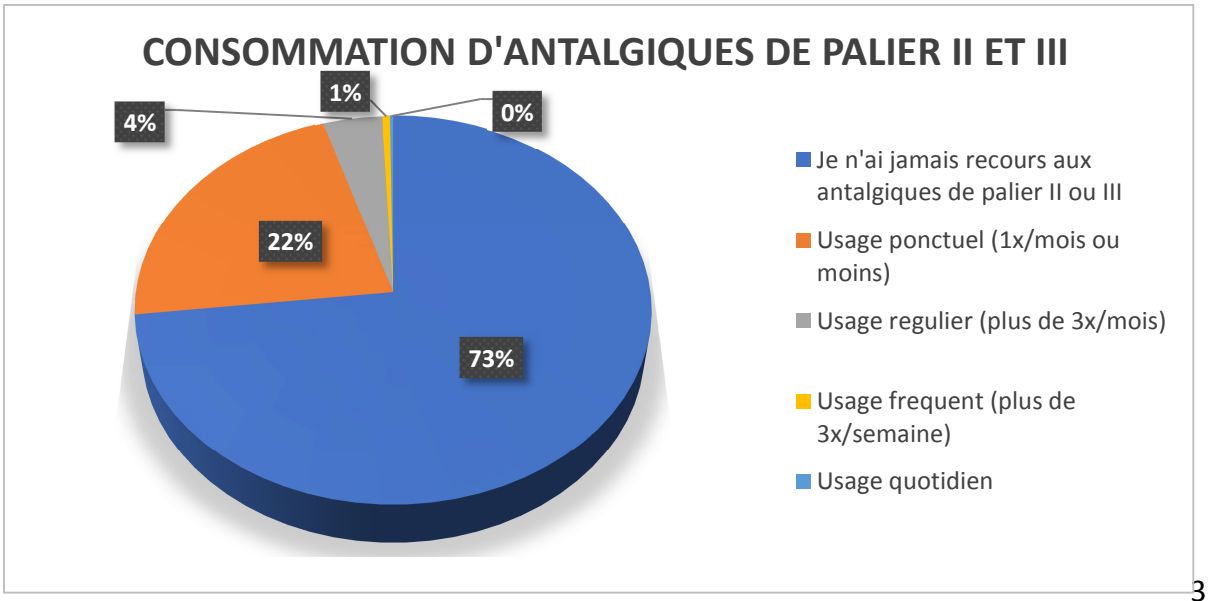
- **Pour les béta - bloquant :** tous les usages ont été pris en compte sauf l'usage quotidien (considérée comme un traitement de fond d'une pathologie cardiaque).

- **Pour la pseudo-éphédrine :** tous les usages ont été pris en compte.

- **Pour les antihistaminiques :** les étudiants ayant répondu «usage fréquent», «usage régulier» ou «usage quotidien» ont été pris en compte. On précisait ainsi les prises d'antihistaminique hors contexte allergique.

Antalgiques de palier II et III :

Les taux de consommation d'antalgiques sont représentés dans le tableau ci-dessous.
1 étudiant sur 5 a répondu avoir un usage ponctuel (1x par mois ou moins) d'antalgiques de palier II ou III. 5 étudiants (0.55%) ont répondu avoir un usage fréquent, et 2 étudiants (0.22%) consommaient quotidiennement des antalgiques de palier II ou III.



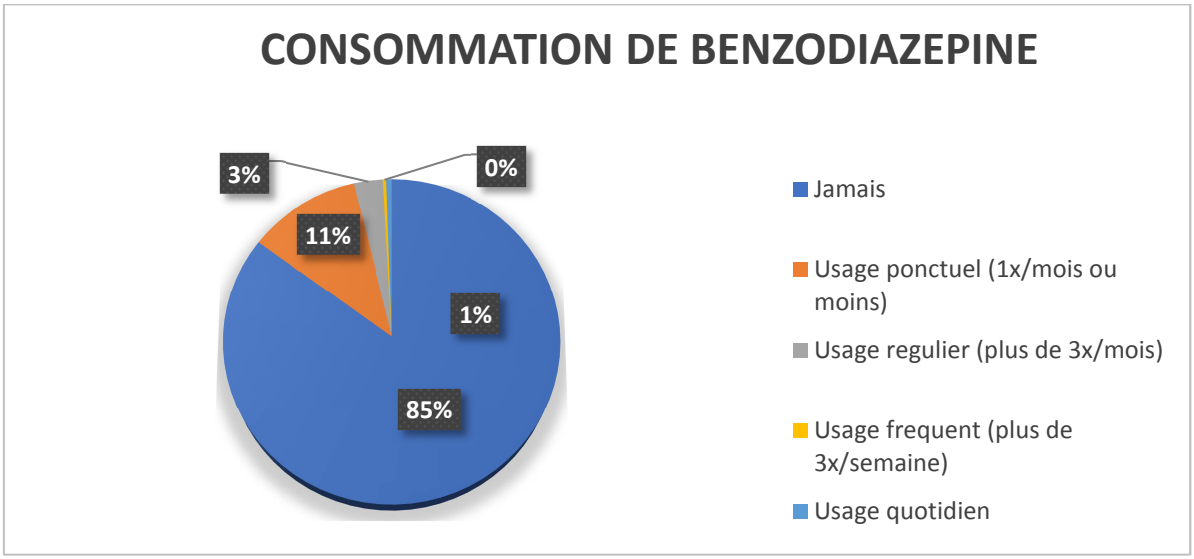
Parmi les 201 étudiants qui déclaraient avoir un usage ponctuel d'antalgiques de palier II ou III : seuls 1% ont répondu s'auto-médiquer et ne pas avoir d'ordonnance, tandis que 77% respectaient la posologie prescrite sur l'ordonnance.

A propos du **motif de prise**, parmi les étudiants qui déclaraient avoir un usage ponctuel d'antalgiques de palier II ou III :
-96% (193) déclaraient prendre le traitement pour l'indication habituelle, c'est-à-dire pour la prise en charge de douleurs modérées à sévères.
-4% (8) déclaraient prendre le traitement pour d'autres motifs : pour les lendemains de soirée, pour les insomnies, à visée récréative.

Les étudiants qui déclaraient utiliser ce traitement plus de 3 fois par mois ont répondu au **questionnaire POMI** (*Prescription Opioid Misuse Index)* à propos de la dépendance aux opiacés. Seize étudiants, soit 1.75% de notre échantillon total, avaient un score compris entre 2 et 6 sur 6, qui signait une dépendance aux opiacés selon le questionnaire POMI.

Benzodiazépines :

Les consommations de benzodiazépines sont représentées dans le graphique ci-dessous.
Quatre-vingt-cinq pourcents des étudiants ont répondu qu'ils ne consommaient jamais de benzodiazépines, alors que **15%** déclaraient en consommer 1x par mois ou plus : 11.2% (102) des étudiants ont répondu avoir un usage ponctuel (1x/mois), 2.8% (26) des étudiants ont répondu avoir un usage régulier (+ de 3x/mois), 0.3% (3) des étudiants ont répondu avoir un usage fréquent (+ de 3x/semaine) et 0.6% (5) des étudiants ont répondu avoir un usage quotidien de benzodiazépines.



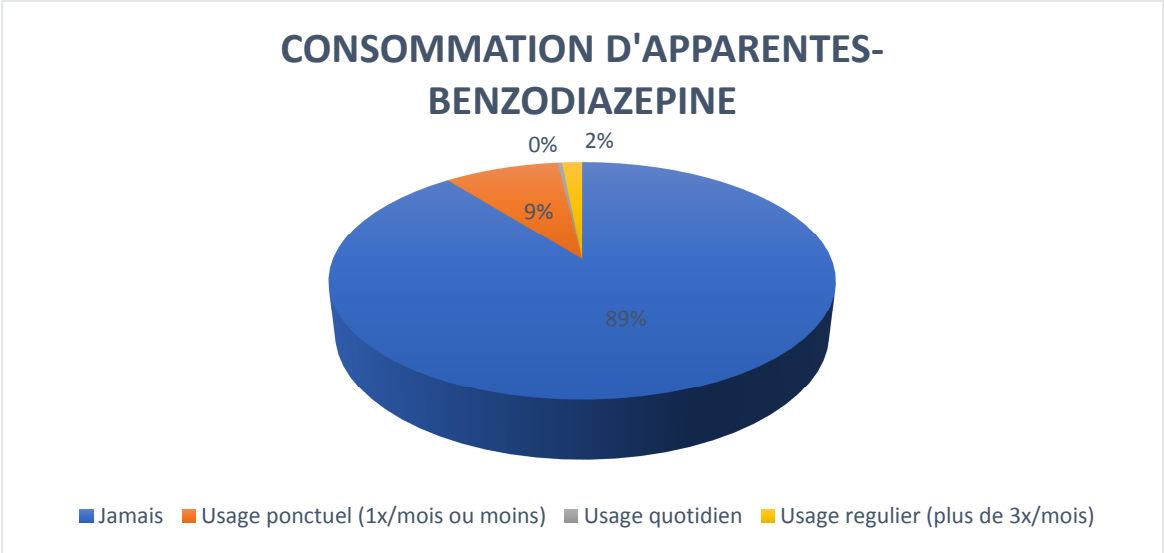
Les étudiants qui déclaraient consommer des benzodiazépines de manière quotidienne (5), fréquente (3) ou régulière (26) ont répondu au questionnaire ECAB qui évalue la dépendance aux benzodiazépines.

Sur les 34 répondants, 29 n'étaient pas dépendant (score < 6/10), 5 étaient dépendant aux benzodiazépines (score ≥6), ce qui correspondait à 0.54% de l'effectif total.

Apparentés benzodiazépines :

Les consommations d'apparentés-benzodiazépines sont représentées dans le graphique ci-dessous.

89.4% (817) des étudiants ont répondu qu'ils ne consommaient jamais de médicaments apparentés- benzodiazépines, et 11% ont donc déclaré en consommer 1x par mois ou plus.



Parmi les 17 étudiants qui déclaraient consommer des benzodiazépines de manière quotidienne (3) ou régulière (14), 16 d'entre eux affirmaient les prendre pour l'indication habituelle, 1 seul étudiant a répondu prendre le traitement pour un épisode dépressif caractérisé.

