



**HAL**  
open science

# **De la perception des dangers à la demande d'aide : quels facteurs influencent la demande de soins auprès des médecins généralistes chez des étudiants ayant une consommation problématique de substances ?**

Charlotte Mauroux

## **► To cite this version:**

Charlotte Mauroux. De la perception des dangers à la demande d'aide : quels facteurs influencent la demande de soins auprès des médecins généralistes chez des étudiants ayant une consommation problématique de substances ?. Médecine humaine et pathologie. 2020. <dumas-05526704>

**HAL Id: dumas-05526704**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05526704v1>**

Submitted on 25 Feb 2026

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 CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

### THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement  
le 14 décembre 2020 à Poitiers  
par **Mme Charlotte Mauroux**

De la perception des dangers à la demande d'aide : quels facteurs influencent la demande de soins auprès des médecins généralistes chez des étudiants ayant une consommation problématique de substances ?

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

**Membres** : Monsieur le Professeur François Birault  
Madame la Professeure Stéphanie Mignot  
Monsieur le Docteur Wilfried Serra

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Wilfried Serra

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié

### **Professeurs émérites**

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

À mon président de thèse, le Professeur Nematollah Jaafari,  
vous me faites le très grand honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser un stage en psychiatrie pendant mon cursus, grâce auquel j'ai pu m'intéresser à l'addictologie. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

À mon directeur de thèse, le Docteur Wilfried Serra,  
pour m'avoir proposé le sujet et pour m'avoir soutenue et encadrée lors de sa mise en œuvre. Ta disponibilité et ton expertise ont été très précieuses à chaque étape de ce travail.

À Madame la Professeure Stéphanie Mignot,  
pour avoir accepté de juger ce travail de thèse. L'expérience à tes côtés a changé ma façon d'envisager les consultations de médecine générale. Je te remercie de t'être rendue disponible pour participer à cette dernière étape de mon cursus de médecine générale.

À Monsieur le Professeur Birault,  
je te remercie de t'être intéressé à ce projet et de t'être rendu disponible pour faire partie de ce jury. Merci également pour ta grande bienveillance lors de mon stage chez toi.

À tous les étudiants de l'Université de Poitiers ayant pris le temps de répondre à notre questionnaire.

À tous mes maîtres de stage de médecine générale. Au Dr Fabry qui m'a fait découvrir sa passion pour la médecine rurale lors de mon externat, aux Dr Certin, Dr Dupuis et Dr Rucheton qui m'ont guidée lors de mes premiers pas en cabinet, aux Pr Birault, Pr Mignot et Dr Stefanini qui m'ont permis de révéler mes affinités pour certains pans de la médecine générale et enfin aux Dr D'Auzac, Dr Commeignes et Dr Herrera pour m'avoir donné la confiance nécessaire pour débiter mon activité et pour leur confiance dans mes premiers remplacements.

À ma mère, qui semble avoir pris plaisir à quitter les chemins de la phonétique pour apprendre de nouveaux codes de recherche. Ce travail n'aurait pas été le même sans toi. Je te remercie pour le temps consacré et tous tes encouragements pour cette thèse, mais également pour tout le reste.

À Laurianne, pour ta patience et ton aide durant ce travail de thèse mais surtout pour notre aventure rochelaise qui ne fait que commencer.

À Elisabeth, la correctrice officielle de la famille dans nos travaux de thèse. Merci de ta disponibilité.

À mon père, tu vois, j'ai fini par l'écrire cette thèse ! Merci à toi et à Catherine pour votre soutien tout au long de mon parcours.

À mes sœurs, Julie pour nos nombreuses conversations et ton soutien enthousiaste et Anna pour ta présence sans faille et ta confiance en moi. À mon beau-frère Damien pour ton aide répétée.

À mes neveux et nièces, Camille, Basile, Olivier et Margot, pour le plaisir que j'ai à vous voir grandir et évoluer.

À la famille Mauroux, à mes nombreuses cousines (trop nombreuses pour être citées) et mon cousin (que je ne citerai pas pour ne pas faire de jalouses), avec qui nous avons pu développer une relation en dehors des fêtes de famille. L'humour familial me garantit toujours de bons moments à vos côtés !

À mes amis de Limoges, Margot depuis le lycée puis Hélène, Aénora, Alice, Clémence, Fanny, Milena, Naomie et Paul qui nous ont accueillies dans leur groupe, ces étés mémorables ont rythmé mes études, heureusement les rencontres annuelles festives continuent !

À mes amis des bancs de la fac, Agathe, Chloé, Lisa, Lucie, Marine, Thibaut et Hélène (de nouveau) toutes ces aventures, des soirées étudiantes aux colocs et aux voyages, nous sommes un peu éclatés géographiquement mais je suis heureuse de continuer le chemin à vos côtés.

À la Corpo Médecine-Pharmacie de Limoges pour toutes les expériences étudiantes, la découverte de l'engagement associatif et surtout pour m'avoir permis de rencontrer Catha même si tu m'as effrayée au début et Claire, Marie-Albine et Mathilde, pour tous nos souvenirs et notre amitié, notre quatuor n'a pas fini de partir en vacances ensemble !

À la fanfare des étudiants en Médecine-Pharmacie de Limoges, pour toutes les personnes rencontrées, pour les bons moments partagés et pour m'avoir fait découvrir un univers qui m'était inconnu et qui me permet aujourd'hui de continuer l'aventure musicale avec les Princes de LR qui m'ont accueillie récemment.

À mes comparses du CRP-IMG de Poitiers pour un engagement associatif plus sérieux mais qui m'a beaucoup apporté.

À mes copains de l'internat, Mathilde, François, Pierre, Amandine, Audrey, Sylvine, Estelle, Sandra, Tiphaine, Florian et Pauline. Pour toutes ces colocations, d'Angoulême à La Rochelle, en passant par Saintes et Poitiers, je suis heureuse d'être entourée par vous dans cette nouvelle vie.

Liste d’Abréviations	9
I. Introduction	10
I.1. Les étudiants et les addictions	11
I.1.1. Epidémiologie comparative de l’utilisation des substances addictives entre la population générale et les étudiants	11
I.1.1. a. Le tabac	11
I.1.1.b. L’alcool	11
I.1.1.c. Le cannabis	13
I.1.1.d. Les jeux vidéo	13
I.1.2. Risques spécifiques liés aux consommations de substances addictives chez les étudiants	14
I.1.3. La consommation de substances addictives chez les étudiants : influences et comportements	15
I.1.3.1. Facteurs culturels influençant la perception des substances addictives	15
I.1.3.2. Modes de consommation des substances addictives chez les étudiants	17
I.1.3.3. Facteurs socio-économiques influençant le mésusage de substances addictives	18
I.2. La médecine générale et les addictions	19
I.2.1. Place du médecin généraliste dans les soins addictologiques et limites de leurs actions	19
I.2.1.a. Un investissement variable en fonction de la formation reçue par le médecin généraliste	19
I.2.1.b. Un investissement variable en fonction de la substance	20
I.2.1.c. Un investissement variable en fonction de facteurs propres au médecin généraliste	21
I.2.2. Prise en charge des problématiques addictives en médecine générale	22
I.2.3. Un acteur dans le réseau de soins addictologiques	23
I.3. Les étudiants et les soins en ambulatoire en addictologie	24
I.3.1. La demande de soins en général auprès du médecin généraliste, état des lieux et freins	24
I.3.2. La demande de soins auprès du médecin généraliste concernant les problématiques addictologiques.	25
I.3.3. Prévention des addictions et prise en charge des étudiants en ambulatoire.	25
II. Matériel et méthode	27
II.1. Objectifs de l’étude	27
II.2. Objectif principal	27
II.3. Objectifs secondaires	27

II.4. Description de l'étude	27
II.4.1. Type d'étude	27
II.4.2. Population de l'étude	27
II.4.3. Diffusion de l'étude	28
II.5. Outils d'évaluation	28
II.5.1. Outil de recueil des données sociodémographiques	28
II.5.2. Outils d'évaluations des addictions	28
II.5.3. Outils pour l'évaluation de la relation avec le médecin traitant	29
II.5.4. Outils d'évaluation de l'attachement	29
II.6. Recueil et analyse des données	30
III. Résultats	31
III.1. Population de l'étude	31
III.1.1. Données socio-démographiques et académiques	31
III.1.2. Addictions et étudiants	32
III.1.3. Santé et étudiant	34
III.1.4. L'étudiant et le médecin traitant	35
III.2. Objectif principal : Pourcentage d'étudiants ayant consulté leur médecin généraliste pour une problématique addictive	36
III.3. Objectifs secondaires	37
III.3.1. Quels facteurs associés au médecin généraliste influencent la demande de soins ?	37
III.3.1.1. Évocation par le médecin généraliste des conduites addictives	37
III.3.1.2. Lien entre addiction chez l'étudiant et évocation des addictions par le médecin généraliste	37
III.3.1.3. Impact de l'évocation des conduites addictives par le médecin généraliste	37
III.3.2. A priori autour de la consultation d'addictologie du médecin généraliste et impact sur la demande de soins	38
III.3.3. Quels facteurs individuels chez l'étudiant peuvent influencer la demande de soins ?	40
III.3.3.1. Perception du problème et influence sur la demande de soins	40
III.3.3.2. Impact de la perception de la dangerosité sur la demande de soins	40
III.3.3.3. Impact du profil de l'étudiant sur la demande de soins	41
IV. Discussion	42
IV.1. Résumé des résultats	42
IV.2. Forces et limites de l'étude	42
IV.2.1. Taille de l'échantillon	42
IV.2.2. Représentativité de l'échantillon	43

IV.2.3. Autoquestionnaire	43
IV.3. Confrontation des résultats de l'étude aux données de la littérature	44
IV.4. Les hypothèses	45
IV.5. Implications pour la pratique, la formation et la recherche	46
V. Annexes	48
Annexe 1 : Autoquestionnaire	48
Annexe 2 : Lien entre l'évocation par le médecin généraliste d'une substance et la dépendance aux substances de l'étudiant	58
Annexe 3 : Lien entre l'évocation d'une substance par le médecin généraliste et l'évocation ultérieure par l'étudiant (contingency table, $\chi^2$ )	58
Annexe 4 : Corrélacion entre les représentations du médecin par l'étudiant	58
Annexe 5 : Corrélacion, autoévaluation et dépendance à l'alcool	59
Annexe 6 : Corrélacion, autoévaluation et dépendance au cannabis	59
Annexe 7 : Corrélacion, autoévaluation et dépendance au tabac	59
Annexe 8 : Corrélacion autoévaluation et dépendance aux jeux vidéo	59
Annexe 9 : Corrélacion entre les problème d'autoévaluation et la discussion avec le médecin généraliste concernant une substance addictive	60
Annexe 10 : Corrélacion entre l'image des substances (bénéfices-dangers) et son évocation par l'étudiant	61
Annexe 11 : Lien entre le profil de l'étudiant et l'évocation de substances addictives en médecine générale	62
VI. Références bibliographiques	63
VII. Table des illustrations	68
VIII. Résumé	69
SERMENT	71

## Liste d'Abbreviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé  
ANPAA : Association Nationale de Prévention en Addictologie et Alcoologie  
ASI : Addiction Severity Index  
AUDIT-C : Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption  
CAGE : Cut down - Annoyed - Guilty - Eye opener  
CAST : Cannabis Abuse Screening Test  
CJC : Consultations Jeune Consommateur  
CNC : Centre National du Cinéma et de l'image animée  
CPP : Comités de Protection des Personnes  
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool  
ECR-S : Experience in Close Relationships Scale  
ENT : Environnement Numérique de Travail  
FACE : Formule pour Approcher la Consommation d'Alcool par Entretien  
HAS : Haute Autorité de Santé  
IGDS : Internet Gaming Disorder Scale  
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique  
OFDT : Observatoire Français des Drogues et de la Toxicomanie  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
OVE : Observatoire de la Vie Etudiante  
PELLEAS : Programme d'Etude sur les Liens et L'impact des Ecrans sur l'Adolescent Scolarisé  
PSP : PlayStation Portable  
ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique  
RPIB : Repérage Précoce et de l'Intervention Brève  
SMEREP : Société Mutualiste des Étudiants de la Région Parisienne  
SMS : Short Message Service  
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé  
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale  
VHB : Virus de l'Hépatite B  
VHC : Virus de l'Hépatite C  
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# I. Introduction

Les derniers plans gouvernementaux concernant la lutte contre les addictions renforcent le rôle du médecin généraliste. Comment la population étudiante, à risque de mésusages, s'approprié-t-elle cette offre de soins ?