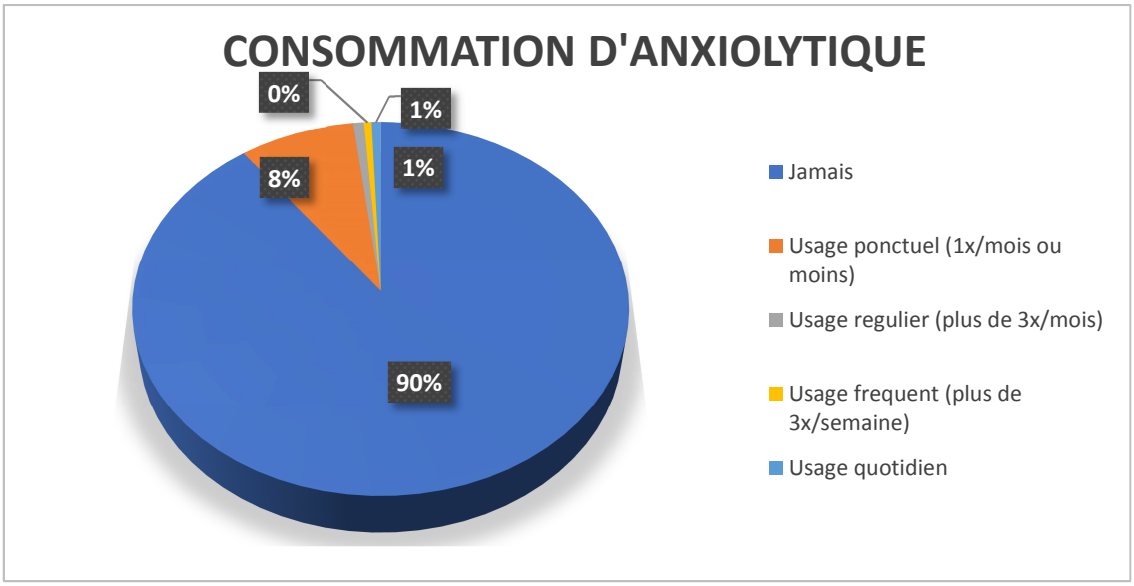
11 étudiants parmi les 17 consommateurs régulier et quotidien respectaient la posologie prescrite sur l'ordonnance.

6 parmi eux prenaient le traitement à une posologie inférieure à celle sur l'ordonnance.

Anxiolytiques (hors benzodiazépines) :

Les consommations d'anxiolytique sont représentées dans le graphique ci-dessous.

89.8% (821) des étudiants ont répondu qu'ils ne consommaient jamais de traitement anxiolytique (hors benzodiazépines), et 8% en consommaient ponctuellement.



Parmi les 93 étudiants qui déclaraient consommer des anxiolytiques (toutes fréquences comprises), les traitements utilisés étaient :

- Pour 42 personnes de l'ATARAX (Hydroxyzine)
- Pour 8 personnes du STRESAM (Etifoxine)
- Pour 3 personnes du DONORMYL (Doxylamine)
- Pour 2 personnes, du BUSPAR (Buspirone)
- Pour 2 personnes de l'Euphytose

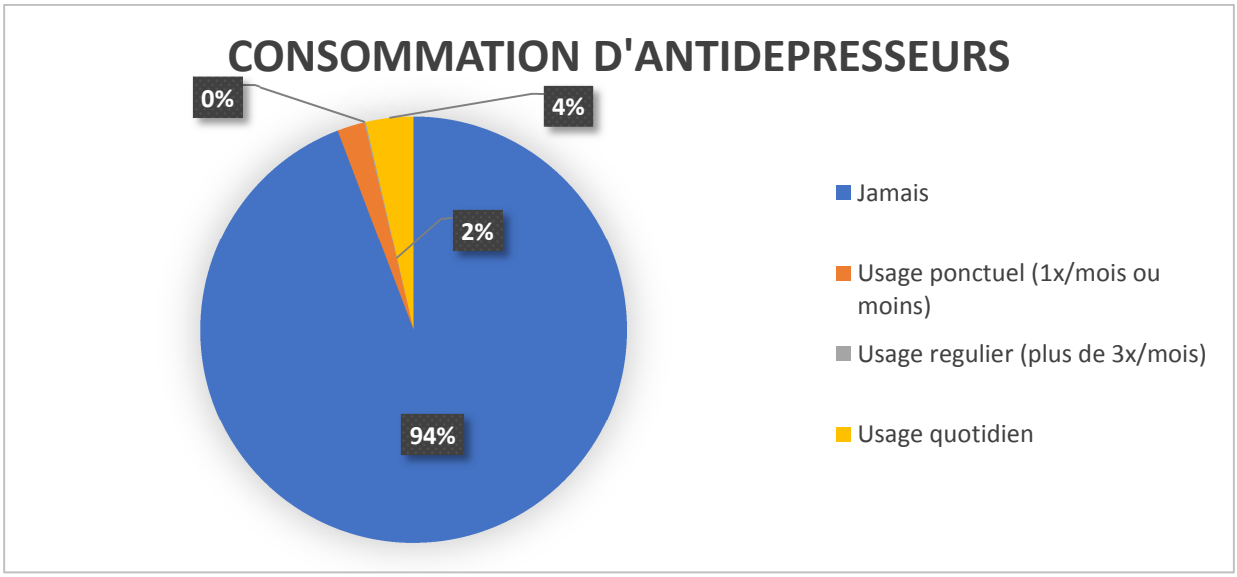
- Pour 3 personnes de l'homéopathie, de la phytothérapie, de la valériane.

77 étudiants ont répondu consommer des anxiolytiques pour l'indication habituelle, à savoir le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes. Pour la majorité des autres étudiants, l'objectif était de lutter contre des insomnies (11), d'autres ponctuellement avant les examens, ou pour des lombalgies.

La moitié des étudiants respectaient la posologie prescrite sur l'ordonnance, tandis que 36% prenaient le traitement à une posologie inférieure à celle prescrite. Seulement 5 étudiants s'auto-médiquaient.

Antidépresseurs :

Les consommations d'antidépresseur sont représentées dans le graphique ci-dessous.
3.61% (33) des étudiants ont répondu avoir un **usage quotidien** de traitement antidépresseur, alors que 94% des étudiants n'en avaient jamais consommé.



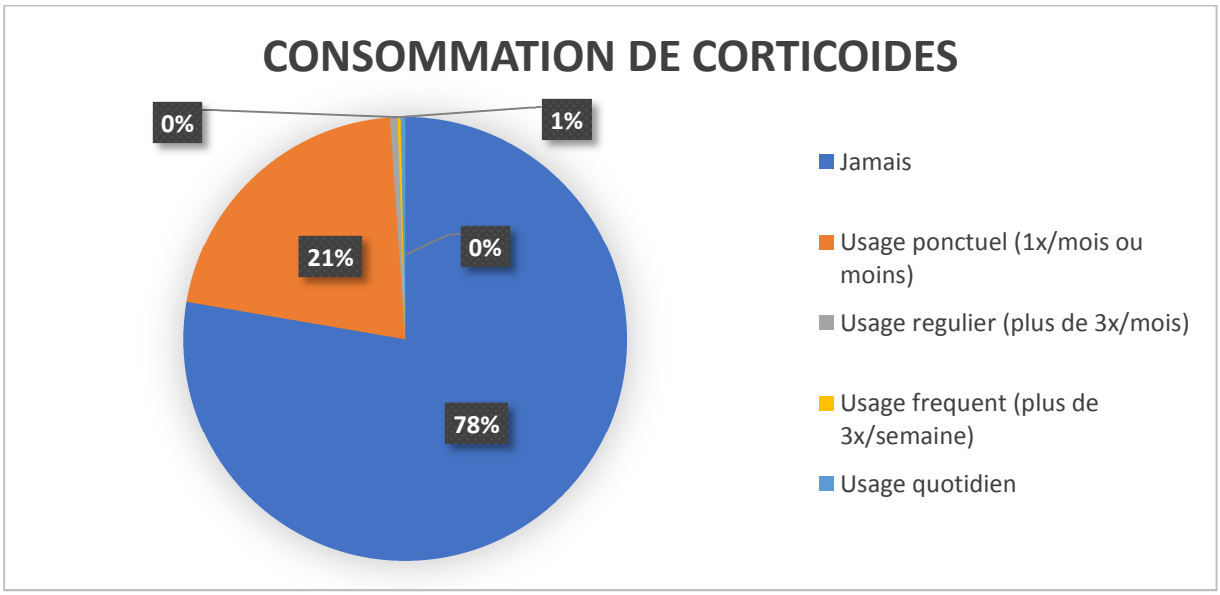
Parmi les 34 étudiants qui déclaraient avoir recours aux antidépresseurs de manière quotidienne (33) ou régulière (1), 25 s'en servaient pour un épisode dépressif majeur, les autres déclaraient prendre des antidépresseurs pour de l'anxiété (6), pour un burn-out (1), pour un trouble du comportement alimentaire avec boulimie (1), pour un syndrome de stress post-traumatique et trouble panique (1).

Les posologies de l'ordonnance étaient respectées dans la majorité des cas (91.2%, soit 31 étudiants), 2 (5.9%) étudiants prenaient le traitement à une posologie inférieure à celle prescrite sur l'ordonnance, et 1 étudiant prenait le traitement à une posologie supérieure à celle prescrite sur l'ordonnance.

Corticoïdes :

Les consommations de corticoïdes sont représentées dans le graphique ci-dessous.

Seulement 78% (710) des étudiants ont répondu qu'ils ne consommaient jamais de corticoïdes. 21.23% (194) des étudiants ont répondu avoir un usage ponctuel (1x/mois ou moins) de corticoïdes, 0.55% (5) avaient un usage régulier (+ de 3x/mois), 0.22% (2) des étudiants ont répondu avoir un usage fréquent (+ de 3x/semaine) et 0.33% (3) des étudiants ont répondu avoir un usage quotidien de corticoïdes.



Parmi les personnes qui répondaient usage « régulier » (5), « fréquent » (2) et « quotidien » (3), 100% l'utilisaient pour un motif conforme à l'AMM (asthme, psoriasis, etc.)

8 étudiants respectaient la posologie inscrite sur l'ordonnance, un étudiant prenait le traitement à une posologie inférieure à celle notée sur l'ordonnance, et un étudiant le prenait à une posologie supérieure à celle notée sur l'ordonnance.

Kétamine :

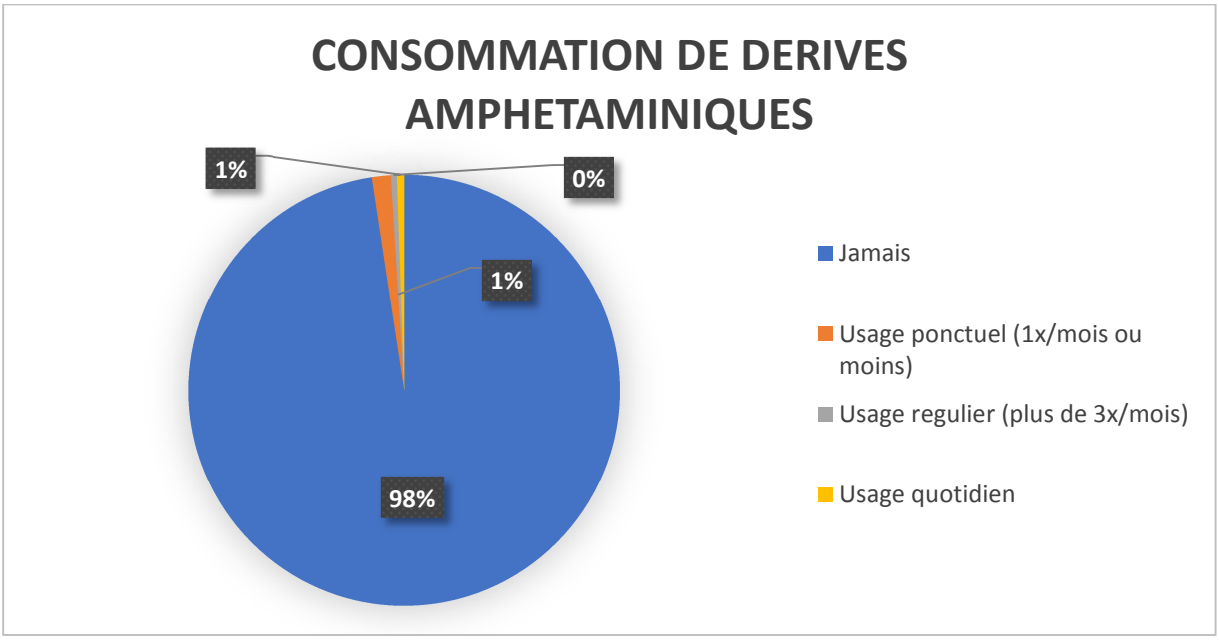
1.2% (11) des étudiants ont répondu consommer de la kétamine ponctuellement (1x/mois ou moins).
Le reste des étudiants (98.80%, soit 903 étudiants) ont répondu ne jamais consommer de kétamine.
100% des étudiants qui déclaraient prendre ponctuellement de la kétamine ont répondu la consommer à visée festive.
A propos des posologies prises par les étudiants, 10% ont répondus prendre une posologie aléatoire, 10% à 0.2g, 10% ont déclaré déformer le produit, 10% déclaraient ne pas avoir d'ordonnance et 10% déclaraient prendre la kétamine à « dose récréative »
En ce qui concerne le moyen de procuration du traitement, 30 % ont répondu en récupérer via un dealer, 20% via des amis, 10% en festival, 20% via le marché parallèle, et 20% par d' « autres moyens ».

Neuroleptiques :

99.23% (907) des étudiants déclaraient ne pas consommer de neuroleptique, 5 étudiants en prenaient ponctuellement, alors que 2 étudiants en prenaient quotidiennement.
Les étudiants qui consommaient des neuroleptiques respectaient l'indication stipulée dans l'AMM dans 100% des cas, ainsi que la posologie prescrite sur l'ordonnance.

Dérivés amphétaminiques :

97.59% (892) des étudiants déclaraient ne jamais consommer de dérivés amphétaminiques. 5 étudiants en prenaient quotidiennement, et 17 en prenaient 1x/ mois ou plus.



Les motifs de prise étaient pour 44% (10) le traitement d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, pour les autres, les motifs étaient variés : hypersomnie, soirée, somnolence diurne.

Béta bloquant :

Les consommations de béta-bloquant sont représentées dans le graphique ci-dessous.

Parmi les personnes ayant répondu consommer des beta-bloquant de manière « régulière » et « fréquente », 67% pour des migraines et 33% pour l'anxiété liée aux examens et les oraux.
100% des étudiants respectaient les posologies inscrites sur l'ordonnance.

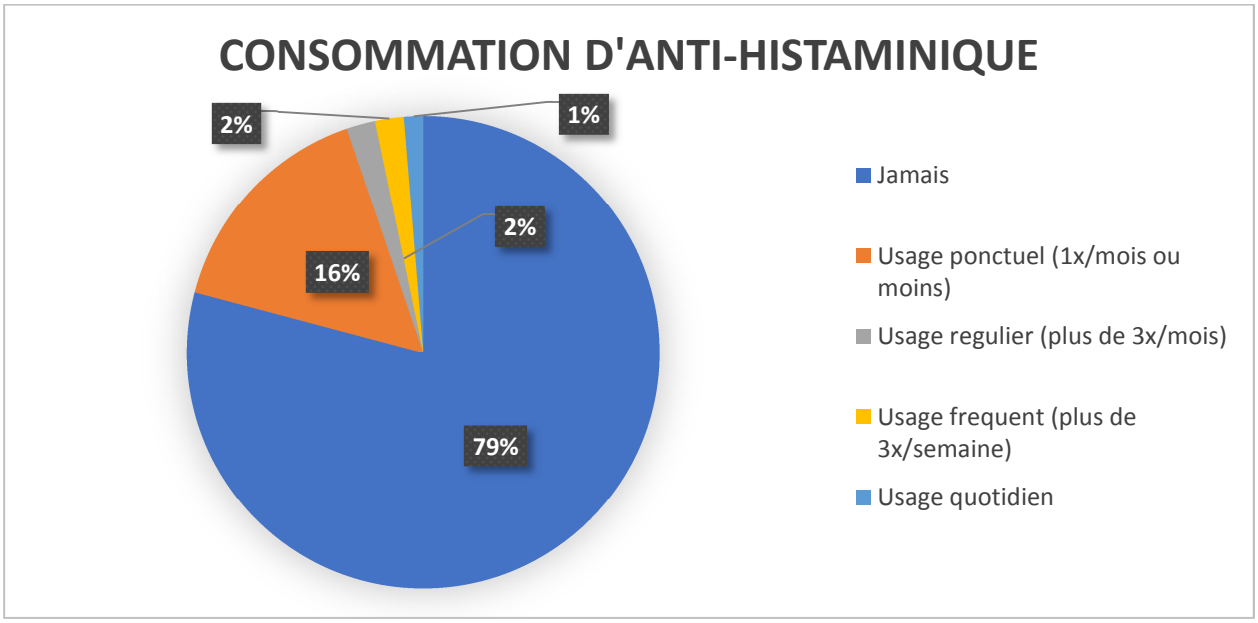
Pseudo-éphédrine :

3% (28) des étudiants déclaraient consommer de manière ponctuelle (1x/mois ou moins) la pseudo-éphédrine et 97% n'en avaient jamais consommé.

Anti-histaminiques :

(On parle ici des anti-histaminiques à visée hypnotique (non pas anti-allergique))

Les consommations d'antihistaminique sont représentées dans le graphique ci-dessous.



L'indication stipulée dans l'AMM, à savoir traitement des manifestations mineures de l'anxiété chez l'adulte, était respectée dans 100% des prises.
56% des étudiants respectaient les posologies d'une ordonnance, tandis que 4% ne disposaient pas d'ordonnance

Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO)

Aucun des étudiants questionnés ne consomme de traitement substitutif des opiacés.

Autres

- Boissons énergétiques

Seulement, 67% des étudiants ont déclaré ne jamais consommer de boissons énergétiques, 4% en consommaient quotidiennement, 23 % en prenaient environ une fois par mois.

- Compléments alimentaires, oméga 3, vitamines

Plus de la moitié des étudiants (56%) consommaient des compléments alimentaires, parmi eux, 7% en prenaient quotidiennement.

- Protoxyde d'azote (MEOPA)

65.3% (597) des étudiants déclaraient ne jamais consommer de MEOPA. Les autres en consommaient ponctuellement pour 32% d'entre eux, et plus de 3x par mois pour 3.5% d'entre eux. 1 étudiant a déclaré avoir une consommation quotidienne de MEOPA.

- Substances non citées

A la question, « prenez-vous d'autres substances psychoactives non citées ci-dessus », 82 étudiants ont répondu «oui ». Certains étudiants ont précisé prendre d'autres médicaments : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens, Inhibiteur de la Pompe à Protons, du fer, de la mélatonine, du magnésium.

Certains étudiants utilisaient des substances plus naturelles telles que le ginseng et le ginkobiloba du Mozambique, le Guarana, le griffonia, de l'homéopathie, des huiles essentielles, la phytothérapie, des fleurs de Bach.

D'autres substances ont été rapportées par les étudiants : le cannabis (11), la cocaïne (7), la MDMA et l'ecstasy (8), des champignons hallucinogènes, du poppers.

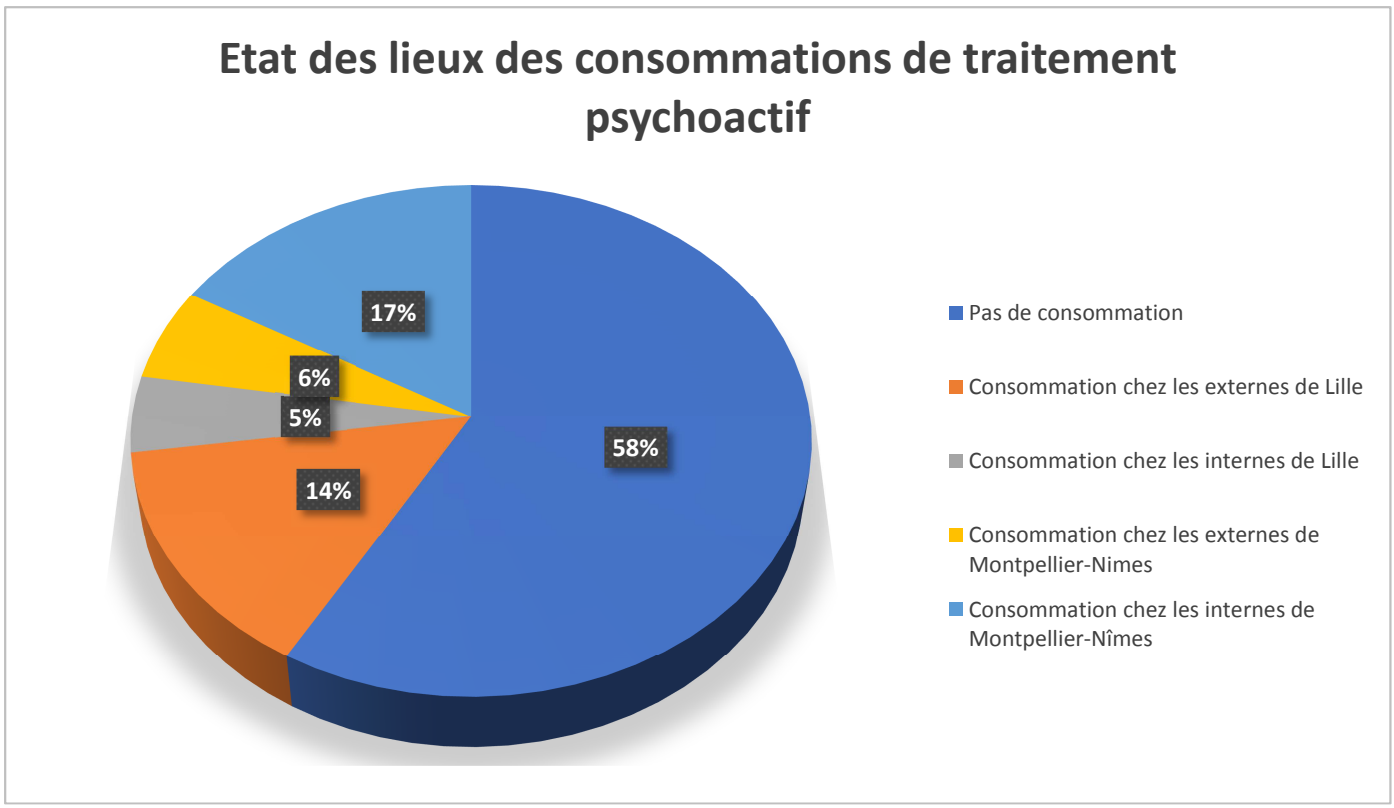
Les étudiants ont également rapporté consommer de l'alcool et du tabac