La question des addictions dans la population étudiante se pose de plus en plus, que ce soit dans les médias ou la communauté scientifique. Pourtant, les données épidémiologiques relatives à cette problématique sont rares en dehors des études de l'Observatoire de la Vie Etudiante (OVE) et de quelques sondages réalisés par des mutuelles. Par contraste, on retrouve de nombreuses études réalisées par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médical (INSERM)(1) ou l'Observatoire français des Drogues et de la Toxicomanie (OFDT) portant sur les problématiques addictives de la population générale, ainsi que des enquêtes et analyses portant sur les usages de drogues des adolescents ou des élèves scolarisés dans le secondaire. Cela peut être expliqué par une plus grande facilité à sonder ces échantillons, grâce à l'existence de sondages nationaux et de multiples occasions permettant de réaliser des interrogatoires chez les jeunes, contrairement aux étudiants. **Il s'agit pourtant d'une période propice aux expérimentations et les habitudes de consommation prises à cet âge sont susceptibles de perdurer ensuite.**

Dans les quelques études réalisées, on note que les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis sont les plus communes au sein de cette population. On retrouve également l'émergence de nouvelles addictions comportementales, comme celles aux jeux vidéo. Nous n'avons retrouvé aucune étude spécifique relative à la perception que peut avoir l'étudiant de son médecin généraliste quant à la prise en charge des addictions.

Forts de ce constat, nous avons entrepris de faire une étude afin de rechercher, au sein d'un groupe d'étudiants présentant une conduite addictive, les facteurs associés à une demande d'aide auprès du médecin généraliste lorsqu'une problématique addictive avait été retrouvée. Nous avons décidé de nous centrer sur les trois substances addictives les plus communément utilisées : tabac, alcool, cannabis, ainsi que sur les jeux vidéo du fait de l'émergence de cette addiction comportementale particulièrement présente dans cette population.

Nous allons dans un premier temps faire un état des lieux des problématiques addictives au sein de la population étudiante, puis nous étudierons l'état actuel de la prise en charge addictologique en médecine générale. Ensuite, nous étudierons la relation entre le médecin généraliste et l'étudiant et l'offre de soins disponible pour cette population dans le domaine addictologique. Nous présenterons enfin la méthode utilisée pour notre étude, ainsi que les résultats qui s'en dégagent et la réflexion que ce travail a fait naître.

## I.1. Les étudiants et les addictions

### I.1.1. Epidémiologie comparative de l'utilisation des substances addictives entre la population générale et les étudiants

#### I.1.1. a. Le tabac

En France, en 2019, il y avait 15 millions d'usagers de tabac dont 13 millions de fumeurs quotidiens (2). Chez ces fumeurs quotidiens, on retrouvait une majorité d'hommes (30% contre 24% de femmes) (3). Le nombre de morts attribuables au tabac s'élève à 75 000 par an (3).

Le tableau 1<sup>1</sup> compare la consommation de tabac entre les étudiants et la population générale.

Tableau 1 : comparaison de la consommation de tabac entre la population générale et la population étudiante

	<b>population générale 11-75 ans (52,5 millions de personnes) (OFDT)</b>	<b>étudiants (OVE) (18 875 étudiants)</b>
<b>expérimentation du tabac</b>	68%	45 %
<b>fumeurs réguliers</b>	34,6 %	36 %
<b>fumeurs quotidiens</b>	25%	17 %
<b>expérimentation de la cigarette électronique</b>	33%	?
<b>utilisation de la cigarette électronique</b>	2,7 %	3 %

Chez les étudiants (4), on retrouve 36% de fumeurs réguliers dont 10% de gros fumeurs (plus de 5 cigarettes/jour). Ces chiffres concordent avec les sujets de la population générale dans la même tranche d'âge (20- 25 ans) où l'on retrouve 37% de fumeurs dont 11% de gros fumeurs (5).

On note une diminution majeure de la consommation de tabac depuis les années 2000 où près de la moitié des 18 à 25 ans déclarait alors fumer (6).

#### I.1.1.b. L'alcool

En France, en 2019, il y avait 9 millions d'usagers réguliers dont 5 millions d'usagers quotidiens (2). Les statistiques indiquent que 3,4 millions de personnes ont une consommation à risque (3). Tous les ans, 41 000 décès sont attribuables à l'alcool. La France se place en sixième position des plus gros consommateurs d'alcool au monde parmi les 34 pays de l'OCDE (3).

<sup>1</sup> Données issues du dossier de l'OFDT « drogues chiffres clés, 8ème édition de 2019 » (2) et de l'enquête de l'OVE « repères sur la santé des étudiants » 2018 (4)

Le tableau 2<sup>2</sup> compare la consommation d'alcool chez les étudiants et la population générale.

Tableau 2 : comparaison de la consommation de l'alcool entre la population générale et la population étudiante

	population générale 11-75 ans (52,5 millions de personnes) (OFDT)	étudiants (OVE) (18 875 étudiants)
<b>expérimentation</b>	88%	87 %
<b>usage quotidien</b>	9,4%	1 %

Le pourcentage d'expérimentateurs en population générale ou étudiante est semblable, ce qui laisse penser que les expérimentations se font pour la plupart avant les études supérieures ou pendant les premières années d'études et qu'il n'y a pas de disparité dans l'expérimentation entre les jeunes de la population générale et les étudiants.

Chez les étudiants, la consommation régulière d'alcool varie selon le sexe et l'âge : les hommes et les étudiants plus âgés sont proportionnellement plus nombreux à consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine ou tous les jours (45 % des hommes contre 35 % des femmes, 48 % des 23 à 25 ans contre 27 % des moins de 20 ans).

On retrouve également des différences importantes concernant l'usage de l'alcool entre les étudiants et la population générale. **Seulement 1% des étudiants déclare en consommer de façon quotidienne (4), contre 10 % des adultes de 18 à 75 ans en 2017 (2).** Cette consommation quotidienne semble évoluer avec l'âge. Selon les données de santé publique de 2010, 2,6% des jeunes adultes en consommeraient quotidiennement, contre 6% des 35-44 ans (7) et 26% des 65-75 ans (8). 39% des étudiants déclarent consommer de l'alcool de façon hebdomadaire, pourcentage légèrement supérieur aux données du baromètre de la santé chez les 18-30 ans qui s'élève à 32,5 % pour la France métropolitaine (8). L'usage régulier (au moins 10 fois par mois) concerne 10% des étudiants.

Alors que la fréquence des consommations est moins importante chez les étudiants que dans la population générale, les consommations ponctuelles sont, quant à elles, plus importantes. **En 2017, 16 % des 18-75 ans ont déclaré avoir bu au moins 6 verres lors d'une seule occasion au cours du mois écoulé (8), contre 30% chez les 18-25 ans.** Ces comportements d'alcoolisation ponctuelle importante diminuent avec l'âge (environ 17.0% entre 35 et 54 ans, et 9.0% des plus de 65 ans).

<sup>2</sup> Données issues du dossier de l'OFDT « drogues chiffres clés, 8ème édition de 2019 » (2) et de l'enquête de l'OVE 2018 (4)

### I.1.1.c. Le cannabis

Le tableau 3<sup>3</sup> compare la consommation de cannabis entre les étudiants et la population générale.

Tableau 3 : comparaison de la consommation de cannabis entre la population générale et la population étudiante

	<b>population générale (11-75 ans) (52,5 millions de personnes) (OFDT)</b>	<b>étudiants (OVE) (18 875 étudiants)</b>
<b>expérimentation</b>	45 %	46 %
<b>consommation dans l'année</b>	11 %	19 %
<b>usage régulier</b>	3,6 %	5,7 %
<b>usage quotidien</b>	1,7%	1,9 %

Alors que la proportion d'expérimentateurs de cannabis est similaire chez les étudiants et en population générale, la consommation régulière est plus importante chez les étudiants. En effet, 7,6% des étudiants fument régulièrement, voire quotidiennement, du cannabis, contre 5,3% de la population générale.

La consommation de cannabis varie fortement en fonction de l'origine sociale et de l'âge : 59 % des étudiants issus de classe sociale défavorisée n'en ont jamais consommé contre 48 % des étudiants d'origine sociale favorisée ; pour ce qui est de l'âge, 61 % des moins de 20 ans n'en ont jamais consommé contre 50 % des 23-25 ans (4). L'outil de repérage des usages problématiques de cannabis, le *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST), montre que 25 % des usagers actuels de la tranche d'âge des 18 à 64 ans présenteraient en 2017 un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance (9)

### I.1.1.d. Les jeux vidéo

Le tableau 4 compare la consommation de jeux vidéo entre les étudiants et la population générale.

Tableau 4 : comparatif de la consommation de jeux vidéo entre la population générale et la population étudiante. Données issues de l'étude du TNS.

	<b>population générale (TNS- Sofres) (67 848 156 personnes)</b>	<b>étudiants</b>
<b>nombre d'utilisateurs</b>	33,9 millions	?
<b>moyenne d'âge</b>	31,5 ans	?

<sup>3</sup> Données issues du dossier de l'OFDT « drogues chiffres clés, 8ème édition de 2019 » (2) et de l'enquête de l'OVE 2018 (4)

Selon l'étude du Centre national du cinéma et de l'image animée (CNC) réalisée en 2014 (10), 71,2% des Français jouent aux jeux vidéo, soit 33,9 millions de personnes. La moyenne d'âge est de 31,5 ans. Plus de 90% (11) des jeunes de 10 à 25 ans jouent, ce taux diminuant à 50% chez les plus de 65 ans<sup>4</sup> (12). Il n'existe pas de distinction de genre. (12) Il n'y a pas d'enquête épidémiologique spécifique réalisée chez les étudiants.

En ce qui concerne les pratiques, près de la moitié des joueurs joue tous les jours, le temps moyen de jeu quotidien étant de 2h15 (12). 5% des jeunes de 17 ans joueraient (11) entre cinq et dix heures par jour. De plus, en raison du temps passé devant les écrans, 23 % d'entre eux disent avoir rencontré, au cours de l'année écoulée, un problème avec leurs parents, 5 % avec leurs amis et 26 % à l'école ou au travail. 92,1% des joueurs jouent à domicile. Les jeux vidéo sont pratiqués plutôt en journée qu'en soirée et davantage le weekend qu'en semaine. Dans l'échantillon PELLEAS (13), un élève sur huit aurait un usage problématique des jeux vidéo.

### I.1.2. Risques spécifiques liés aux consommations de substances addictives chez les étudiants

Les étudiants représentent une population particulièrement à risque en addictologie. Outre les maladies liées à un usage chronique commençant à cette période, les addictions présentent des risques spécifiques à court terme dans cette population.

Une étude coordonnée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies estime que la conduite de véhicule sous influence d'alcool multiplie par 8,5 le risque d'être responsable d'un accident de la route mortel. Si le conducteur a également consommé du cannabis, ce risque est multiplié par 15 (2). Ce sur-risque d'accident de la voie publique est particulièrement présent chez les étudiants. En 2018, la tranche d'âge la plus à risque d'accident de la route était celle des 18-24 ans (97 tués par million d'habitants), avec la présence dans 25% des cas d'alcool et de stupéfiants (14).

Les violences en tant que victime ou auteur, les viols, les rapports sexuels non protégés, les malaises et comas éthyliques constituent également des dangers réels notamment dans cette tranche d'âge (15). L'échec universitaire peut également être une conséquence de la consommation excessive de substances addictives spécifique à l'étudiant.

L'usage répété de drogues favorise également les troubles psychiques et cognitifs (difficultés de concentration, d'expression ou de mémorisation par exemple) qui peuvent peser sur les résultats scolaires ou professionnels, voire progressivement entraîner une déscolarisation et une marginalisation. A terme, une addiction sévère non soignée aboutit le plus souvent à l'isolement, la désocialisation et la paupérisation (1).

---

4

10-14 (95 %), 15-18 (92 %) et 19-24 (91 %)

Sur un plan neurodéveloppemental, les conséquences à plus long terme de l'alcool et du cannabis sont encore mal connues, en particulier lors de consommations au moment de l'adolescence. Pendant cette période (jusqu'à l'âge de 20-25 ans), le cerveau est encore en maturation et paraît plus vulnérable aux effets toxiques. Il a été constaté que plus la consommation est précoce, plus le risque de développer une addiction sur le long terme augmente.

Par ailleurs, l'expérimentation d'un produit pourrait favoriser la consommation d'autres substances selon la *Gateway theory* (16). Ainsi l'utilisation d'alcool et de tabac pourrait amener à l'utilisation de cannabis, lui-même étant une passerelle vers d'autres drogues illicites avec de nouveaux risques liés à leur usage (17).

### 1.1.3. La consommation de substances addictives chez les étudiants : influences et comportements

#### 1.1.3.1. Facteurs culturels influençant la perception des substances addictives

##### 1.3.1.a. Le tabac

La perception du tabac a longtemps été très positive (18). Si les premières études démontrant la toxicité de la nicotine par Claude Bernard au milieu du dix-neuvième siècle conduisent aux premières luttes anti-tabac, celles-ci se font oublier pendant les deux guerres mondiales où le tabac est distribué au front.