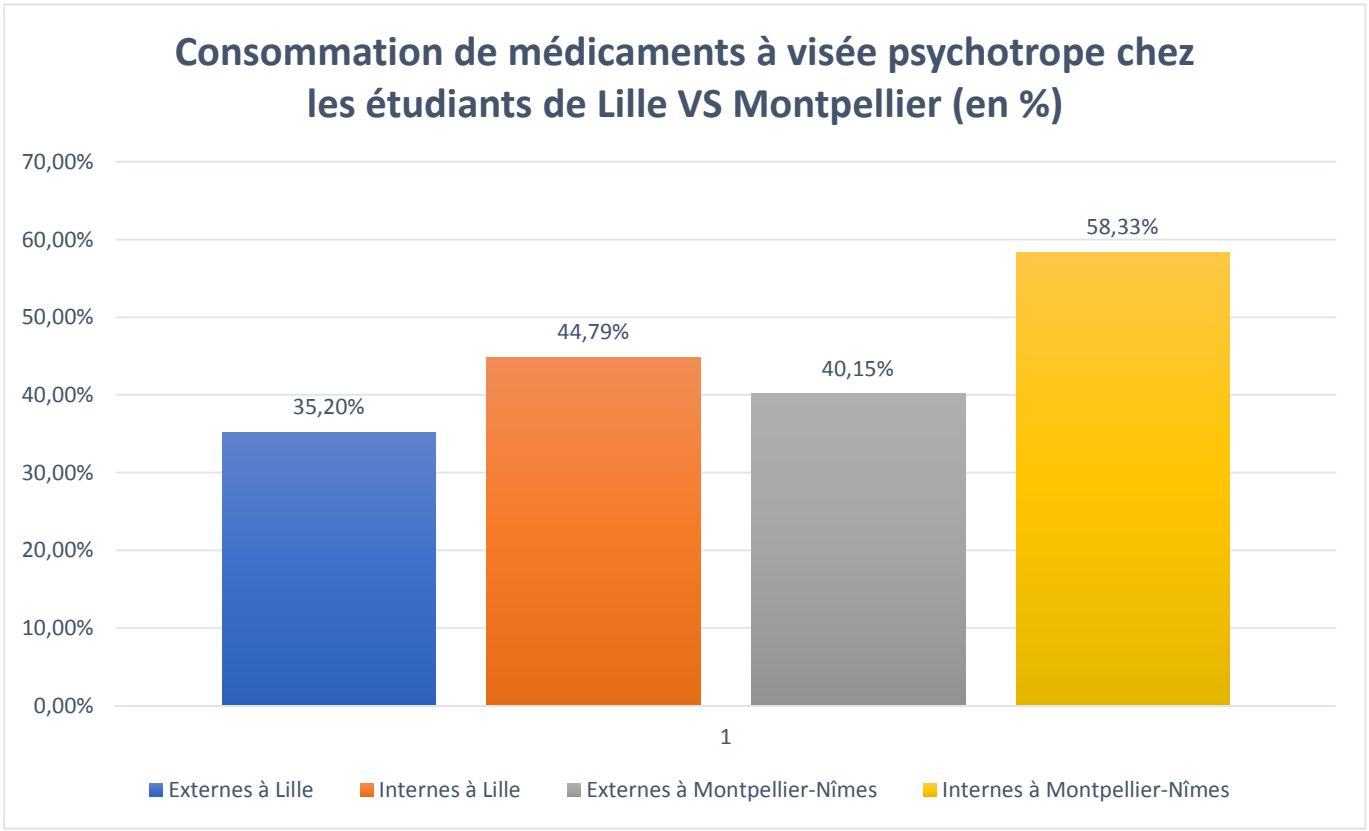
Ont été cités également des aliments tels que le chocolat, des fruits, du coca-cola.

Au total

En prenant en considération les conditions citées en début de paragraphe, 58,32% (533) des étudiants ayant participé à l'étude ne consommaient pas de traitement.

41.68% (381) des étudiants interrogés consommaient au moins un traitement à visée psychoactive. Parmi ces consommateurs, on retrouvait 132 (14%) externes à Lille, 44 (5%) internes à Lille, 53 (6%) externes à Montpellier-Nîmes et 152 (17%) internes à Montpellier-Nîmes.





A noter, au total 2% des étudiants interrogés ont déclaré consommer plus de 5 médicaments à visée psychoactive différents.

e. Mode de consommation

Evolution des consommations

20 % déclaraient que leur consommation de médicament à visée psychotrope s'était stabilisée au cours de leurs études ; alors que 17% parmi eux ont déclaré avoir majoré les posologies depuis le début de leurs études.

Contexte de prise de médicaments

Les 4 motifs de consommation principaux étaient : gérer le stress (19%), troubles du sommeil (16%), maintenir l'éveil (15.5%) et augmenter les performances (15%). Venaient ensuite les consommations à visée euphorisantes (9%), les consommations à visée énergétique en lendemain de garde (4.2%), pour l'effet hallucinogène (1.4%), et pour un état dépressif (0.88%). Les autres motifs étaient somatiques : la douleur, les allergies, l'asthme, les migraines, une poussée de maladie inflammatoire, pour récupérer à la suite d'un problème de santé aigu grave, pour des crises d'angoisses et pour le mal des transports.

Mode de procuration des médicaments

Les 3 modes de procurations principaux étaient : Vente libre en pharmacie (23%), Auto-prescription ou via un ami interne (19%) et par le médecin traitant (14%).

Ensuite les modes de procurations retrouvés étaient : au travail, au sein de la pharmacie de l'hôpital (6.56%), via un médecin dans la famille ou un proche (3.28%), via un psychiatre (3.28%), via un médecin sans réelle (2.63%).

Les autres réponses étaient en vente libre dans des commerces, via un dealer, sur internet et sur le deepweb.

Argent dépensé pour se procurer la substance

96.14% des étudiants interrogés dépensaient moins de 20€ par mois pour le traitement, 3.5% dépensaient entre 20 et 40€ par mois, 0.25% dépensaient entre 10 et 50€ par semaine. 0.12% ont déclaré dépenser plus de 50€ par semaine.

Conséquences des prises de médicaments

-Fréquence d'exercice sous l'effet de la substance :

85% (350) des internes affirmaient ne jamais exercer leur activité médicale sous l'emprise des médicaments, alors que 3% se rendaient quotidiennement en stage sous l'emprise des médicaments. 10% des internes affirmaient exercer leur activité médicale occasionnellement sous l'emprise des médicaments.

- Effets indésirables

Parmi les 467 étudiants qui estimaient prendre des traitements, 138 (29.55%) ressentaient des effets indésirables.

La moitié des étudiants se plaignaient de troubles de la vigilance (43.5%). Puis on retrouvait des troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales) (36.2%), puis des troubles de la mémoire (21.7%), et d'une modification de la libido ou de l'activité sexuelle (21%).

Les étudiants ont aussi déclaré présenter une perte d'appétit (19.6%), des rêves inhabituels (18.8%), des maux de tête (16.7%), des effets paradoxaux (12.3%), une prise de poids (9.4%) et des palpitations /tachycardie pour 6.5%.

- Usage problématique

9%(82) des étudiants interrogés estimaient que leur consommation de médicament était problématique.

Parmi les 82 étudiants qui estimaient que leur consommation de médicament était problématique, 25.6% (21) avaient un score de dépendance au DAST 10 compris entre 2 et 4, ce qui signait un **usage problématique** et 12.2% (10) avaient une **dépendance médicamenteuse.**

2- Analyse comparative

a. Univariée

Sexe & consommation de médicament à visée psychotrope

42.5% des femmes consommaient des traitements à visée psychotrope, et 40.1% des hommes interrogés en consommaient. (p= 0.5014).

Ville & consommation de médicament à visée psychotrope

37.15% des étudiants lillois ont répondus consommer des traitements à visée psychoactive, et 46.50% des étudiants de Montpellier-Nîmes. (p=0.004).

Être étudiant à la faculté de Montpellier-Nîmes est un facteur de risque **(OR=1.470 , IC[1.129-1.915] ; p=0.004).**

Niveau étude & consommation de médicament à visée psychotrope

36.49% des externes interrogés consommaient des traitements à visée psychoactives, contre 48.16% des internes. Cette différence était significative (p=0.0004)

Etre interne est un facteur de risque comparativement au statut d'externe **(OR=1.617, IC[1.240-2.108] ; p=0.0004).**

Spécialité & consommation de médicament à visée psychotrope

En regroupant par spécialités « Médecine Générale » et « Chirurgie » ou « Médecine Générale » et « Spécialités de médecine », l'analyse n'était pas significative (p=0.953).

Année externat & consommation de médicament à visée psychotrope

L'analyse en fonction des différentes années d'externat n'était pas significative (p=0.381)

Age & consommation de médicament à visée psychotrope

48.78% des étudiants âgés de plus de 25 ans avaient recours aux médicaments à visée psychotrope, 33.41% chez les moins de 25 ans.

Avoir plus de 25 ans est un facteur de risque par rapport à ceux âgés de moins de 25 ans **(OR=1.898, IC[1.451-2.483] ; p<0.0001).**

Horaire de Travail & consommation de médicament à visée psychotrope

L'analyse ne montre pas de différence significative en fonction du temps de travail par semaine. (p=0.378)

Heures de sommeil & consommation de médicament à visée psychotrope

Aucune différence significative n'a été révélée en fonction des groupes de sommeil (p=0.365).

Anxiété et dépression & consommation de médicament à visée psychotrope

- Anxiété

Les étudiants consommant des médicaments étaient significativement plus anxieux que ceux ne consommant pas (respectivement la moyenne du score à l'échelle anxiété était de 5.80 vs 4.84) (p<0.001)

Le risque d'être consommateur augmente à chaque point pris sur l'échelle d'anxiété (HAD), et ce, de manière significative **(OR=1.164, IC [1.103-1.229] ; p<0.001)**

- Dépression

Au niveau de l'auto-évaluation de la dépression, les étudiants consommant des médicaments étaient significativement plus déprimés que ceux ne consommant pas (respectivement la moyenne du score à l'échelle de dépression était de 3.73 vs 2.84)

Le risque d'être consommateur augmente à chaque point pris sur l'échelle de dépression (HAD), et ce, de manière significative **(OR=1.133, IC [1.078-1.192] ; p<0.001)**

b. Multivariée

Après analyse multivariée, les facteurs de risque significatifs en ce qui concerne la consommation de médicaments à visée psycho-active sont : **l'âge** (OR=2.00, IC [1.466-1.192] ; p<0.001), **le score sur l'échelle d'anxiété et de dépression** (OR=1.138 pour l'anxiété, IC [1.059-1.222] ; p=0.0004) (OR=1.086 pour la dépression ; IC[1.015-1.161] ;p=0.01).

IV-DISCUSSION

1- Principaux résultats

Parmi les 914 participants à l'enquête, 67% étaient des femmes. Cette répartition est fidèle au sex ratio des études médicales en France.
En effet actuellement en France, 63% des étudiants en médecine sont des étudiantes. L'Ordre des Médecins et la DREES estiment que plus de 50% des médecins en exercice en 2022 seront des femmes, contre 42% en 2013.

a. Consommation de médicaments à visée psychoactive

Quarante-et-un pour cent (381) des étudiants interrogés consommaient au moins un traitement à visée psychoactive.

Cette **forte consommation de traitements à visée psychotrope**, pourrait être attribuée :

- A **l'état psychique détérioré** des étudiants.

En effet, près de la moitié des répondants ont un score d'**anxiété** pathologique au test d'HAD (>8/21), parmi eux 30% ont une symptomatologie anxieuse avérée. Ces taux sont deux fois plus importants que ceux de la population générale. Selon les travaux de l'INVS en 2007, chez les 18-30 ans, 22% des hommes présentaient un trouble anxieux, et 30% des femmes. (29)

Les facteurs justifiant cet état d'anxiété sont en majeure partie les facteurs liés à la profession (anxiété de performance pendant les études, puis stress, responsabilités) (19,20).

17% des étudiants sondés avaient un score de **dépression** pathologique au test d'HAD (>8/21). Cela correspond à une prévalence 2 fois plus élevée que dans la population générale du même âge. En effet, selon le baromètre santé de l'INPES en 2010, la prévalence de dépression parmi les 20-34 ans est de 10,1% en population générale. (30)

Les conditions de travail peuvent aussi expliquer ces scores inquiétants : le temps de travail, le rythme des gardes, les déménagements successifs pour les internes, l'incertitude et l'angoisse liée au post-internat (18).

Rappelons que d'après l'article R. 6153-2-1 du Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au **temps de travail des internes**, la formation en stage incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes, ainsi que la demi-journée de formation hors stage, ne peuvent excéder 48h par semaine. Or seulement 22% des internes interrogés déclaraient travailler moins de 48h par semaine. 35% s'approchaient de la législation puisqu'ils affirmaient travailler entre 48 et 55h par semaine, mais encore 41% des internes travaillaient plus de 55h par semaine.

Les motifs de consommation principaux étaient : gérer le stress (19%), gérer les troubles du sommeil (16%), pour maintenir l'éveil (15.5%) et pour augmenter les performances (15%). Cela illustre bien le fait que les études sont le facteur motivationnel principal de ces consommations.

De plus, le **modeste suivi par la médecine du travail** au cours des études semble être un point déterminant. Intégrer un entretien d'évaluation psychologique voir psychiatrique au sein du cursus pourrait sûrement améliorer la santé psychique des étudiants. Une étude réalisée auprès des étudiants en médecine de Rouen en 2017 s'est intéressée aux besoins de suivi médical des internes. Cette étude a soulevé que 55% des internes souhaitaient une évaluation du bien-être au travail, un bilan médical régulier (38%), au rythme d'une consultation annuelle (52%), par un médecin du travail (74%), et sur le lieu de stage (42%) (31).

- A un « **dopage cognitif** ».

Les étudiants, notamment les externes, constituent un groupe particulièrement à risque de développer de telles conduites. En effet, l'essentiel de leur activité repose sur l'usage des capacités intellectuelles, avec des coûts cognitifs extrêmement fluctuants en fonction de la période considérée (examens, révisions) et de l'individu. L'anxiété de performance et le désir de s'assurer un avenir professionnel, peuvent ainsi favoriser «l'utilisation» de moyens artificiels. Les modalités de sélection exigeantes, de type concours, entraînent une mise en

compétition accrue entre pairs et peuvent encourager les conduites de dopage par un phénomène de «contagion»(32).

- A un **facteur d'exposition** important chez les étudiants en médecine et la **facilité d'accès** aux produits.

En effet au cours des stages à l'hôpital, les étudiants sont en permanence au contact des thérapeutiques. Ils ont accès également aux moyens d'auto prescription : ordonnanciers, tampons des praticiens.

- A la **connaissance des produits**

Via les cours de pharmacologie, les étudiants se forment sur les différents types de traitement médicamenteux, leur posologie, leurs mécanismes d'action, leurs indications et leurs effets secondaires. Les thérapeutiques font partie intégrante du programme des études de médecine. C'est l'essence même de notre travail.

- Le **contexte social**

Déjà Mui et son équipe, dans une enquête qualitative, en 2014, se penchent sur le rôle du contexte social dans l'initiation aux usages détournés de médicaments. À partir d'entretiens approfondis menés auprès de 120 jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans ayant fait un usage détourné de médicaments au cours des 6 derniers mois, les auteurs ont montré que l'une des raisons avancées par ces jeunes pour rendre compte de leur comportement est la banalité de l'usage de psychotropes (détournés ou pas) dans leur environnement. Ils rapportent qu'à différents moments de leur vie, dans différents contextes, ils ont été en présence de proches (famille, connaissances, amis) usagers de médicaments et qu'ils ont côtoyé des médecins les prescrivant. Aux yeux de ces jeunes adultes, cette forme de familiarité avec les médicaments a joué un rôle dans leur démarche pour en consommer. (33)

- Un **usage détourné**

Les médicaments peuvent par ailleurs être détournés de leur usage médical à des visées festives. Cet usage récréatif recouvre lui aussi plusieurs dimensions : faire des expériences

sensorielles, modifier son état de conscience, « s'amuser entre amis ». À l'occasion des fêtes, les médicaments peuvent aussi être utilisés pour modérer, potentialiser ou « gérer la descente » consécutive à la consommation d'autres produits licites ou illicites(34). Toutes les classes de médicaments peuvent être consommées pour atteindre ces objectifs d'ordre récréatif. (35)

b. Facteurs de risque de consommation de traitement à visée psychoactive

L'âge supérieur à 25 ans a été mis en évidence comme facteur de risque de consommation de médicaments psychotropes.

Cela peut être expliqué par la facilité d'accès, notamment via l'auto-prescription. Les internes ayant validé le « certificat de synthèse clinique et thérapeutique » sont autorisés à prescrire. De plus l'expérience acquise avec les premiers stages facilitent la prescription. Le statut d'interne avec toutes les responsabilités qu'il représente, expose à une anxiété plus importante que celui d'externe, et donc de ce fait, à un recours aux thérapeutiques pour lutter contre ces symptômes. Et enfin, la résistance au manque de sommeil se dégrade aussi avec l'âge, ce qui peut expliquer le recours aux produits psychostimulants.

Ceci a été également mis en évidence Outre-Atlantique. En Amérique du Nord, de nombreuses enquêtes représentatives à l'échelon national des adolescents de 12-17 ans retenues dans la revue de littérature de Young et al. (Young et al. 2012) établissent une corrélation entre l'âge et l'usage détourné de médicaments, la probabilité de consommer des médicaments en dehors d'un cadre médical augmentant avec l'âge de l'adolescent. (36)

Être inscrit à la faculté de Lille a été mis en évidence en tant que facteur protecteur vis-à-vis des consommations de médicament à visée psychotrope. Cela suit la tendance globale qui a été mise en évidence dans une publication de l'OFDT parue en septembre 2018 auprès des jeunes français de 17 ans. Cette étude, réalisée auprès 40 000 jeunes, s'est intéressée aux consommations de produits psychoactifs chez les adolescents de 17 ans : alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites. Les résultats ont été classés par régions. Il en ressort que les jeunes des Hauts-de-France présentent des niveaux de consommation globalement en dessous de la moyenne nationale, et ce quel que soit le produit. Alors que, les jeunes de la région

Occitanie présentent un profil de surconsommation comparativement à celui de leurs homologues métropolitains. L'ensemble des niveaux de consommation y sont supérieurs, à l'exception notable des niveaux d'usages réguliers de boissons alcoolisées et de tabac. L'expérimentation de cannabis se situe 4 points au-dessus de la prévalence nationale.(37) Ces données concernent l'usage de produits psychoactifs, non pas de médicaments à visée psychoactive. Peu de données allant dans ce sens sont disponibles à propos des médicaments psychotropes. Chez les jeunes des Hauts-De-France, on constate tout de même une tendance régionale à l'expérimentation et à l'usage de produits psychoactifs inférieure aux moyennes nationales. Ils sont ainsi moins exposés aux produits, moins tentés au cours de leur adolescence. Un parallèle peut être envisagé à propos des médicaments à visée psychoactive. Le taux d'expérimentation de drogues illicites chez les jeunes des Hauts-De-France était 20% en dessous de la moyenne nationale. Les jeunes semblent plus protégés vis-à-vis de ces substances au cours de l'adolescence. Les produits sont manifestement peu intégrés au mode de vie de cette population. Cela laisse supposer que leur consommation au cours des études supérieures peut suivre cette tendance. Ainsi le fait d'avoir recours aux médicaments à visée psychotrope pour gérer le quotidien ou les « descentes » des drogues sera moindre.

c. Temps de sommeil

La durée d'une nuit standard pour les adultes est de 7-8 heures de sommeil (selon Colten & Altevogt, 2006)(38), et 9 heures pour les adolescents (selon Carskadon, Acebo, & Jenni, 2004) (38).

Dans notre étude, chez les externes, nécessitant 9 heures de sommeil en moyenne, 37% avaient un temps de sommeil inférieur aux recommandations puisqu'ils dormaient entre 5 et 7 heures par nuit. Par ailleurs, 62 % s'approchaient des recommandations et dormaient 7 à 9 heures par nuit. Presque la moitié des internes avaient des dettes de sommeil puisqu'ils dormaient moins de 7 heures par nuit.

Ce temps de sommeil est important à prendre en compte puisque les dettes de sommeil ont de nombreuses conséquences négatives : sur le plan neurocognitif, sur le plan psychiatrique et sur le plan métabolique (39).

Sur le plan neurocognitif, elle est responsable de somnolence diurne. (39) Selon l'étude de 2005 de l'INSV–SOFRES, 30 % des adolescents français présentaient une somnolence pathologique dans la journée liée principalement à leur courte durée de sommeil mais aussi à l'insomnie, au stress, à l'anxiété, aux éléments dépressifs et aux traitements pris pour les combattre. De plus, le sommeil est indispensable à l'apprentissage, la mémorisation et la plasticité neuronale. Sa réduction altère le processus d'acquisition des informations, et de restitution de celles-ci. En effet, la dette de sommeil engendre de la somnolence, de l'irritabilité, de la distractibilité, de l'inattention et la baisse de motivation (39).

Sur le plan psychologique, des études expérimentales montrent que la restriction aigüe de sommeil chez l'adolescent est associée à une diminution des affects positifs et à une augmentation de l'anxiété généralisée d'autant plus importantes que les sujets sont jeunes (37).

2- Critiques de l'étude

a. Les forces de l'étude

- Peu d'études ont été réalisées sur ce sujet, ce qui en fait son originalité.
- La méthodologie est simple et pourrait être appliquée à des études dans d'autres régions.
- L'intégration des externes dans le sujet de l'étude est aussi innovant, car habituellement peu impliqués dans les études sur la santé des étudiants en médecine.
- Le questionnaire, distribué via internet, présente l'avantage d'être plus facile à remplir et de ne pas influencer les réponses (contrairement à un questionnaire rempli par un examinateur).
- Les étudiants étaient enthousiastes à propos du sujet du questionnaire, intéressés et soutenants. En effet, de nombreux messages d'encouragement ont été laissé à la fin du questionnaire. Les étudiants manifestaient une satisfaction à propos du fait que l'on s'intéresse à leur condition de vie et de travail. Ils avaient une forte attente vis-à-vis des résultats puisque nombreux sont ceux qui souhaitaient être informés des résultats.
- Les effectifs étaient suffisants et bien répartis entre les régions et les statuts.