Dans les années 1950, les industriels mettent en place des stratégies de marketing pour attirer de nouveaux fumeurs. Pour les hommes, le tabac est associé à la virilité par le biais du cow-boy de Marlboro par exemple, puis à la séduction. Pour les femmes, le tabac est associé aux mouvements féministes, le fait de fumer devient un geste militant, synonyme d'égalité, de liberté des femmes et d'émancipation. L'image du tabac va également être véhiculée par d'importantes figures politiques (Churchill, Ernesto Guevara) ou artistiques (Brassens, Gainsbourg, Marilyn Monroe). Cette influence encourage les gens à imiter leurs idoles en véhiculant des images de puissance, de séduction, de rébellion et de créativité. Plus généralement, c'est une image de convivialité et de détente qui est rattachée à la cigarette. Ces images sont profondément ancrées dans la psyché populaire depuis des décennies et la perception de la consommation de tabac est encore très souvent associée à ce type de valeurs.

Le lien entre la consommation de tabac et l'augmentation du risque de cancer broncho-pulmonaire a été établi suite à une étude prospective lancée en 1954 dont les résultats, vingt ans plus tard, confirmaient cette association (19). Suite aux études de plus en plus nombreuses démontrant les méfaits du tabac, la lutte contre le tabagisme se met en place. Depuis 1991 et la loi Evin, la publicité pour le tabac est interdite en France, les lobbies doivent donc passer par d'autres vecteurs. L'OMS (20), en 2011, pointe du doigt l'utilisation du cinéma : « La portée immense du cinéma et l'attrait qu'il suscite auprès des adolescents en fait un support incontestable pour le marketing du tabac ciblant ce groupe de population. Le

tabagisme y est présenté comme socialement acceptable ». En 2008, l'institut du Cancer américain avait conclu que le fait d'avoir visionné des films avec des personnages fumeurs était en corrélation directe avec le fait d'expérimenter le tabac (20).

Le tabagisme chez le sujet jeune est lié à l'installation de la reproduction sociale et celui-ci est particulièrement touché par les actions de promotions de l'industrie du tabac (21) (6), qui permettent de modifier la perception du produit en lui attribuant des caractères positifs.

#### I.1.3.1.b. L'alcool

Certaines substances potentiellement addictives peuvent être ancrées dans le fonctionnement social d'une société. C'est le cas de l'alcool, notamment le vin, en France. La France est considérée comme étant la référence en matière de production et de consommation du vin, à tel point que « le vin, le produit de la vigne et les terroirs viticoles » font partie du patrimoine culturel, gastronomique et paysager de la France depuis 2014 (22). De par cet ancrage culturel important, les étudiants ont pu être élevés dans des familles où il est d'usage d'en consommer régulièrement. Le statut particulier de l'alcool transparaît également à travers des expressions telles que « tenir l'alcool », qui véhicule l'idée qu'une tolérance forte à l'ingestion de grandes quantités d'alcool est une qualité. Cela peut même être un objectif pour une partie de la population étudiante que l'on retrouve au travers de jeux d'alcool.

Le marketing contribue également à l'image positive de l'alcool véhiculée auprès des jeunes. Le contenu des publicités pour les boissons alcoolisées joue sur la socialisation, l'humour, l'aventure, la musique, la séduction, le pouvoir, l'ironie, la provocation... (16) Des produits et des packagings sont développés pour toucher spécifiquement les jeunes, comme par exemple les prémix, qui mélangent alcool et soda ou jus de fruits, ainsi que les vins aromatisés. La promotion se fait également via la publicité sur les points de vente et lieux de consommation : les promotions sur les prix des boissons, les cadeaux contre achats, les jeux concours, soirées « open bar » et le sponsoring d'événements culturels et sportifs permettent d'associer les marques d'alcool à des activités appréciées par les jeunes.

#### I.1.3.1.c. Le cannabis

L'usage récréatif du cannabis est connu depuis l'antiquité (23), cependant, il reste marginalisé jusqu'au 19<sup>ème</sup> siècle et il est prohibé en France à partir de 1916 (24). Un nouveau tournant se fait à la fin des années 1960 et dans les années 1970, où l'usage de cannabis dans la société occidentale devient synonyme de fraternité et de liberté, de révolte sociale contre les valeurs établies, notamment à l'égard du modèle de société dite de « consommation ». Le cannabis se répand dans les campus américains. On estimait alors à 7 % la proportion d'étudiants usagers dans l'Amérique de 1968. L'usage du cannabis se généralisera également sur les campus européens, avec un certain décalage.

La dépénalisation se heurte cependant à la reconnaissance grandissante des problèmes de santé publique liés à la banalisation de son usage dans les années 90 (accidentalité routière, troubles psychiatriques induits, pouvoir cancérigène).

Les étudiants sont désormais face à des messages contradictoires. D'une part, les partisans du cannabis mettent en avant les propriétés thérapeutiques de la substance et questionnent l'interdiction du cannabis alors que la consommation d'alcool et de tabac reste légale, d'autre part, ils sont confrontés à son statut illicite et ses conséquences pénales ainsi qu'aux enjeux sanitaires qui remettent en question son usage.

La consommation de cannabis, comme celle de tabac et d'alcool, permet de marquer le passage à l'âge adulte en se démarquant des parents et d'une société qui désapprouvent son usage.

#### I.1.3.1.d. Les jeux vidéo

Les jeux vidéo, loisir récent apparu avec les bornes d'arcade en 1972 (25), se sont imposés dans le quotidien via les consoles de salon (playstation, Nintendo, Xbox, Wii), les consoles portables (game boy, PSP), les jeux d'ordinateurs puis de smartphones (26). Les jeux vidéo sont désormais largement démocratisés et comptent 25 millions d'utilisateurs en France (12).

Les jeux vidéo ont un statut particulier, dans la mesure où ils ne sont considérés comme problématiques que pour une minorité de personnes dans la population générale. Ils peuvent même revêtir un aspect social, éducatif, voire sportif (e-sport). Ils font toutefois l'objet de polémique concernant d'une part la violence de certains jeux (et le comportement agressif qu'ils pourraient inciter chez les joueurs), d'autre part la désinsertion sociale liée à l'addiction aux jeux.

### I.1.3.2. Modes de consommation des substances addictives chez les étudiants

#### 1.3.2.a. La consommation conviviale et récréative

L'alcool ainsi que le tabac et le cannabis jouent un rôle dans les rapports sociaux entre les étudiants. Ils sont présents lors de nombreuses occasions festives. Ils sont également utilisés pour faciliter les rapports sociaux par la désinhibition qu'ils provoquent, aidant ainsi les dialogues en face à face et non via des moyens de communication virtuels (SMS, réseaux sociaux). Les jeunes inscrits dans ce type de consommation maintiennent une vie sociale et poursuivent leur cursus scolaire même si un fléchissement est possible (27). Toutefois, l'habitude de boire peut s'installer et mener à un mésusage voire une dépendance (28).

#### I.1.3.2.b. L'automédication

Une étude de la SMEREP de 2018 indique que 91% des étudiants déclarent subir au moins une période de stress dans l'année et 25% déclarent être stressés en permanence. Pour remédier au stress, 13% déclarent fumer des cigarettes, 9% consommer de l'alcool, 3% consommer du cannabis (29). Lorsqu'ils sont interrogés

sur la raison de leur usage de l'alcool, ils donnent les réponses suivantes : pour 55% relâcher la pression, 33% être plus à l'aise, 21% ressentir l'ivresse, 15% faire comme tout le monde, 3% par habitude, 2% par besoin. Ces résultats sont en concordance avec l'étude précédente de la SMEREP de 2013, où l'on retrouvait que pour 90% des étudiants, les consommations de substances pendant des moments de convivialité augmentaient lors de périodes de dépression ou d'anxiété.

#### I.1.3.2.c. La consommation toxicomaniaque

L'alcool et le cannabis peuvent être utilisés pour se déconnecter, diminuer l'inhibition et le contrôle et sont ainsi comparables à l'usage qui est fait des drogues dites « dures ». L'étudiant a alors des relations principalement avec des jeunes qui ont les mêmes comportements et est plus à risque d'échec scolaire. Il existe fréquemment dans ce cas des facteurs de risque familiaux (30) : mésentente familiale, atmosphère étouffante et éducation hyper-rigide ou, au contraire, laxisme et indifférence parentale, difficultés socio-économiques.

Cette consommation toxicomaniaque peut être transposée à l'usage abusif de jeux vidéo. La faiblesse de l'engagement affectif, du fait du confinement de la relation sociale dans l'univers du jeu vidéo, peut chez des joueurs en situation de vulnérabilité psychique engendrer un isolement, un retrait social et un échec scolaire.

#### I.1.3.3. Facteurs socio-économiques influençant le mésusage de substances addictives

À l'âge adulte, les trajectoires sociales sont associées aux conduites addictives (31). Ainsi, les personnes ayant connu une situation sociale défavorable tout au long de leur vie ou ayant eu une détérioration de leur situation sociale au cours de la vie ont des conduites addictives plus importantes que celles qui ont toujours eu une situation sociale favorable ou qui connaissent une ascension sociale (32), (33). C'est le principe de « **causalité sociale** » : des conditions de vie défavorables peuvent induire des comportements néfastes pour la santé. Un autre principe, celui de la « **sélection par la santé** », relève également des inégalités sociales. Il s'agit d'un principe où ce sont les conduites addictives elles-mêmes qui peuvent avoir un effet négatif sur la trajectoire sociale. Ce principe s'applique davantage à la consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues illicites, tandis que le principe de la « causalité sociale » semble être l'explication principale pour les disparités sociales concernant le tabagisme.

La **transmission intergénérationnelle** fait également partie des facteurs socio-démographiques exerçant une influence sur la consommation de substances addictives *a posteriori*. Pour ce qui est du tabac, les adolescents dont les parents sont fumeurs ont un risque deux à trois fois plus élevé d'expérimenter le tabac de façon précoce et de devenir fumeurs réguliers. A l'inverse, chez les enfants d'ex-fumeurs, le niveau de tabagisme est comparable à ceux des enfants de non-fumeurs (34). De la même manière, le risque d'une consommation excessive

d'alcool est multiplié par deux ou trois chez les jeunes dont les parents ont une forte consommation d'alcool (35). De même, les quelques études concernant le cannabis et en particulier les consommations excessives suggèrent que le risque de dépendance au cannabis est deux fois supérieur chez des enfants d'usagers (36).

## **I.2. La médecine générale et les addictions**

### **I.2.1. Place du médecin généraliste dans les soins addictologiques et limites de leurs actions**

La prise en charge des addictions (37) est en grande partie réalisée par les médecins de ville. Dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues (38), la place privilégiée du médecin généraliste dans la lutte contre les addictions est reconnue, de par sa connaissance du patient et sa capacité à le conseiller et l'informer. En effet le médecin est «un recours de proximité et est particulièrement bien placé pour le repérage des consommations à risque. » (39) L'HAS (2014) et l'ANAES (2011) reconnaissent également la place primordiale des médecins généralistes dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants et de manière plus générale, dans celle de tous les patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool.

Toutefois, alors qu'il est reconnu par les autorités de santé publique comme compétent et ayant un rôle clé dans la lutte contre les addictions (40), on retrouve une disparité importante des pratiques professionnelles mises en évidence dans les rapports d'activité de l'OFDT ainsi que dans les rapports de l'IGAS (41). Nous nous sommes donc intéressés aux facteurs associés à cette variabilité interprofessionnelle.

#### **I.2.1.a. Un investissement variable en fonction de la formation reçue par le médecin généraliste**

Le premier critère de variabilité de l'investissement des médecins généralistes en addictologie est la formation que le médecin a reçue dans ce domaine.

D'après la commission d'audit de 2007 de l'HAS, alors que les médecins généralistes sont les acteurs de premier recours, ceux-ci sont « insuffisamment sensibilisés et formés pour pouvoir proposer à leurs patients une réponse adaptée, en termes de repérage des usages à risque, d'évaluation de l'ensemble des consommations, de motivation au changement, de réduction des risques et de dépistage systématique des comorbidités infectieuses (VIH, VHC et VHB), d'engagement dans le soin ainsi que d'orientation, le cas échéant »(42).

Ceci est confirmé dans une étude de 2017 portant sur l'alcoologie et les futurs médecins français, où il est démontré qu'il existe manifestement une insuffisance de formation initiale sur le sujet et qu'une amélioration de cette formation permettrait une amélioration des pratiques (43). Dans cette étude concernant 622 internes de médecine générale en fin de cursus, le nombre rapporté

d'heures moyennes consacrées à l'enseignement de l'addictologie était respectivement, lors de l'externat et lors de l'internat, de 7,68 et de 6,07 heures. De même, il y avait en moyenne 10,6 (externat) et 3,2 (internat) postes ouverts en stage d'addictologie en médecine générale pour une subdivision en une année. Il était démontré que lorsque les internes avaient reçu une formation complémentaire en addictologie et lorsque les facultés accordaient plus de poids à la formation en addictologie, les résultats obtenus au test d'évaluation des connaissances et des pratiques en addictologie étaient améliorés de manière significative. Toutefois, la grande majorité des internes ayant participé à l'étude (plus de 75 %) n'a pas obtenu la moyenne au test d'évaluation des connaissances et des pratiques. Une grande majorité des internes en fin de cursus ne semblait donc pas en mesure de prendre en charge de manière adéquate un patient en situation de mésusage d'alcool. Ils étaient également seulement 23% à déclarer aborder les consommations d'alcool et 13% à avoir recours aux questionnaires standardisés.