Cependant, l'étude présente des limites.

b. Les limites de l'étude

- **Population étudiée**

- Les étudiants ont répondu à un questionnaire anonyme en ligne. La volonté de participer, ou non, à l'étude était personnelle.
- On peut retrouver un biais de sélection, pouvant mener à une surestimation si seuls les étudiants se sentant concernés par les consommations de produits répondent, ou au contraire à une sous-estimation si les étudiants concernés par des consommations problématiques ou addictions sont dans l'évitement ou le déni.
- Ces données ne concernent que les étudiants en médecine de Lille et de Montpellier-Nîmes et ne peuvent être représentatives de la population des autres étudiants des facultés de médecine de France. Des études ultérieures comparatives avec d'autres villes doivent être envisagées.

- **Recueil des données**

- Il a été réalisé sur une période courte, 30 jours. De plus, le recueil a été réalisé au cours du mois de Juin, or c'est à cette période de l'année qu'ont lieu les examens de fin d'année, notamment l'ECN, générant plus de stress que le reste de l'année. Ceci a pu engendrer un biais de confusion.
- Il existe un biais de désirabilité sociale avec un risque de minimisation ou de sous déclaration lié aux représentations du sujet et au caractère stigmatisant des addictions et de la prise de traitement dans l'imaginaire collectif.
- On peut mettre en évidence un biais de mémorisation : l'étudiant très concerné par la prise de médicament à visée psychotrope se souviendra parfois plus facilement des thérapeutiques prises, comparé à un étudiant moins impliqué qui fera moins d'efforts.
- De plus, comme tout auto-questionnaire, il peut exister un biais d'évaluation lié à la subjectivité des répondants ; par exemple, concernant la dépression, un étudiant véritablement épuisé pourra refuser d'admettre sa souffrance (de façon consciente ou non) et donc minimiser ses consommations de médicaments. A l'inverse, un étudiant fatigué pourra majorer ses réponses sur ce sujet dans l'espoir d'être entendu et de faire évoluer la situation.

- **Analyse des données**

Il existe un réel biais de confusion : les consommations de médicaments à visée psychotropes sont plurifactorielles, de même pour la santé psychologique, ainsi on ne peut pas établir de lien de causalité ni incriminer les études de médecine comme seules responsables de ces états et il ne faut pas négliger l'importance de la vie personnelle des étudiants.

3- Portée des résultats

En 2017, **l'étude CAMIF** s'est intéressée à la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues et médicaments) chez les internes de la région Ile-De-France. Un auto questionnaire leur a été distribué, rempli sur la base du volontariat. 4058 internes ont répondu. L'âge moyen était de 27.7ans, il y avait 59% de femmes, 41% d'hommes. Le nombre d'heures travaillées était de + de 60h/semaine pour 22.5 % d'entre eux, de 59 à 40 h/semaine pour 40% et moins de 40h/semaine pour 37% d'entre eux. L'enquête a mis en évidence que 25% des internes parisiens avaient déjà expérimentés des anxiolytiques et 10 % d'entre eux avaient déjà expérimentés des opiacés. Les résultats sont semblables à ceux de notre enquête puisque 27% des étudiants interrogés ont déclaré consommer au minimum 1 fois par mois des anxiolytiques. Dans notre étude la consommation d'opiacés est deux fois plus importantes : celle-ci s'élevait à 20%.(40)

Une étude de l'**Inserm** parue en avril 2016 a montré qu'un tiers des 1700 étudiants en médecine interrogés, prenaient des psychostimulants. Parmi les personnes ayant déclaré en avoir consommés, 29,7% consomment des produits en vente libre (boissons énergisantes, comprimés de caféine), 6,7% sur ordonnance et 5,2%, des drogues illicites. Utilisés pour augmenter la mémoire et la concentration en vue des examens, cet usage est prédictif d'une utilisation ultérieure de psychostimulants médicalement prescrits. Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), le nombre d'utilisateurs de méthylphénidate (Ritaline) aurait augmenté de 20% entre 2008 et 2014. Pour les chercheurs Inserm, il s'agit d'un nouveau défi de santé publique à relever.(41)

En 2011, dans le cadre d'une thèse, un étudiant a réalisé une enquête auprès des facultés d'Angers et de Lyon à propos des consommations de substances psychoactives. Le recueil a été

réalisé du mois d'octobre 2010 à janvier 2011. 529 internes, toutes spécialités confondues, ont répondu au questionnaire. Dans cette étude, 50% des répondants déclaraient consommer au moins une fois par mois des hypnotiques et 52,38% des anxiolytiques. L'expérimentation de médicaments hors prescription médicale concernait 3% des internes pour les hypnotiques, 4% pour les anxiolytiques, 0,58% pour les opiacés, 0,19% pour la kétamine. Près de 15% étudiants se procuraient des substances psychoactives sur leur lieu de travail. (16)

4- Actions à mettre en place

a. Actions préventives

Intérêt d'intensifier le **suivi par le service de santé au travail**. Selon l'étude de grande envergure réalisée par l'ISNI concernant la santé mentale des étudiants en médecine, seuls 45,3% des jeunes et futurs médecins ont déjà vu un médecin du travail(15). Pourtant, il est le principal acteur de la prévention des risques psycho-sociaux aussi bien en termes de prévention primaire que de dépistage et de prise en charge d'une pathologie déjà installée. Il est important de rendre la visite d'aptitude en service de santé au travail obligatoire et systématique pour tous les jeunes médecins à chaque changement de statut (externe, interne, assistant). De plus, un suivi spécifique densifié pourrait être instauré pour le cas des femmes médecins enceintes, notamment en vue d'adapter leur poste pendant leur grossesse

Le **respect strict de la législation**, notamment de l'article R. 6153-2-1 du Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes améliorerait leurs conditions de travail.

Encourager et valoriser les activités extra-universitaires, notamment sportives, culturelles, associatives ou syndicales. Les activités physiques adaptées diminuent les taux de dépression, les sensations de stress et d'anxiété.(42) Au cours de l'exercice physique, les endorphines sont libérées. Cela permet une diminution du degré d'anxiété et une amélioration de la qualité du sommeil. Le sport pourrait ainsi être un recours non médicamenteux à des situations angoissantes du quotidien. Le sport, les activités associatives ou culturelles pourraient être valorisées en intégrant des notes relatives à ces activités dans le cursus universitaire.

Le tutorat ou le parrainage par un pair d'une année supérieure tout au long des études pourrait améliorer les conditions des étudiants en médecine. Le tuteur restreint la difficulté des tâches à accomplir pour le tutoré et apporte de l'aide à celui-ci. (43) Le tuteur qui a déjà vécu les difficultés du tutoré, pourrait ainsi l'aiguiller, le conseiller, lui expliquer les conduites à tenir pour réaliser certaines démarches spécifiques aux études de médecine. Le tuteur pourrait s'avérer être aussi une écoute attentive pour l'étudiant et le soutenir en cas de difficultés dans ses choix.

Sensibiliser les étudiants à propos des risques psycho-sociaux : les informer sur leur prévalence dans la population médicale, sur la reconnaissance des symptômes, sur la conduite à tenir et notamment en cas d'erreur médicale. Cela pourrait inclure des formations à l'autogestion des situations de stress.

b. Prise en charge

Assurer un dépistage et un suivi par des professionnels affiliés à la faculté (référents pédagogiques, médecine du travail, psychologues). La réforme du troisième cycle des études médicales parue le 12 avril 2017 a envisagé la mise en place de « référents pédagogiques ». Chaque étudiant aura un référent pédagogique chargé de l'accompagner personnellement. Ils devront être formés à la détection et au dépistage de la souffrance au travail des étudiants. Ils s'assureront de l'évolution des troubles en proposant un suivi rapproché, en concertation avec les responsables hospitaliers et universitaires.

Il serait bénéfique de pouvoir **accompagner** les étudiants en difficulté, notamment en ce qui concerne l'organisation de leur cursus. L'état psychique de l'étudiant pourrait être pris en compte avec possibilité d'aménagement du terrain de stage. Les plannings de garde et d'astreinte pour les professionnels en difficulté pourraient s'adapter, en lien avec les recommandations des médecins de santé au travail.

Plusieurs **dispositifs d'écoute et d'assistance** à destination des professionnels médicaux existent déjà : MOTS (Médecin Organisation Travail Santé), l'AAPML (Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux), SOS Internes dont le SOS SILR (à Montpellier), et beaucoup d'autres. Ils proposent un accompagnement personnalisé des

médecins en difficulté ou en situation d'épuisement professionnel par un médecin indépendant. Reconnue aujourd'hui par tous, la souffrance du soignant fait l'objet de plus d'attention.

5- Perspectives

Il serait intéressant de réaliser des études similaires dans d'autres régions de France pour évaluer la dimension nationale de cette problématique, observer s'il existe des disparités en fonction des différentes facultés de médecine.

D'autres recherches pourraient également être menées chez les étudiants hors études de médecine. Cela semble pertinent de savoir si les étudiants d'autres cursus, induisant des anxiétés de performance similaires, ont des habitudes de consommation semblables. Les étudiants en architecture, en sciences-politiques, à HEC, à l'ESSEC, ont également des pressions importantes concernant leur devenir et la réussite de leur cursus. Mais contrairement aux étudiants en médecine, ils n'ont pas les connaissances médicales à propos des thérapeutiques, ni un accès aussi facile aux traitements médicamenteux. Ils n'ont pas de notion des effets secondaires des traitement à visée psychotrope, et du risque de dépendance induite par ces derniers. Ces éléments entrainent-ils plus ou moins de consommation chez ce type d'étudiant ? Retrouve-t-on plus d'usages médicamenteux problématiques chez ces élèves ?