**Il semble donc exister un décalage entre le rôle incombant aux médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant un trouble de l'usage de l'alcool et la formation qui leur est dispensée.**

Le plan gouvernemental de lutte contre les addictions rapporte le même constat : « La majorité des médecins en fin de cursus de formation de médecine générale ne semble pas en mesure de repérer et de prendre en charge de manière adéquate un fumeur et / ou un patient ayant des consommations à risque ou problématiques d'alcool. D'après une étude publiée en 2006, 93 % des 2 301 médecins généralistes ayant répondu à un autoquestionnaire souhaitaient améliorer leur formation en alcoologie (44) : les professionnels de santé sont donc également en demande d'une meilleure formation à ce sujet. La formation des professionnels de premier recours constitue donc un objectif important de ce plan gouvernemental, une des mesures proposées étant de renforcer la formation sur les mesures d'intervention brève via les délégués de l'assurance maladie.

**1.2.1.b. Un investissement variable en fonction de la substance**

En 2009, l'enquête Baromètre Santé a montré que 68,6 % des médecins généralistes avaient vu un patient pour sevrage tabagique dans les 7 jours précédant l'enquête et 94,5% d'entre eux prenaient en charge eux-mêmes leurs patients le cas échéant (seuls ou en liaison avec une structure). Par ailleurs, 51,6 % avaient vu un patient dans le cadre d'un sevrage d'alcool (45). L'implication des médecins généralistes reste toutefois très variable en fonction de la substance en question (46), particulièrement si cela concerne les drogues illicites.

Toujours dans le baromètre de la santé 2009, près des deux tiers des médecins généralistes déclaraient avoir abordé au moins une fois avec chaque patient la question de la consommation de tabac. Pour l'alcool et le cannabis, le repérage était beaucoup moins systématique : ils étaient 23% à poser systématiquement la question de la consommation d'alcool, 8% pour le cannabis. Enfin, 34% des médecins utilisaient des questionnaires d'aide au repérage pour le

tabac ; seulement 13% y avaient recours pour l'alcool et 2% pour le cannabis. Ces disparités peuvent être mises en lien avec une tendance des médecins à n'aborder la question qu'avec certains patients. En effet, 70 % des médecins interrogés déclarent ne l'aborder qu'avec les patients jugés « à risque ».

**La prise en considération du tabac en médecine générale commence à entrer dans les pratiques, mais pour les autres dépendances comme l'alcool ou les substances illicites, il existe encore des freins importants. Cela montre aussi que le sevrage en tabac est abordé beaucoup plus naturellement et est moins porteur de jugement et de tabous que les autres substances.**

### *1.2.1.c. Un investissement variable en fonction de facteurs propres au médecin généraliste*

Viennent s'ajouter aux problématiques précédentes, des réticences propres au médecin généraliste. On peut noter comme facteurs invoqués : le manque de temps, le sentiment d'inefficacité, voire d'épuisement au vu de l'investissement nécessaire et des résultats obtenus (47), la peur de nuire à la relation avec le patient mais aussi la rémunération (48). En ce qui concerne ce dernier point, des mesures incitatives ont été mises en place pour motiver les médecins généralistes à s'investir dans les prises en charge addictologiques. Les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) contiennent désormais deux indicateurs relatifs à la prévention des conduites addictives. L'un relatif au tabac (part des patients tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier ; déclaratif, objectif cible >75%) ; l'autre à l'alcool (part des patients consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier ; déclaratif, objectif cible > 75%).

Pour ce qui est de la peur de nuire à la relation avec le patient, près de 90 % des patients trouvent normal que le médecin recherche une consommation d'alcool, de tabac ou de produits illicites, alors qu'ils ne sont que 25% à avoir été interrogés sur le tabac et moins de 10 % à avoir été interrogés de manière spécifique sur les sujets de l'alcool et des drogues (49). On peut donc supposer que les patients sont dans l'attente d'être interrogés mais ne le sont pas. Cette situation paradoxale pourrait être liée à un mode de communication passif du patient sur ces sujets parfois sensibles faisant penser à tort au médecin généraliste que le patient ne souhaite pas aborder ce sujet.

Les représentations à l'encontre des patients dépendants de substances influencent également le médecin généraliste. Une revue systématique de 2013 (50) indique que des attitudes négatives des professionnels de santé envers les usagers de drogues sont habituelles et contribuent à la mauvaise prise en charge de ces patients.

Une étude qualitative belge (51) menée sur 20 médecins généralistes a étudié les facteurs qui influençaient les médecins généralistes pour le dépistage et la prise en charge des addictions. Les médecins généralistes qui acceptaient de prendre en

charge des patients dans ce cadre avaient des capacités importantes dans la gestion d'addiction et faisaient partie d'un réseau d'addictologie sur lequel ils pouvaient s'appuyer. Les médecins étaient influencés par leur propre représentation des abus. L'investissement dans les problématiques addictologiques incluait l'équilibre entre leur responsabilité vis à vis du patient et la responsabilité du patient auprès de sa propre santé, mais également les capacités du médecin à supporter des échecs thérapeutiques sans arriver à l'épuisement professionnel. La perception de l'abus de substance suivait un continuum allant de la maladie chronique (perçue donc comme une responsabilité pour le médecin) à la déchéance morale (perçue comme la responsabilité du patient). Les expériences personnelles du médecin (notamment celles concernant les addictions) augmentaient la sympathie envers les patients.

### 1.2.2. Prise en charge des problématiques addictives en médecine générale

La première question dans le repérage des addictions est celle du public qui doit faire l'objet d'un dépistage. Dans une étude qualitative (51) belge étudiant les facteurs influençant le dépistage et la prise en charge des addictions, les médecins généralistes disent orienter le dépistage en fonction de leur sens clinique. Certains indices relevant de situations spécifiques peuvent amener le clinicien à se poser la question d'une consommation abusive : leur milieu social, leur profil psychologique, l'existence de dysfonctionnements au travail. Néanmoins, le mode d'intervention le plus étudié et qui a montré son efficacité est celui du Repérage Précoce et de l'Intervention Brève (RPIB) (52). Ce moyen d'intervention permet d'évaluer le risque encouru et doit avoir lieu idéalement au moins une fois par an, chez tous les patients (52). Le repérage précoce peut être réalisé avec des questionnaires reconnus. L'HAS propose l'AUDIT-C et FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien) pour l'alcool. Il est également possible d'utiliser le questionnaire standardisé DETA (Diminuer Entourage Trop Alcool) recommandé par l'ANAES, CAST pour le cannabis, Fagerström en 2 questions (ou short tabac test) pour le tabac. Un entretien standardisé tel que l'Addiction Severity Index (ASI) peut être utilisé pour systématiser le recueil des informations dans les situations complexes (53). Afin de raccourcir le temps de consultation, le plan gouvernemental propose de développer le recours aux outils d'auto-évaluation, en particulier sur support numérique, pour les patients en pré- ou en post consultation de premier recours.

Une revue de la littérature réalisée en 2017 (54) regroupant 69 études conclut qu'une intervention brève permet de mieux réduire la consommation de patients ayant une consommation abusive d'alcool. Elle serait plus efficace qu'une information courte ou même une absence d'intervention. L'intervention brève consiste, en quelques minutes, à restituer au patient les résultats du test de repérage, le responsabiliser en l'informant sur les risques encourus par une telle consommation, lui donner un conseil pour l'aider à réduire ou arrêter sa consommation, susciter son intérêt au changement, augmenter sa motivation à

modifier son comportement et si possible le développement d'un plan personnel pour diminuer ses consommations et l'encourager dans sa démarche, tout ceci avec empathie. « De l'intervention précoce peut émerger la conscience d'un comportement, celle de ses causes et de ses inconvénients, naître le désir d'aller mieux et/ou de se «soigner». (55)

L'intervention précoce a toute sa place dans une consultation avec un jeune consommateur. Il peut ainsi être évoqué les aspects positifs et les aspects négatifs de la consommation, cette opération ayant pour but de lui faire prendre conscience de la bivalence de sa conduite qui comporte à la fois des aspects positifs, mais aussi des aspects négatifs dont il perçoit peut-être les prémices mais qui ne sont pas encore suffisamment prégnants pour prendre le pas sur les intérêts de la consommation. « C'est à l'endroit de la confrontation de la certitude et du doute que se constitue le *modus operandi* de l'intervention précoce, à savoir : la prise de conscience propice au déclenchement du désir de changement. » (55)

Les médecins généralistes bénéficient ensuite d'outils thérapeutiques validés mais ne sont, comme nous avons pu le voir, pas toujours à l'aise avec leur utilisation du fait d'un manque de formation.

### 1.2.3. Un acteur dans le réseau de soins addictologiques

Le médecin généraliste, peut s'appuyer sur un réseau d'addictologie pour prendre en charge ces patients. Il est notamment question des CSAPA (56) (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), structures ambulatoires médico-sociales spécialisées en addictologie qui assurent des missions :

- d'accueil, d'information et de prévention, d'évaluation médicale, psychologique et sociale et d'orientation pour le patient ou son entourage ;
- de réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- de prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative.

Ces structures ont des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, professionnels socio-éducatifs) qui permettent une prise en charge globale du patient et notamment d'associer des psychothérapies de soutien et TCC à la prise en charge thérapeutique alors que les médecins traitants n'ont pas forcément le temps, ou la compétence, pour assurer une telle prise en charge.

Pourtant on note une faible utilisation de ces structures par les médecins généralistes.

Dans le baromètre de santé 2009, 78% des médecins généralistes déclarent prendre en charge seuls le sevrage tabagique. Près d'un tiers (27%) accompagnent seuls leurs patients ayant un problème avec l'alcool et près de 60% le font en lien avec une structure. Seulement 5,3% des médecins généralistes participent à un réseau de santé en lien avec les addictions au sens large (57), alors que cette caractéristique est associée à une plus forte probabilité de pratiquer un repérage systématique des consommations de substances psychoactives chez les patients.

Cette faible visibilité de l'offre existante en addictologie et l'importance d'augmenter les liens entre les réseaux ambulatoires d'addictologie et la médecine générale est un des points notés dans le plan gouvernemental ce qui marque l'importance de ces réseaux.

### **I.3. Les étudiants et les soins en ambulatoire en addictologie**

#### **I.3.1. La demande de soins en général auprès du médecin généraliste, état des lieux et freins**

D'après l'étude de l'OVE (4) de 2018, 73% des étudiants se considèrent en bonne santé et 5% évaluent leur santé comme étant mauvaise ou très mauvaise. Ce jugement n'est pas uniforme au sein de la population étudiante notamment en fonction de l'âge et du genre. Les étudiants s'estiment plus souvent en bonne ou très bonne santé que les étudiantes (80 % contre 68 %), qui, elles, considèrent davantage avoir une santé moyenne (26 % contre 15 %). La perception positive de l'état de santé diminue avec l'âge : 76 % des moins de 20 ans s'estiment en bonne ou très bonne santé, contre 69 % des plus de 25 ans. Pour ce qui est de la demande de consultation en médecine générale, 61% des étudiants ont consulté leur médecin généraliste au cours de 6 derniers mois, 22% de 6 mois à 1 an, 9% de 1 à 2 ans, 6% depuis plus de 2 ans, et 2% n'ont jamais consulté.

Dans une thèse (58) portant sur le recours au médecin par les étudiants, on retrouve comme principaux motifs de consultation les problèmes somatiques (système pulmonaire, système digestif, système ostéoarticulaire), puis les motifs administratifs (certificats médicaux) et les motifs psychologiques (perturbation de sommeil, sensation de tristesse, et rencontre de suivi). Il n'y a pas mention de consultation concernant un motif addictologique dans cette thèse.

Pour ce qui est des freins aux recours aux soins, il existe de multiples raisons qui empêchent les étudiants de consulter. 12% des étudiants déclarent avoir renoncé à consulter un médecin généraliste pour des raisons financières. Pourtant, les étudiants sont globalement bien couverts en matière de complémentaire santé : 86 % bénéficient d'une couverture complémentaire, seulement 7 % n'ont pas de mutuelle et 7 % ne savent pas s'ils en possèdent une (4). On peut noter que 65% des parents payent les dépenses de santé des étudiants (29). Les raisons financières ne sont pas les seules évoquées par les étudiants ayant renoncé à des soins ou des examens médicaux. Le manque de temps et le sentiment que « ça va passer » sont les principaux motifs avancés (respectivement 47 % et 48 % des étudiants.)