IV. BIBLIOGRAPHIE

1. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5965
2. Observatoire National du Suicide et al. - 2018 - SUICIDE Enjeux éthiques de la prévention, singular.pdf [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf
3. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. The Lancet. sept 2009;374(9693):881‑92.
4. OFDT ESCAPAD 2017 [Internet]. [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf
5. Nézet et al. - 2014 - Les consommations à l'adolescence et parmi les jeu.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: http://ofdt.fr/BDD/publications/docs/JADpartie1.pdf
6. Janssen É, Spilka S, Beck. Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents français en 2014. 2017;65:409–417.
7. Haag, Shankland, Osin. Stress perçu et santé physique des doctorants dans les universités françaises. Pratiques psychologiques. 2018;24(1):1‑20.
8. Adlaf EM, Gliksman L, Demers A, Newton-Taylor B (2001) The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. J Am Coll Health 50:67–72.
9. Verger P, Combes J-B, Kovess-Masfety V, Choquet M. Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. 2009;44:643‑50.
10. Verger P, Guagliardo V, Gilbert F, Rouillon F, Kovess-Masfety V. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. Soc Psychiat Epidemiol. 1 févr 2010;45(2):189‑99.
11. Belghith et al. - 2017 - Conditions de vie des étudiants.pdf [Internet]. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: http://www.ove-national.education.fr/medias/OVE_Infos_34_Panorama_2016.pdf
12. Beck et Richard - Analyses du Baromètre santé 2010.pdf [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Sante-consommation-soins-15-30-ans.pdf
13. Chevalier - Un renoncement aux soins toujours plus important.pdf [Internet]. [cité 8 août 2018]. Disponible sur: http://www.emevia.com/sites/default/files/files/Communiqu%C3%A9%20de%20presse_Enqu%C3%AAte%20Sant%C3%A9%202013(1).pdf
14. ONDPS - Renouvellement des effectifs médicaux 2009 [Internet]. [cité 9 août 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_tome_3_consacre_au_renouvellement_des_effectifs_medicaux.pdf

15. ISNI Enquete santé mentale 2017 [Internet]. [cité 21 juill 2018]. Disponible sur: http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf

16. Herault J. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine, enquête auprès des Facultés d'Angers et de Lyon. [Thèse de médecine]. Angers; 2012.

17. Barbarin B, Goronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. Exercer. 101e éd. 2012;72‑8.

18. Ouagazzal O, Halim Boudoukha A, Séjourné A, Denis N. Consommation de substances psychoactives chez les internes : une stratégie de régulation du stress professionnel ? Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. févr 2018 [cité 10 août 2018]; Disponible sur: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000344871830026X

19. Monrouxe LV, Bullock A, Tseng H-M, Wells SE. Association of professional identity, gender, team understanding, anxiety and workplace learning alignment with burnout in junior doctors: a longitudinal cohort study. BMJ Open. 1 déc 2017;7(12):e017942.

20. Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Pougnet L, Le Galudec M, Loddé B, et al. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. La Presse Médicale. avr 2015;44(4):e84‑91.

21. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La Presse Médicale. déc 2004;33(22):1569‑74.

22. Bissonnier C, Boetsch D, CNOM - La santé des étudiants et des jeunes médecins. [Internet]. [cité 29 août 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf

23. L'état de santé de la population en France RAPPORT 2017 [Internet]. DREES -Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques; 2017. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_7_profils_regionaux.pdf

24. ODICER - Drogues en régions – Cartographies, évolutions statistiques (OFDT) [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: https://odicer.ofdt.fr/mobile.php#ficindic

25. Lecadet J, Vidal P, Baris B, Vallier N. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. II. Données et comparaisons régionales, 2000. déc 2003;34(4).

26. Knisely JS, Wunsch MJ, Cropsey KL, Campbell ED. Prescription Opioid Misuse Index: A brief questionnaire to assess misuse. Journal of Substance Abuse Treatment. déc 2008;35(4):380‑6.

27. Barthelmé B, Poirot Y. Niveau d'anxiété et de dépendance des primoconsommants d'anxiolytiques : une étude de psychométrie. La Presse Médicale. 1 nov 2008;37(11):1555‑60.

28. Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. Br J Addict. mars 1989;84(3):301‑7.

29. C Cohidon. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités". INVS. 2007 [Internet]. [cité 25 sept 2018]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3595

30. La santé de l'homme - n° 421 - Septembre-Octobre 2012. :52.

31. Linant M. Évaluation des besoins de suivi médical des internes de médecine générale de la faculté de Rouen. Rouen; 2018.

32. Carton L, Cabé N, Ménard O, Deheul S, Caous A-S, Devos D, et al. Dopage cognitif chez les étudiants : un moyen chim(ér)ique de s'en mettre plein la tête ? Societé française de pharmacologie et de therapeutique. nov 2017;312□29.

33. Mui H.Z., Sales P., Murphy S. (2014) Everybody's doing it: Initiation to prescription drug misuse. Journal of Drug Issues, Vol. 44, n° 3, pp. 236-253.

34. Rozenbroek K., Rothstein W.G. (2011) Medical and nonmedical users of prescription drugs among college students. Journal of American College Health, Vol. 59, n° 5, pp. 358-363.

35. Quintero G. (2012) Problematizing «drugs»: A cultural assessment of recreational pharmaceutical use among young adults in the United States. Contemporary Drug Problems, Vol. 39, n° 3, pp. 493-535.

36. Milhet M. Usages détournés de médicaments psychotropes par les adolescents et jeunes adultes [Internet]. OFDT. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxmmvc.pdf

37. Spilka S, Le Nézet O et al, Les drogues à 17 ans : analyse régionale : enquête ESCAPAD 2017 [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxssy9.pdf

38. Roberts RE, Roberts CR, Duong HT. Sleepless in adolescence: Prospective data on sleep deprivation, health and functioning. Journal of Adolescence. oct 2009;32(5):1045□57.

39. Bat-Pitault F, Da Fonseca D. Réduction du temps de sommeil chez les adolescents : conséquences et prise en charge ? Archives de Pédiatrie. oct 2012;19(10):1095□9.

40. Chavagnaud I. Etude CAMIF. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine de la Région Ile de France Premiers résultats. :23.

41. Fond G. Risque accru de consommation de psychostimulants chez les étudiants. Disponible sur: https://presse.inserm.fr/risque-accru-de-consommation-de-psychostimulants-chez-les-etudiants/28562/

42. Herring MP. The Effect of Exercise Training on Anxiety Symptoms Among Patients: A Systematic Review. Archives of Internal Medicine. 22 févr 2010;170(4):321.

43. Vandomme A. Le tutorat: l'effet-tuteur. :51.

Annexe 3 : Questionnaire transmis aux étudiants

Questionnaire :

1. Sexe

2. Faculté de Lille ou Montpellier-Nimes

3. Interne / Externe
Si interne : interne en médecine ou interne en chirurgie ?
Si externe : quelle année d'externat ?

4. Age

5. Mode de vie
- Nb d'heures travaillées par semaine :
Moins de 48 h
48-55h
55-60h
60-70h
70-80h
Plus de 80h

-Type de travail :
Travail personnel
Stage à l'hôpital
Gardes
Cours
Job étudiant à coté

- Nombre d'heures de sommeil habituelles
Moins de 5h
5-7h
7-9h
Plus de 10 heures

6. Usage des médicaments :
- Antalgiques de palier II ou III
Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais
- TSO/ opiacés (hors héroine)
Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)

Usage occasionnel
Jamais

- Hypnotiques

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Anxiolytiques

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Antidépresseurs

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Corticoides

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Ketamine

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Dérivés amphétaminiques (methylfénidate ou modafinil)

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Beta bloquant

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Caféine, et dérivés type Guronsan

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Pseudoéphédrine

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Anti-histaminique

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Boissons énergétiques

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Compléments alimentaires (omega 3, vitamines ...)

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- Protoxyde d'azote /MEOPA

Usage quotidien
Usage fréquent (plus de 3x/semaine)
Usage régulier (plus de 3x/mois)
Usage occasionnel
Jamais

- autres :

SI OUI A BENZODIAZEPINE : QUESTIONNAIRE ECAB (évaluation de la dépendance aux benzodiazepines)

Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi..... OUI (1) / NON (0)
Ce médicament est pour moi comme une drogue ..... OUI (1) / NON (0)
Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament... OUI (1) / NON (0)
J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament..... OUI (1) / NON (0)
J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament..... OUI (1) / NON (0)
J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament..... OUI (1) / NON (0)
Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade..... OUI (1) / NON (0)
Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer. OUI (1) / NON (0)
Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête..... OUI (1) / NON (0)
Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin..... OUI (0) / NON (1)

SI OUI AUX OPIACES : QUESTIONNAIRE POMI (évaluation de la dépendance aux opiacés)

1. Vous arrive-t-il de prendre plus de médicaments (c'est-à-dire une dose plus importante) que ce qui vous est prescrit ?

2. Vous arrive-t-il de prendre plus souvent vos médicaments (c'est-à-dire raccourcir le temps entre deux prises) que ce qui vous est prescrit ?
3. Vous arrive-t-il de faire renouveler votre traitement contre la douleur plus tôt que prévu ?

4. Vous arrive-t-il de vous sentir bien ou euphorique après avoir pris votre médicament antalgique ?

5. Vous arrive-t-il de prendre votre médicament antalgique parce que vous êtes tracassé ou pour vous aider à faire face à des problèmes autres que la douleur ?

6. Vous est-il arrivé de consulter plusieurs médecins, y compris les services d'urgence pour obtenir vos médicaments antalgiques ?

7. Si interne : Evolution des consommations au cours de l'internat :
Majoration de la posologie/ Stabilité / Diminution des posologies
Si externe : Evolution des consommations au cours de l'externat :
Majoration des posologies / Stabilité / Diminution des posologies

8. Contexte de prise :
- augmentation des performances : concentration, mémoire
- rester éveillé plus longtemps
- stress (stage, révisions, examen, garde, présentations)
- lendemain de garde
- troubles du sommeil
- pour un effet hallucinogène
- pour l'ivresse apportée par la substance
- autres :

9. Mode de prescription
- Médecin traitant /
- Psychiatre
- Médecin dans la famille
- Autoprescription ou via un ami interne
- Prescription par un médecin (cadre professionnel, connaissance), sans réelle consultation (reprise des antécédents, examen clinique, etc ..)
- Procuration au travail, au sein de la pharmacie
- En vente libre à la pharmacie
- Autres :

10. Si interne : A quelle fréquence ont ils exercés leurs fonctions sous l'influence de substances psychoactives ? (hors boissons énergisantes, compléments alimentaires, caféine et dérivés)
- quotidiennement
- 1 à 3 fois par semaine
- 1 à 3 fois par mois
- occasionnellement

11. Dépenses en lien avec ces substances :
En moyenne pour obtenir ces médicaments ou autre, je dépense :
- Plus de 100€ par semaine
- Entre 50 et 100€ par semaine
- Entre 50 et 10€ par semaine
- Entre 20 et 40€ par mois
- Moins de 20€ par mois

12. Avez vous déjà ressentis / ressentez vous des effets secondaires liés aux médicaments utilisés ?

NON

OUI, si oui :

- prise de poids
- modification de libido ou de l'activité sexuelle
- maux de tete
- digestifs : nausées, vomissements, douleurs abdominales, constipation, diarrhée
- perte d'appétit
- troubles de la vigilance
- rêves inhabituels
- effets paradoxaux
- trouble de la mémoire
- autres :

13. Questionnaire d'évaluation de l'anxiété /dépression : Questionnaire HAD

- **AUTOEVALUATION :**

vous sentez vous anxieux ? EVA 0 à 10

vous sentez vous déprimé ? EVA 0 à 10

avez-vous déjà eu le sentiment que l'utilisation de vos médicaments était problématique ? oui/ non

ANXIETE :

1. Je me sens tendu ou énervé :

- la plupart du temps
- souvent
- de temps en temps
- jamais

2. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- oui, très nettement
- oui, mais ce n'est pas grave
- un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- pas du tout