### I.3.2. La demande de soins auprès du médecin généraliste concernant les problématiques addictologiques.

Aucune donnée n'a été retrouvée concernant spécifiquement la demande de soins chez le médecin généraliste pour les abus de substances (58). On peut suggérer plusieurs hypothèses en plus des limites habituellement retrouvées dans cette population : les difficultés que peuvent avoir les médecins généralistes à aborder la problématique addictologique et les représentations et opinions que l'étudiant se fait du sujet. Les consommations sont souvent dans un premier temps ponctuelles avant de devenir progressivement régulières. Elles sont donc rarement ressenties comme problématiques. Le rapprochement temporel progressif de ces conduites intervient à plus ou moins long terme ce qui limite la prise de conscience de l'engrenage addictif dans lequel l'étudiant entre. On peut alors imaginer que les étudiants ayant des consommations de substances addictives importantes n'en ont pas conscience ou minimisent la dangerosité de leur comportement et ne jugent pas utile d'en parler avec leur médecin généraliste.

### I.3.3. Prévention des addictions et prise en charge des étudiants en ambulatoire.

Le Service de Santé Universitaire a un rôle clé dans la prévention contre les addictions chez les étudiants. Il a pour mission d'assurer la prévention, la promotion de la santé et le soin (par le biais de consultations) des étudiants. Celui-ci regroupe une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmières et de psychologues.(59) Ce service organise des campagnes d'information, de prévention et de promotion de la santé notamment en matière d'addictologie.

Le Service de Santé Universitaire de Poitiers participe à la prévention des conduites à risques en organisant des actions de sensibilisation auprès des étudiants, notamment avec des partenaires comme le CSAPA 86 (Centre de Soins, d'Accompagnement et Prévention en Addictologie de la Vienne) et l'ANPAA 16 et 79 (Association Nationale de Prévention en Addictologie et Alcoologie des Charentes et des Deux-Sèvres). Pour ce qui est du dépistage et de la prise en charge des addictions au service universitaire, il n'y a pas de dépistage systématique organisé. Les addictions peuvent être dépistées au cours d'une consultation pour un autre motif ou alors les étudiants font la demande spontanée de consulter pour une demande de soins addictologiques. Une psychologue de pédopsychiatrie est rattachée au service une demi-journée par semaine pour prendre en charge ces patients. Le service oriente également les étudiants vers les « consultations jeune consommateur » (CJC) au CSAPA 86.

Les CJC sont une offre de soins conçue pour les jeunes de 12 à 25 ans (60). Elles ont une mission de prévention et d'accompagnement des jeunes présentant une addiction. Elles jouent ainsi un rôle pivot dans la mise en œuvre de l'intervention précoce. Concernant les modes d'entrée dans ces consultations, selon l'étude de l'OFDT de 2014 «dix ans d'activités des consultations jeunes consommateurs» (13),

21% consultent spontanément, 38% sont orientés par la justice, 15% par la famille, 9% par le milieu scolaire, **6% par un médecin** ou un autre professionnel de santé et 11% par un autre moyen non cité. Les jeunes adultes (18-25 ans) représentent 51% de ces consultations. Ceci s'explique par le fait que ces consultations visent surtout un public d'adolescents afin de cibler précocement les comportements à risque d'addictions. Les plus fortes proportions de consultants déclarant avoir réduit leur niveau de consommation suite aux consultations du CJC se retrouvent chez les personnes adressées par un professionnel de santé, par l'Éducation nationale ou venues spontanément (près de 60 %) (61), ce qui témoigne de l'importance de l'adhésion volontaire à la démarche de questionnement par rapport à l'addiction. Un dépistage chez le médecin généraliste suivi d'une proposition de consultation au CSAPA serait donc une proposition pertinente pour la prise en charge des addictions à des stades précoces chez les jeunes adultes.

## **II. Matériel et méthode**

L'étude a pour promoteur le Centre Henri Laborit à Poitiers. Elle est dirigée et réalisée par le Dr Wilfried Serra, addictologue au sein du Centre d'Addictologie de Poitiers, en collaboration avec l'Unité de Recherche Clinique Pierre Deniker. L'étude a été approuvée par le CPP (Comités de Protection des Personnes)

### **II.1. Objectifs de l'étude**

L'objectif de l'étude est de déterminer les facteurs qui influencent la demande de soins en médecine générale chez des étudiants ayant une consommation problématique de substances.

### **II.2. Objectif principal**

L'objectif principal est d'évaluer la demande de soins des étudiants auprès de leur médecin généraliste en ce qui concerne les pratiques addictives.

Le critère principal est le pourcentage d'étudiants ayant consulté leur médecin généraliste pour une problématique addictive.

### **II.3. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- faire un état des lieux des pratiques addictives dans la population des étudiants de Poitiers ;
- évaluer les facteurs associés au médecin généraliste influant sur la demande de soins ;
- étudier l'influence de la perception d'une pratique problématique et de la dangerosité d'une substance par l'étudiant en fonction de la substance sur la demande de soins ;
- différencier les profils des étudiants et évaluer leur influence sur la demande de soins.

### **II.4. Description de l'étude**

#### **II.4.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique. Cette étude a été menée sous la forme d'un autoquestionnaire figurant en annexe I.

#### **II.4.2. Population de l'étude**

Seuls les étudiants de l'université de Poitiers de plus de 18 ans ont été pris en compte pour l'étude. Ont été exclus de l'étude les étudiants mineurs, les non étudiants, les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français (afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions) et les personnes n'étudiant pas à Poitiers.

### II.4.3. Diffusion de l'étude

Le questionnaire a été envoyé par mail à l'ensemble des étudiants de l'université de Poitiers, soit 27000 étudiants au cours de l'année académique 2018-2019. L'étude était également disponible sur l'environnement numérique de travail (ENT) des étudiants et sur les différents réseaux sociaux de l'université. Ce questionnaire a aussi été publié via des groupes d'associations étudiantes sur les réseaux sociaux. Le lien vers l'étude a été maintenu du 13 juin 2019 au 23 juillet 2019.

Les personnes participant à cette recherche ont été informées via une notice présentée en début de questionnaire :

- de l'objectif de l'étude,
- du traitement informatisé des données les concernant qui seront recueillies au cours de cette recherche,
- de leurs droits d'accès, d'opposition et de rectification de ces données.

Si la personne était d'accord pour y participer, son acceptation a été recueillie en ligne. Le recueil des données s'est fait de façon anonyme. Les coordonnées téléphoniques pour la consultation jeune consommateur et pour la médecine préventive universitaire ont été proposées à la fin du questionnaire pour tous les sujets chez qui une addiction a été retrouvée.

## II.5. Outils d'évaluation

L'étude présentée dans ce travail fait partie d'une étude plus large s'appuyant sur un auto-questionnaire. Les différents questionnaires portaient sur les addictions et les différents traits de personnalités.

Nous avons utilisé le logiciel *Lime Survey* comme plateforme de diffusion pour le questionnaire.

La réalisation du questionnaire présentait un double enjeu : permettre d'évaluer les addictions des sujets en utilisant des échelles validées scientifiquement et être concis afin de favoriser la réalisation complète du questionnaire par le sujet.

### II.5.1. Outil de recueil des données sociodémographiques

Les données concernant l'âge, le sexe, le niveau d'études et la mention au baccalauréat ont été recueillies par un autoquestionnaire.

En dehors de l'âge du patient, toutes les questions sont des questions fermées afin de faciliter l'analyse des données.

### II.5.2. Outils d'évaluations des addictions

Pour évaluer l'usage de l'alcool nous avons choisi l'autoquestionnaire CAGE comprenant 4 questions (*cut down, annoyed, guilty, eye opener*). Sa fiabilité est satisfaisante (62), (63) et il est validé en français (DETA *diminuer, entourage, trop*,

*alcool*). Nous utilisons la version française dans le questionnaire. L'usage problématique a été défini par un score au CAGE supérieur à 2 réponses positives.

Pour évaluer l'usage du tabac nous avons choisi le HSI (Heaviness of Smoking Index). Il est composé de deux questions du questionnaire de Fragerstrom : « délai entre le réveil et la première cigarette » et « nombre de cigarettes par jour ».

Il mesure la probabilité d'une dépendance avec un score allant de 0 à 6. Une forte dépendance est associée à un score supérieur à 4. La fiabilité a été jugée satisfaisante (64).

Pour évaluer l'usage du cannabis nous avons utilisé le CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*). Sa fiabilité est satisfaisante (65).

Pour évaluer l'usage des jeux vidéo nous avons choisi l'Internet Gaming Disorder Scale (IGDS) dans sa forme raccourcie. Le questionnaire validé a été traduit en français (66). Une consommation a été jugée problématique si l'IGDS est supérieur à 5.

Afin d'évaluer le bénéfice ressenti des substances, la dangerosité et le degré d'addiction, nous avons utilisé des autoquestionnaires avec des échelles stratifiées de 0 à 10. Nous avons considéré que le sujet évalue sa consommation comme problématique s'il la cote de façon supérieure ou égale à 6.

### II.5.3. Outils pour l'évaluation de la relation avec le médecin traitant

Afin d'étudier la communication du sujet avec son médecin généraliste autour des problématiques addictologiques, nous avons demandé :

- si le sujet avait parlé directement à son médecin de ses addictions,
- au sujet de coter de 1 à 10<sup>5</sup> la communication entre son médecin et lui concernant le tabac, l'alcool et le cannabis.

Nous avons identifié trois facteurs qui pouvaient impacter la communication : le respect de la confidentialité du médecin, la compétence du médecin en matière d'addiction, la probabilité que le médecin juge le patient de façon négative s'il présentait une addiction. Le sujet devait coter de 1 à 10 son ressenti concernant ces trois facteurs.

### II.5.4. Outils d'évaluation de l'attachement

Nous avons utilisé pour l'attachement explicite une version simplifiée de l'ECR-S (Experience in Close Relationships) (67). Ce test visait à étudier des facteurs complémentaires pouvant affecter la communication avec le médecin traitant.

---

<sup>5</sup> 1 pas d'évocation spontanée - 10 évocation systématique des substances par le médecin généraliste

## **II.6. Recueil et analyse des données**

Le recueil des données a été réalisé via l'extraction des données du questionnaire en ligne sur un tableur Excel. Le logiciel utilisé pour l'analyse statistique est JASP (version 0.11.03 pour Apple). Des tests non paramétriques ont été utilisés. Pour la comparaison de variables numériques, des analyses de corrélations de Kendal ont été réalisées. Pour les comparaisons de variables numériques selon des variables catégorielles, les différences de moyennes ont été évaluées à l'aide de T-test de Mann-Whitney. Le seuil de significativité retenu est de 0.05 pour toutes les analyses.

## III. Résultats

### III.1. Population de l'étude

#### III.1.1. Données socio-démographiques et académiques

Sur les 1639 étudiants ayant commencé le questionnaire, 841 d'entre eux y ont répondu intégralement. Nous n'avons pris en compte pour l'étude que les questionnaires qui avaient été remplis dans leur totalité. Deux participants ont été exclus de l'étude car ils étaient mineurs. Nous n'avons pas pratiqué d'échantillonnage de randomisation afin de maintenir la taille de l'échantillon étudié.

Le tableau 5 récapitule les caractéristiques socio-démographiques et académiques de la population d'étude.

Tableau 5 : Données socio démographiques et académiques

Caractéristiques socio démographiques	participants n=841
Age	
Moyenne d'âge (déviatiion standard)	22,03 (+/- 3,78)
Genre	
Femmes n (%)	451 (53,6%)
Hommes n (%)	390 (46,4%)
Niveau d'étude actuel	
Licence n (%)	461 (54,8 %)
Master n (%)	213 (25,3%)
3ème cycle n (%)	90 (10,7 %)
Autre n (%)	77 (9,2%)
Mention au bac	
Rien/ passable n (%)	213 (25,3 %)
Assez bien n (%)	284 (33,8 %)
Bien n (%)	219 (26,1%)
Très bien n (%)	108 (12,8%)
Félicitations n (%)	17 (2%)

### III.1.2. Addictions et étudiants

Concernant l'usage du tabac : le tableau 6 résume les caractéristiques concernant l'usage de tabac pour l'ensemble de l'échantillon. La proportion d'usagers de plus de 10 cigarettes par jour est faible (5.6%).

Tableau 6 : Données concernant l'usage du tabac chez les étudiants

<b>Usage du Tabac</b>	<b>Population 841 moyenne (+/- écart type) ou nombre (%)</b>
<b>Tabac</b>	
Tabac expérimentation %	519 (61,8 %)
Age de la première expérimentation moyenne (écart type)	15,6 (+/-2,6)
Nombre d'étudiants consommant actuellement du tabac n (%)	230 (27,3%)
Plus de 10 cigarettes par jour	47 (5,6%)

Concernant l'usage de l'alcool : 780 étudiants (92,86%) ont déjà consommé de l'alcool dans leur vie. Parmi les étudiants ayant expérimenté l'alcool, 82% d'entre eux ont fait usage d'alcool dans le mois précédant l'étude et 357 (55,9%) d'entre eux avaient eu au moins un épisode de forte consommation dans le mois.

Le tableau 7 résume les caractéristiques concernant l'usage de l'alcool pour l'ensemble de l'échantillon.

Tableau 7 : Données concernant l'usage de l'alcool chez l'ensemble des étudiants de l'étude

<b>Usage de l'alcool</b>	<b>Population 841 moyenne (+/- écart type) ou nombre (%)</b>
<b>Alcool</b>	
Age de la première expérimentation moyenne (écart type)	15,3 (2,2)
Age de la première ivresse moyenne (écart type)	16,6 (2,3)
Etudiants ayant consommé de l'alcool dans le mois	639 (76%)
Nombre de journées de forte consommation en alcool, moyenne (écart type) au sein des consommateurs	1,61 (2,4)
Score CAGE, moyenne (écart type) au sein des consommateurs	0,79 (1,1)
Usage problématique n (%)	159 (18,9%)

Concernant l'usage du cannabis : Le tableau 8 résume les caractéristiques concernant l'usage du cannabis.

Tableau 8 : Données concernant l'usage du cannabis chez les étudiants

<b>Usage du cannabis</b>	<b>Population 841 moyenne (+/- écart type) ou nombre (%)</b>
<b>Cannabis</b>	
Consommation actuelle n (%)	142 (16,89%)
Expérimentation n (%)	409 (48,63%)
Age de la première expérimentation moyenne (écart type)	16,97 (2,4)
Usagers réguliers ou quotidiens n (%)	52 (6,2%)
CAST : moyenne (écart type)	3,85 (4,042)
Usage problématique dans l'année n (%)	69 (8,2%)

Concernant l'usage des jeux vidéo : Le tableau 9 résume les caractéristiques concernant les jeux vidéo.

Tableau 9 : Données concernant l'usage des jeux vidéo chez les étudiants

<b>Usage des jeux vidéo</b>	<b>Population 841 moyenne (+/- écart type) ou nombre (%)</b>
<b>Jeux vidéo</b>	
Utilisateurs de jeux vidéo n (%)	688 (81,8%)
Utilisateurs quotidiens de jeux vidéo n (%)	169 (24,6%)
Temps de jeux en moyenne par jour en semaine (en minutes)	115,5
Temps de jeux en moyenne par jour le weekend (en minutes)	198
Dépendance aux jeux vidéo n (%)	66 (7.8%)

Concernant les polyaddictions : les tableaux 10 représente les comportements addictologiques de l'ensemble de l'échantillon.

Tableau 10 polyaddictions chez les étudiants

<b>Nombre d'addictions</b>	
0 addiction	478 (56,84%)
1 addiction	238 (28,3%)
2 addictions	91(10,82%)
3 addictions	32 (3,81%)
4 addictions	2 (0,24%)

### III.1.3. Santé et étudiant

Les données concernant l'état de santé des étudiants sont résumées dans le tableau 11.

Tableau 11 : Données des profils cliniques des participants

Données concernant la santé de l'étudiant	
Jugement de l'état de santé	
Pas/peu satisfaisant	33 (3,9%)
Moyennement satisfaisant	250 (29,7%)
Satisfaisant/très satisfaisant	558 (66,4%)
Nombre d'heures de sommeil	
Moyenne en heures	7,4 (+/-1,2)
Fréquences des problèmes de sommeil	
Jamais	204 (24,3%)
Parfois	473 (56,2%)
Souvent	164 (19,5%)
Symptomatologie psychiatrique	
(1 pas du tout, 10 énormément)	
Idées suicidaires dans la vie	3,4 +/- 2,6
Anxiété	5,4 +/- 2,9
Dépressif	3,7 +/-2,6
Troubles émotionnels	4,7 +/- 2,8
Dimension de l'attachement	
(Score à l'ECR-S)	
ECR évitant	3,5 +/-1,5
ECR anxiété	1,6 +/- 1,1

On constate que les étudiants sont en majorité (66,4%) satisfaits de leur santé physique. On retrouve toutefois des problèmes de sommeil chez 75,7% d'entre eux. Les perceptions de symptômes anxieux ou de difficultés à réguler les émotions sont fréquentes (respectivement 5.4 et 4.7 sur 10).

### III.1.4. L'étudiant et le médecin traitant

Le tableau 12 identifie le profil du médecin traitant et la consommation de soins des étudiants de l'échantillon.

Tableau 12 : Le rapport au médecin généraliste chez les étudiants.

Caractéristiques du médecin généraliste et de la consommation des soins en médecine générale	Nombre et pourcentage
<b>Médecin traitant, n=841</b>	
Oui	765 (91%)
Non	76 (9%)
<b>Médecin traitant des parents, n=765</b>	
Oui	550 (71,9%)
Non	215 (28,1%)
<b>Lieu du médecin traitant n=765</b>	
Dans le département d'origine	545 (71,24%)
Dans le département d'études	171 (22,36%)
Un médecin dans le département d'étude et un dans le département d'origine	49 (6,4%)
<b>Nombre de consultations dans l'année n=765</b>	
0 fois	127 (16,6%)
1 fois	253 (33,07%)
2-3 fois	277 (36,2%)
4 fois et plus	108 (14,12%)

On constate que 91% des étudiants déclarent avoir un médecin généraliste. Il est le médecin de leurs parents dans la majorité des cas et donc souvent dans leur département d'origine. On note que 83,4% d'entre eux l'ont consulté au cours de la dernière année, il y a donc une proportion importante d'étudiants qui ont eu recours à des soins en médecine générale.

### III.2. Objectif principal : Pourcentage d'étudiants ayant consulté leur médecin généraliste pour une problématique addictive

159 étudiants ont une consommation problématique d'alcool, 69 étudiants ont une consommation problématique de cannabis, 230 une dépendance au tabac et 66 ont une consommation problématique de jeux vidéo. **Au total 363 étudiants présentent au moins une addiction** mais seulement 6 d'entre eux déclarent avoir un suivi addictologique spécialisé (1,6% d'entre eux)

Parmi ces étudiants avec une problématique addictive, **seulement 45 disent en avoir parlé avec leur médecin généraliste au moins une fois, soit 12,4% d'entre eux.**

Si l'on regarde par produit, 39 étudiants ont déjà parlé du tabac avec leur médecin généraliste (16%), 6 de l'alcool (3.7%), 6 du cannabis (8.7%) et 2 pour les jeux vidéo (3%). Le tabac est donc la substance la plus évoquée par les étudiants en médecine générale (86,67% des discussions spontanées).

Chez les 34 sujets qui ont 3 addictions, seulement deux ont consulté et chez les 2 sujets qui ont 4 addictions, aucun n'a consulté.

Alors que 43% des étudiants ont au moins une addiction, seulement 5% l'ont évoquée lors d'une consultation de médecine générale.

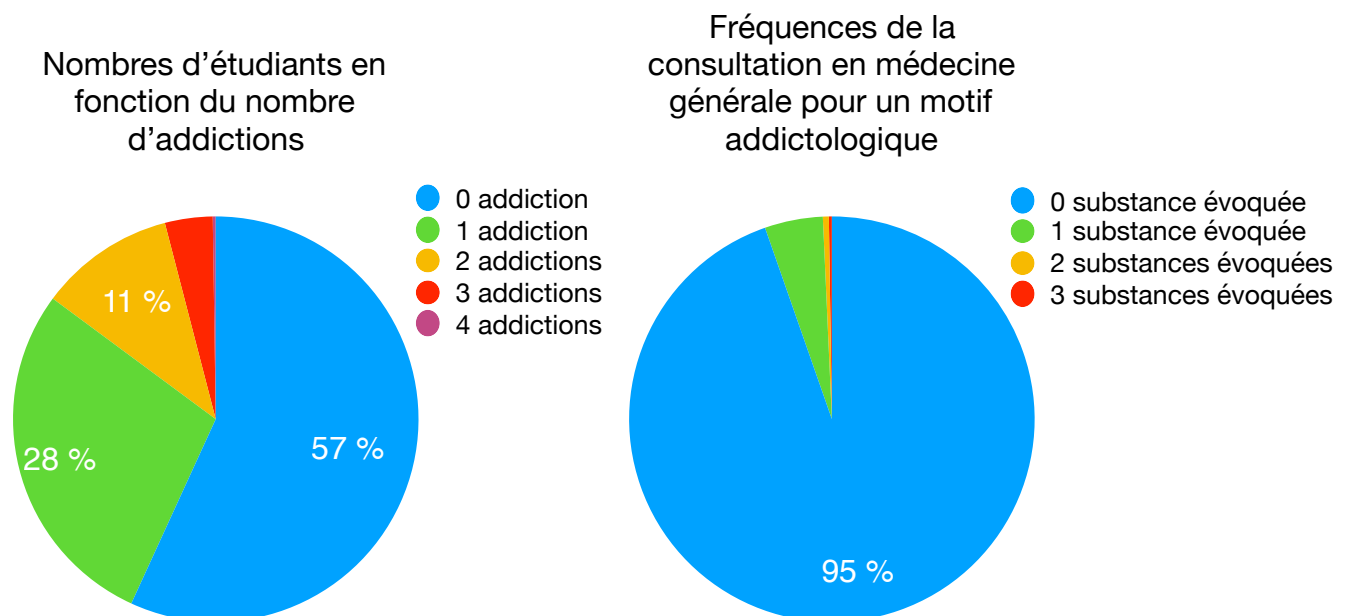


Figure 1 : comparaison entre le nombre d'étudiants ayant une addiction et la fréquence de consultation en médecine générale pour un motif addictologique

### III.3. Objectifs secondaires

#### III.3.1. Quels facteurs associés au médecin généraliste influencent la demande de soins ?

##### III.3.1.1. Évocation par le médecin généraliste des conduites addictives

La majorité des étudiants estiment que leur médecin généraliste ne leur a jamais parlé des addictions (56,8% pour le tabac, 67,3% pour l'alcool et 71,6% pour le cannabis). Le tabac semble être la substance la plus souvent abordée spontanément par les médecins généralistes (12,4% de scores supérieurs ou égaux à 5, devant l'alcool 6,2% et le cannabis 5,2%).

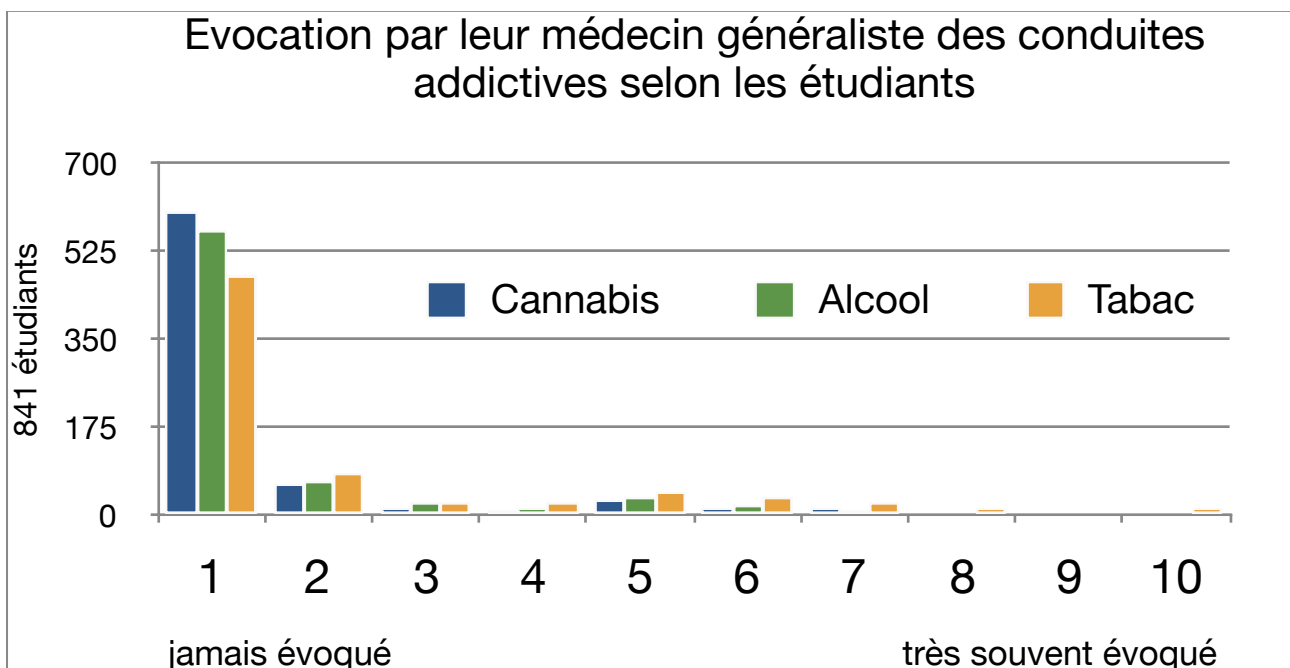


Figure 2 : Évocation par leur médecin généraliste des conduites addictives selon les étudiants

##### III.3.1.2. Lien entre addiction chez l'étudiant et évocation des addictions par le médecin généraliste

Le médecin généraliste parle plus de l'addiction au tabac aux étudiants présentant un comportement tabagique (annexe 2). Par contre, l'évocation de l'alcool ou du cannabis n'est pas associée au comportement problématique de l'étudiant avec ces substances.