3. Je me fais du souci :

- très souvent
- assez souvent
- occasionnellement
- très occasionnellement

4. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- oui, quoi qu'il arrive
- oui, en général
- rarement
- jamais

5. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué:
- jamais
- parfois
- assez souvent
- très souvent

6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place:
- oui, c'est tout à fait le cas
- un peu
- pas tellement
- pas du tout

7. J'éprouve des sensations soudaines de panique :
- vraiment très souvent
- assez souvent
- pas très souvent
- jamais

DEPRESSION :

1. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
- oui, tout autant
- pas autant
- un peu seulement
- presque plus

2. Je ris facilement et vois le bon côté des choses
- autant que par le passé
- plus autant qu'avant
- vraiment moins qu'avant
- plus du tout

3. Je suis de bonne humeur :
- jamais
- rarement
- assez souvent
- la plupart du temps

4. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :
- presque toujours
- très souvent
- parfois
- jamais

5. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :
- plus du tout
- je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- j'y prête autant d'attention que par le passé

6. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :
- autant qu'auparavant

- un peu moins qu'avant
- bien moins qu'avant
- presque jamais

7. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :
- souvent
- parfois
- rarement
- très rarement

14. QUESTIONNAIRE DE DEPENDANCE AUX MEDICAMENTS : DAST 10

1. Avez-vous consommé d'autres médicaments que ceux qui sont requis pour des raisons médicales ?
Oui / non

2. Abusez-vous de plus d'un médicament à la fois ? Oui /Non

3. Pouvez-vous toujours cesser de consommer quand vous le désirez ?
(Si vous n'avez jamais consommé de médicaments, répondez «Oui».) Oui /Non

4. Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance («blackouts») ou des «flashbacks» causés par une consommation de médicaments ou d'autres drogues ? Oui /Non

5. Votre consommation de médicaments ou d'autres drogues vous gene t-elle ou vous sentez-vous coupable ? (Si vous n'en avez jamais consommé, répondez «Non».) Oui /Non

6. Votre conjointe, votre conjoint, votre partenaire ou vos parents se sont-ils déjà plaints de votre consommation de médicament? Oui /Non

7. Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de médicaments ou d'autres drogues ? Oui /Non

8. Avez-vous déjà eu des activités illicites afin d'obtenir des médicaments ? Oui /Non

9. Avez---vous déjà expérimenté des symptômes de sevrage (se sentir malade) lorsque vous avez cessé de consommer des médicaments ? Oui /Non

10. Avez---vous déjà eu des problèmes médicaux causés par votre consommation de médicaments ou d'autres drogues (perte De mémoire, hépatite, convulsions, hémorragie, etc.) ? Oui /Non

VI. QUELQUES REMARQUES DES ETUDIANTS

« Bon courage pour cette thèse !
Je tiens à signaler que si j'ai répondu que j'étais stressé et anxieux, c'est en majeure partie parce que j'en suis à 2 semaines de l'ECN... »

« C'est un sujet très intéressant ! J'espère que pour une fois les étudiants du Nord ne seront pas l'exemple du fameux gradient Nord-Sud. Bon courage pour votre thèse ! »

« Très bon choix de sujet de thèse, pour une fois qu'on s'intéresse aux étudiants, merci et bon courage. »

« Je suis dans un cas un peu particulier qui a dû entrainer des réponses parfois contradictoires. Je sors d'un stage au CHU que j'ai très mal vécu entre les nombreuses heures de travail, les nuits, les week ends, l'absence de temps personnel etc, si j'avais dû remplir ce questionnaire à ce moment-là j'aurais eu tous les marqueurs de dépression et d'anxiété au taquet (bien que je n'ai pris aucun médicament pour autant, même si l'idée traverse l'esprit parfois). Je suis maintenant en stage en libéral, j'ai retrouvé un rythme de vie normal et nombre d'heures de travail normal, j'ai repris le sport et j'ai réouvert un roman pour la première fois depuis plus d'un an. Bref, je remonte la pente mais les mauvais moments sont encore proches donc j'ai parfois été tiraillée pour répondre à tes questions. Bon courage pour ton travail ! »

« Manque sûrement une partie sur la conso de produits illicites qui est un problème non négligeable pour les internes, pouvant entraîner une consommation de médicaments anxiolytiques. »

« Je trouve cette thèse intéressante quant à la surconsommation en vue de performances attendues que les étudiants en médecine ressentent. Bon courage pour la fin de l'étude. »

« Très bonne initiative ! Bon courage ! »

« Je consomme de la Modafinil que j'achète sur le Deepweb par bitcoin. Jusqu'à ce jour, entre 100 à 200 mg par jour pendant les semaines de révisions (pas lorsque je suis en stage), mais j'ai l'intention d'en prendre quotidiennement pendant ma D4. »

« Bon courage ! Et merci à toi pour les résultats qui montreront sûrement une fois de plus le mal être des étudiants en médecine (à Lille surtout peut-être) »

« Merci de se soucier de la santé des étudiants en médecine, problématique qui commence seulement à se faire connaitre ! »

« Bonjour! Je te remercie pour ce questionnaire, et de savoir que ça pourrait bouger des choses, ou du moins se sentir moins seul par les statistiques. De plus, cela motivera nos aînés à

plus se questionner, et nos médecins traitants à axer un peu plus sur le vécu des choses. Et bon courage pour ton internat/thèse! Merci à toi »

« Bon courage.
Juste une petite remarque : vous n'avez pas abordé la question de l'alcool, tabac et cannabis, ça aurait peut-être pu être intéressant de savoir si il y a un lien entre consommation de médicaments et de drogues.
Sinon questionnaire très pertinent ! »

« A noter que je suis actuellement dans un stage avec horaires et qualité de travail corrects, mais que je me suis sentie parfois beaucoup plus tendue/irritable/stressée/à cran, sans pour autant prendre de substance autres que du STRESAM et des cures de vitamines. Je m'interdis très souvent le café qui me met sur les nerfs (c'était le cas pendant l'externat) »

« Questionnaire rempli à 2 semaines de l'ecn... donc sûrement au sommet de la pression pour un externe haha ! Mais bon globalement beaucoup de stress je trouve au fil de ces études. Pas d'illusions pour l'internat. Je connais pas mal de personnes sous antidépresseurs en d4. Heureusement pas tout le monde !! Bon courage pour ta thèse !! Sujet intéressant peut être que les choses évolueront dans le bon sens ;) »

« Je suis stressée et déprimée occasionnellement par la charge de travail, le train de vie et le stress du concours mais je ne prends aucun médicament ni substance (tabac,alcool,drogues) »

« Une apparence et une attitude a priori normales peuvent parfois cacher une grande souffrance psychologique qui n'est pas extériorisée d'où le recours aux substances.
Il y a aussi une grande facilité pour se procurer certaines molécules à l'hôpital sans ordonnance (notamment beta-bloquants, anxiolytiques et antidépresseurs).
Bonne chance pour la thèse :) »

« Bonjour,
Je trouve qu'on ne se souci pas assez de la santé des étudiants en études de santé justement alors qu'à mon avis cela nécessiterait un peu plus d'attention étant donné que l'on nous demande de plus en plus de choses et de plus en plus tôt...Merci et bon courage! »

« L'utilisation des médicaments est légère à coté de mon utilisation de l'alcool. »

« Un travail de thèse qui à mon avis en dira encore plus sur la pression que les étudiants en médecine, externes ou internes, continuent d'absorber, notamment avec l'usage des médicaments que vous avez cités (pour combien de temps encore?). Cet état de santé "palliatif" peut mener à une réflexion autour de la formation que nous suivons, qui sait, avec une idée de réforme que je juge nécessaire... Bref! Merci à vous et bon courage pour la thèse! »

« hello, j'ai fait une thèse par questionnaire sur un sujet "sensible " aussi.. d'autant + que le sujet est important et qu'il FALLAIT LE FAIRE!! bien joué....si tu ne l'avais pas fait j'étais en train

de préparer l'équivalent....sujet sensible mais nécessaire, S'IL TE PLAIT transmet les résultats...(bruts! pas sous forme article!) merci beaucoup bon courage, je diffuse ;) »

« Je trouve ça très bien que quelqu'un s'y intéresse et te souhaite bon courage pour la suite »
« Malgré le stress dû à mes études, en particulier à cause de la pression que l'on subit en stages et en examens, je n'ai jamais eu recours à des anxiolytiques (excepté de l'homéopathie une fois), mais je dois admettre que pendant des fortes périodes de stress j'ai envisagé d'y avoir recours. C'est pourquoi je peux comprendre que certains étudiants en médecine finissent par en consommer. »

« Le but de ma prise d'anxiolytiques est de gérer le stress des études lorsqu'il s'acutise et la sensation de pression énorme sur mes épaules, accompagné du sentiment que "je ne vais pas y arriver, c'est comme soulever une montagne"
Quant aux boissons énergisantes et compléments alimentaires, leur but est le maintien de la forme physique nécessaire au rythme effréné des révisions »

« Je trouve le sujet très intéressant. Personnellement je soulage mes angoisses autrement qu'avec les médicaments (révisions, sport, café, amis etc). »

« -Je supporte mal le manque de respect/considération
-Je suis externe
CQFD »

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Les jeunes de 17 à 25 ans sont une population à risque de consommation de substances psychoactives et les étudiants en médecine ne sont pas épargnés par cette attitude. De par leur posture spécifique, les étudiants en médecine ont une vulnérabilité propre à la consommation problématique de SPA et un accès facilité. Ainsi l'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des consommations de médicaments à visée psychoactive chez les étudiants en médecine des deux facultés Montpellier-Nîmes et Lille. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs de risque de consommation de ces médicaments.

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, transversale et quantitative. Un questionnaire anonyme élaboré à partir de tests validés (POMI, ECAB, HAD, DAST 10) a été envoyé par mail aux étudiants en médecine (internes et externes) de l'Université de Montpellier-Nîmes et de Lille au mois de Juin 2018.

L'effectif total comprenait 914 étudiants sur 7623 au total. Le taux d'étudiants interrogés consommant au moins un médicament à visée psychoactive était de 41% ; 37.15% des étudiants lillois et 46.50% à Montpellier-Nîmes. Cette différence était significative($p=0.004$). Selon le test HAD ; un score d'anxiété pathologique était trouvé chez 51.6 % des répondants (>8/21), parmi eux 30% avaient une symptomatologie anxieuse avérée, 11% avaient des symptômes dépressifs douteux, et 5.8% avaient un syndrome dépressif avéré. Le score d'anxiété élevé sur cette même échelle était un facteur de risque de consommation de traitements psychotropes ($p<0.001$), tout comme le score de dépression élevé ($p<0.001$). Le fait d'avoir plus de 25 ans était un facteur de risque de consommation de médicaments psychotropes ($p<0.0001$).

La prévention des risques et la prise en soins de ceux-ci est donc primordiale. Il est indispensable de rétablir un équilibre dans la santé mentale des médecins de demain.

MOTS CLES : Addiction, Médicament à visée psychoactive, Etudiants en médecine, Santé mentale, usage problématique, Faculté de médecine Montpellier-Nîmes, Faculté de médecine de Lille,