##### III.3.1.3. Impact de l'évocation des conduites addictives par le médecin généraliste

L'évocation du tabac ou du cannabis par le médecin généraliste est associée à plus de discussions ultérieures initiées par l'étudiant autour de ces substances (annexe 3). Ce dernier semble moins sensible aux discours de son médecin traitant concernant l'alcool.

### III.3.2. A priori autour de la consultation d'addictologie du médecin généraliste et impact sur la demande de soins

Les 3 graphiques suivants représentent les *a priori* de l'étudiant concernant le médecin généraliste selon trois problématiques : la confidentialité, la capacité et le jugement.

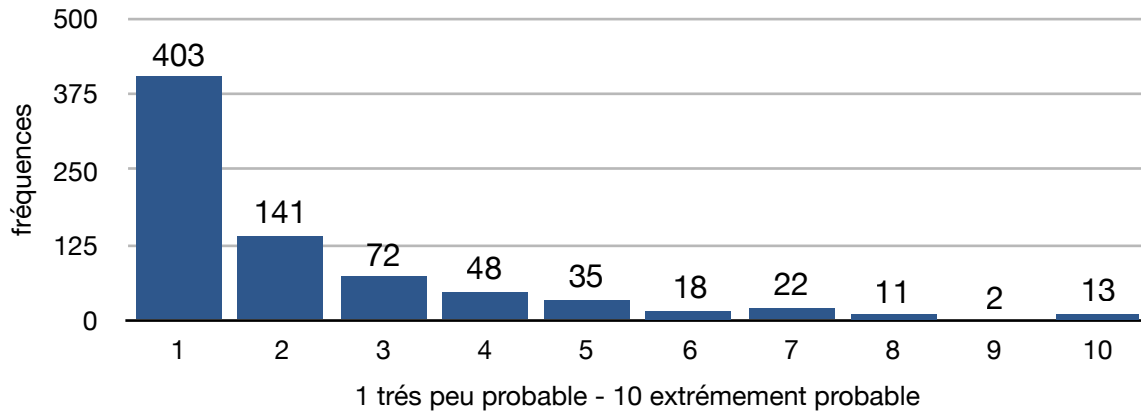


Figure 3 : Risque que le médecin répète ce qui lui a été confié

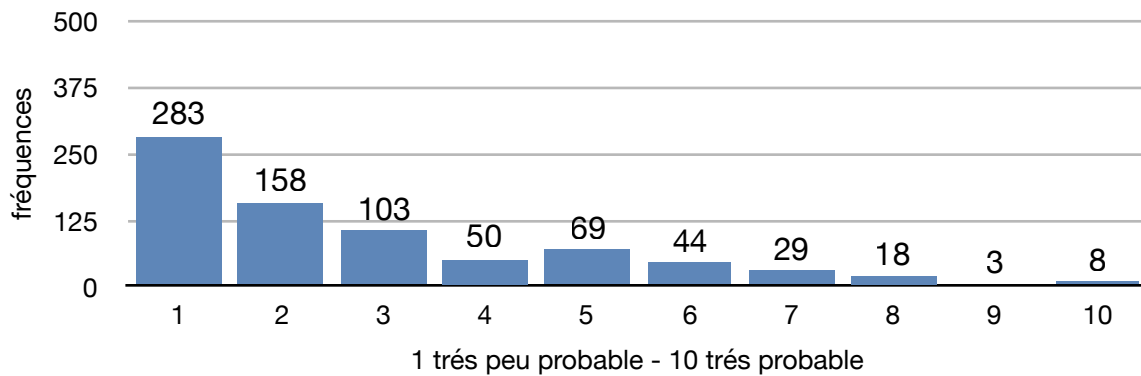


Figure 4 : Risque d'un jugement négatif en cas d'addiction

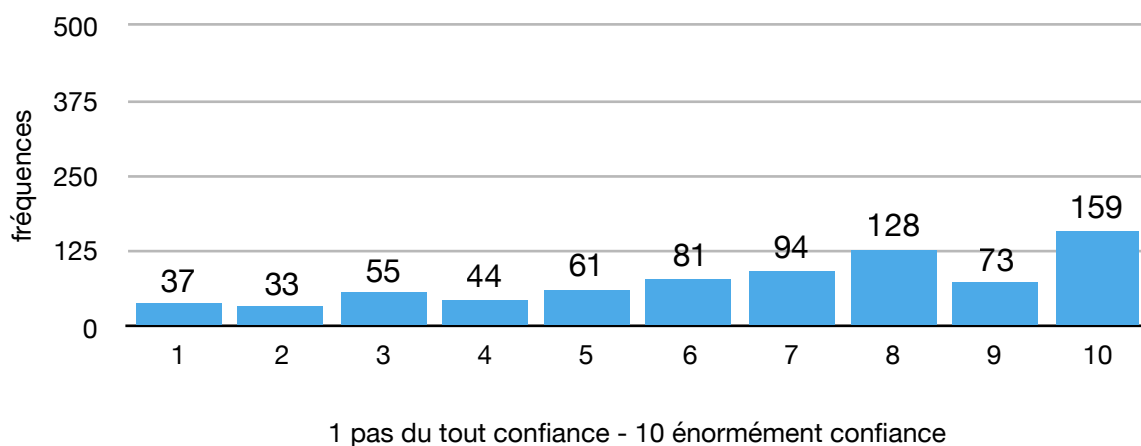


Figure 5 : Capacité du médecin généraliste à s'occuper des addictions

La confidentialité du médecin généraliste ne semble pas être mise en doute par la plupart des étudiants (2,3 +/- 2). Ces derniers disent également ne pas craindre un jugement négatif en cas d'évocation d'une pratique addictive (2,8 +/- 2,1). Par contre, la capacité du médecin généraliste à pouvoir aider son patient avec une problématique addictologique semble plus remise en question (6,7 +/- 2,7).

Les représentations de l'étudiant sur son médecin généraliste sont corrélées entre elles (annexe 4). Chez les étudiants qui pensent que leur médecin est peu confidentiel, il existe également une moins grande confiance en sa capacité à gérer une problématique addictive et la crainte d'un jugement négatif en cas d'addiction.

Dans l'étude du lien entre l'évocation d'une substance et la représentation du médecin généraliste par l'étudiant, seul le rapport entre confidentialité du médecin traitant et évocation du tabac a une puissance significative (<0,05). Les étudiants ayant évoqué le tabac à leur médecin généraliste jugent celui-ci comme plus confidentiel que les étudiants n'ayant pas évoqué le tabac à leur médecin généraliste. On retrouve la même tendance pour l'alcool.

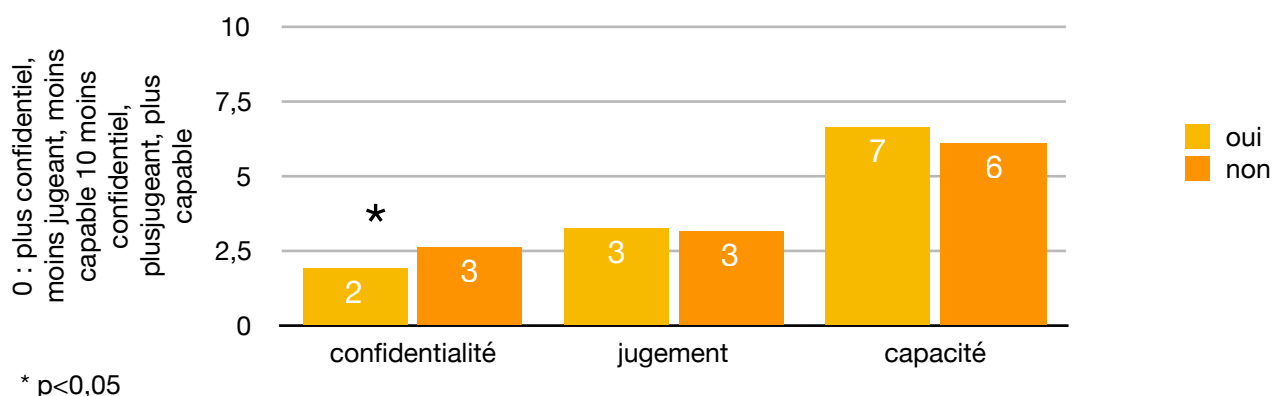


Figure 6 : Evocation du tabac par l'étudiant en fonction de sa représentation de son médecin traitant

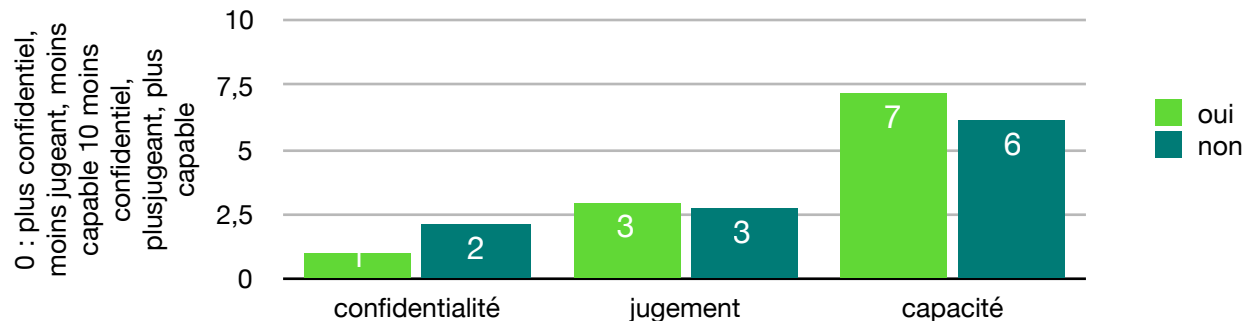


Figure 7 : Evocation de l'alcool par l'étudiant en fonction de sa représentation de son médecin traitant

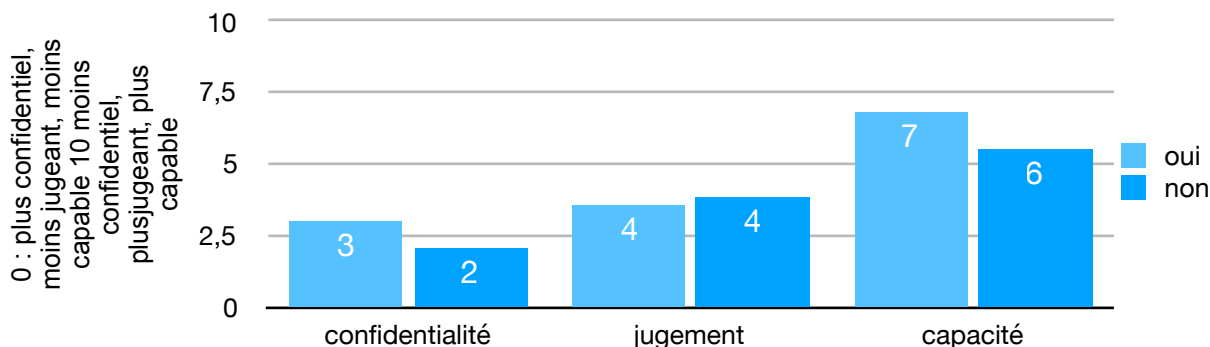


Figure 8 : Evocation du cannabis par l'étudiant en fonction de sa représentation de son médecin traitant

En ce qui concerne la capacité du médecin et le jugement, il n'y a aucun résultat assez significatif pour être interprété.

### III.3.3. Quels facteurs individuels chez l'étudiant peuvent influencer la demande de soins ?

#### III.3.3.1. Perception du problème et influence sur la demande de soins

Quelle que soit la problématique addictive, les étudiants ayant un comportement problématique rapportent plus de difficultés avec le produit ou comportement concerné (jeux vidéo  $p < 0.001$ , alcool  $p < 0.001$ , cannabis  $p < 0.001$ ). Cependant, un pourcentage important d'étudiants sous-évalue les dommages de ses pratiques (chez les étudiants ayant un usage problématique : 69.2% pour l'alcool (annexe 5), 47,4% pour le cannabis (annexe 6), 38,3% pour le tabac (annexe 7) et 53.2% pour les jeux vidéo (annexe 8)).

Pour autant, hormis le tabac, la perception d'une pratique problématique n'est pas associée à davantage de discussion autour de cette addiction avec son médecin généraliste (annexe 9). Par contre, la perception d'une pratique problématique de jeux vidéo est associée à plus de discussion avec son médecin traitant autour du tabac et du cannabis.

#### III.3.3.2. Impact de la perception de la dangerosité sur la demande de soins

La perception des bénéfices et risques en fonction des substances est représentée dans la figure 9.

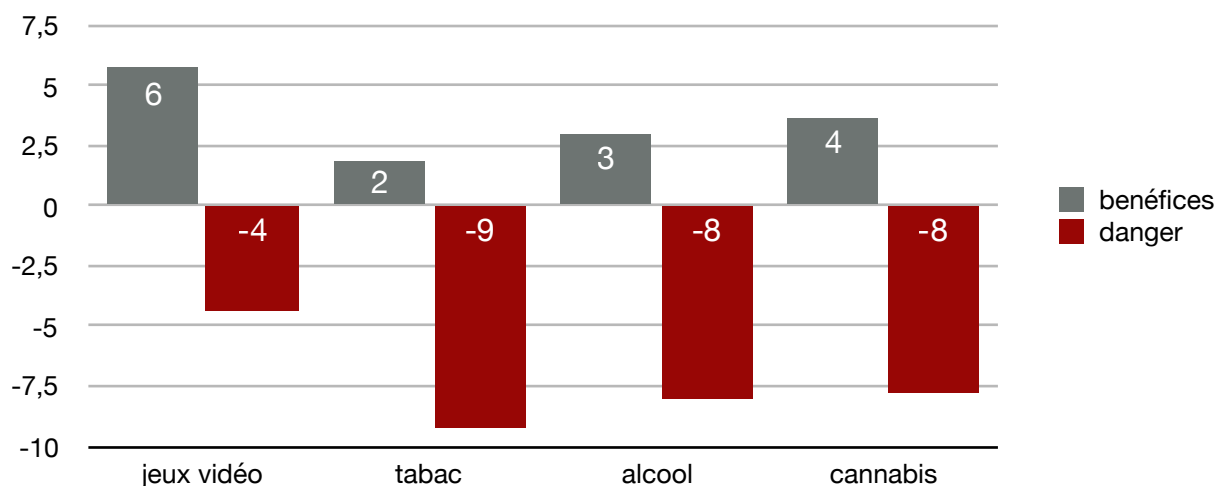


Figure 9 : Perception des bénéfices et des risques des différentes addictions

On peut voir que pour le tabac, l'alcool et le cannabis, les étudiants jugent que la substance est plus dangereuse que bénéfique. Les images des différentes substances sont corrélées entre elles (annexe 10). L'image liée au produit n'influence cependant pas la demande de soins auprès du médecin généraliste.

### III.3.3.3. Impact du profil de l'étudiant sur la demande de soins

Les seuls facteurs associés à l'évocation des substances addictives chez l'étudiant avec son médecin généraliste sont l'âge et le profil évitant (Annexe 11). Plus l'étudiant est âgé, plus il évoque le tabac et l'alcool avec son médecin généraliste. L'attachement évitant est corrélé négativement à l'évocation du tabac : **ceux qui parlent de leur consommation de tabac avec leur médecin généraliste sont moins évitants que ceux qui n'en parlent pas** (3,1 vs 3,9 à l'ECRs).

## IV. Discussion

### IV.1. Résumé des résultats

Cette étude a permis de démontrer que seulement 5% des étudiants ont recours à la consultation de médecine générale dans le cadre de problématiques addictives, alors que 43% des sujets de l'étude ont été dépistés positifs à une addiction. Pour expliquer ce faible pourcentage de demande de soins, nous avons recherché les facteurs qui l'influençaient.

Il est apparu que l'évocation des addictions par l'étudiant dépendait principalement de son médecin généraliste, notamment du dépistage réalisé ou non par celui-ci pour le tabac et le cannabis. L'image du médecin généraliste influait peu sur la demande de soins sauf pour la confidentialité du médecin chez les fumeurs de tabac.

La perception d'une consommation comme étant problématique influait peu sur la demande de soins (sauf pour le tabac). Par ailleurs il y avait un problème dans la perception de ces addictions par les étudiants qui sous évaluaient leur usage problématique pour l'alcool, le cannabis et les jeux-vidéo. L'image du produit n'influençait pas la demande de soins, le profil de l'étudiant non plus, en dehors de son âge et du profil d'attachement « évitant ».

### IV.2. Forces et limites de l'étude

#### IV.2.1. Taille de l'échantillon

Un minimum de 30 personnes ayant une addiction aux jeux vidéo était nécessaire à l'étude pour que les résultats soient significatifs. L'addiction aux jeux vidéo étant estimée à 9% de la population générale, il nous fallait un effectif minimal de 330 étudiants soit une participation de 1,2%. 841 étudiants ont répondu intégralement au questionnaire ce qui représente une taille d'échantillon significative.

Le taux de réponse de 3,34% est faible (17% pour l'étude de l'OVE), cela peut être lié à plusieurs facteurs : le court délai de mise en ligne du questionnaire (1 mois contre 3 mois pour l'OVE), l'usage irrégulier des boîtes mails étudiantes en particulier à la période choisie pour l'étude (juin/juillet) où certains étudiants ont terminé leur année académique, la sollicitation à une seule reprise des étudiants par mail et l'absence de sollicitation individuelle par courrier (méthode utilisée par l'OVE).

Si cette étude était réalisée de nouveau, il pourrait être intéressant d'augmenter le nombre d'appels, éventuellement sur plusieurs périodes de l'année, de s'organiser avec des associations étudiantes ou avec le service universitaire de santé afin d'augmenter la visibilité de l'étude et donc le taux de réponse.

Une étude sur plusieurs universités aurait pu permettre d'augmenter la taille de l'échantillon. Nous avons toutefois fait le choix de réaliser une étude uniquement

sur l'université de Poitiers car nous proposons une consultation d'évaluation pour les étudiants qui avaient été repérés comme ayant une pratique problématique et qui souhaitaient un rendez-vous. Nous ne souhaitons pas exploiter les services des autres universités ne sachant pas combien d'étudiants seraient impliqués.

#### IV.2.2. Représentativité de l'échantillon

La proportion femme-homme de l'échantillon (53,6%-46,4%) correspond à celle de la population étudiante de l'université de Poitiers en 2019 (55,8% de femmes)<sup>6</sup>. La répartition des niveaux d'étude de l'échantillon est également en concordance avec la population étudiante de Poitiers avec une sur-représentation des licences.<sup>7</sup> La moyenne d'âge est de 22 ans avec un écart type de 3,8 ans. Cet âge moyen peut être mis en lien avec la proportion d'étudiants en licence et en master mais également avec le nombre important d'étudiants en troisième cycle d'études médicales ayant répondu au questionnaire. L'échantillon est donc représentatif de la population étudiée.

Le critère principal du questionnaire réalisé avec les deux autres internes portant sur la thématique des jeux vidéo, il est possible que les usagers de jeux vidéo aient été plus sensibles à cette thématique et aient davantage répondu au questionnaire. Il y a donc un possible biais quant au pourcentage d'étudiants utilisateurs et ayant une consommation excessive de jeux vidéo. Toutefois nous n'avons pas de données concernant ce sujet, nous ne pouvons donc pas le comparer à d'autres questionnaires.

#### IV.2.3. Autoquestionnaire

Nous avons choisi de réaliser un autoquestionnaire plutôt que des entretiens individuels afin d'interroger un plus grand nombre d'étudiants. De plus l'autoquestionnaire était la base d'étude de trois thèses différentes ce que l'entretien aurait difficilement rendu possible au vu des nombreux sujets à explorer.

Le questionnaire comportait 120 items en plus d'un test sur l'attachement et nécessitait environ vingt à trente minutes pour y répondre. Nous étions conscients de la longueur du questionnaire et avons effectué des modifications au cours de l'élaboration de celui-ci afin de le raccourcir (notamment avec l'utilisation d'échelles plus courtes), mais étant le support de trois thèses différentes, cela nécessitait un certain nombre de questions afin de répondre aux objectifs des trois problématiques. La longueur du questionnaire a amené à un grand nombre d'abandons (51%). Les réponses incomplètes n'ont pas pu être prises en compte.

---

<sup>6</sup> Les femmes représentaient 55,8% de la population étudiante en 2016-2017 selon l'état des lieux réalisé par l'université de Poitiers <https://www.univ-poitiers.fr/wp-content/uploads/sites/10/2018/11/Annuaire2016-17.pdf>

<sup>7</sup> Pourcentage d'étudiants en licence 57%, master 27%, troisième cycle 9,77%, autre : 6,16%  
<https://www.univ-poitiers.fr/wp-content/uploads/sites/10/2018/11/Annuaire2016-17.pdf>

Par ailleurs la longueur du questionnaire a pu amoindrir la qualité des réponses sur les dernières questions.

Le choix de réaliser un questionnaire en ligne sans version papier était motivé d'une part par l'impossibilité pour certains tests d'être réalisés sur ce support, mais également par l'aspect pratique de la diffusion sur internet. Cela permettait de diffuser le questionnaire à un grand nombre de personnes, avec un faible coût, une garantie d'anonymat et une facilité pour exploiter et interpréter les résultats par la suite.

En ce qui concerne le choix des items, ce questionnaire comporte des échelles validées scientifiquement afin d'évaluer la dépendance à l'alcool, au tabac, au cannabis et aux jeux vidéo. Cependant, il s'agit d'échelles de dépistage et non pas d'échelles diagnostiques, elles ne remplacent donc pas une évaluation clinique globale mais témoignent d'une dépendance probable. Une hétéro-évaluation par un clinicien lors d'un entretien aurait été la seule méthode pour conclure à une dépendance, mais comme explicité précédemment, nous n'aurions pas pu interroger autant d'étudiants. En dehors des échelles validées, plusieurs questions attendaient une réponse cotée de 1 à 10. Ces échelles ont pour risque le recours à des réponses intermédiaires ce qui peut remettre en question leur fiabilité.

Nous n'avons pas recherché l'évocation des jeux vidéo par le médecin généraliste dans l'étude car nous avons considéré qu'il s'agissait de nouvelles addictions pour lesquelles les médecins généralistes n'étaient pas encore formés. Nous n'avons donc pas pu étudier certains facteurs, notamment le fait que l'étudiant évoque spontanément les jeux vidéo si une discussion a été engagée par le médecin généraliste.

Le petit nombre d'étudiants dépistés comme ayant une addiction au cannabis ou à l'alcool et qui ont évoqué les substances avec leur médecin généraliste constitue une faiblesse de l'étude. Ces échantillons étaient si faibles qu'il était impossible d'interpréter les facteurs influençant leur demande de soins faute de résultats assez puissants pour être retenus dans l'étude.

### IV.3. Confrontation des résultats de l'étude aux données de la littérature

Concernant les consommations de substances addictives, nos critères d'étude différaient de ceux utilisés par l'OVE par l'utilisation d'échelles standardisées afin de dépister des addictions.

Il n'y a que pour le tabac que les résultats entre l'étude de l'OVE et notre étude sont significativement différents. On retrouve moins d'utilisateurs réguliers dans notre étude (27,3%) que dans l'étude de l'OVE (36%), alors que l'on retrouve plus d'expérimentateurs dans notre étude (61,8%) que dans celle de l'OVE (46%). Cela peut être lié au fait que l'OVE différencie dans son étude les gros fumeurs, petits fumeurs et fumeurs occasionnels, alors que notre étude posait la question des « fumeurs actuels » quelle que soit leur consommation. Il est possible que dans notre étude des fumeurs occasionnels ne se soient pas reconnus comme des

« fumeurs actuels ». La question se pose également pour les pourcentages très différents d'expérimentateurs. Dans l'étude de l'OVE ont été différenciés ceux qui n'ont jamais fumé des fumeurs actuels et des anciens fumeurs, mais il n'y avait pas de question concernant l'expérimentation. Les étudiants ayant seulement expérimenté le tabac se sont probablement exprimés comme n'ayant jamais fumé. Ceci expliquerait la différence avec les expérimentateurs en population générale (68%), résultat qui se rapproche des données retrouvées dans les résultats de notre étude.

Concernant l'état de santé et le recours aux soins, les données sont semblables aux études de l'OVE, notamment concernant le recours à la consultation de médecine générale où l'on retrouve un pourcentage important d'étudiants consultant chez leur médecin.

Pour le reste de l'étude, la communication avec le médecin généraliste concernant les addictions chez les étudiants n'avait jamais été étudiée.

#### IV.4. Les hypothèses

Notre hypothèse principale concerne la demande de soins par l'étudiant : plus le médecin généraliste recherche une addiction, plus l'étudiant va être enclin ensuite à discuter de ces problématiques, soit parce qu'il percevra le médecin comme ouvert à cette discussion, soit parce que le dépistage réalisé et l'information délivrée lui permettront de se rendre compte qu'il est dépendant à une substance. L'hypothèse se confirme pour l'ensemble des substances à l'exception de l'alcool : son évocation par le médecin généraliste ne modifie pas la demande de soins par l'étudiant. On peut se demander si l'alcool n'a pas un statut particulier pour l'étudiant ce qui le rend moins enclin à critiquer sa consommation. C'est la substance que l'étudiant, même en mésusage, perçoit le moins comme étant problématique ce qui rejoint l'idée énoncée dans l'introduction : l'alcool a un statut particulier dans la culture française.

Les résultats montrent que le médecin généraliste parle davantage d'addiction au tabac aux étudiants présentant un comportement tabagique par rapport aux autres étudiants, ce qui nous renvoie à l'hypothèse énoncée dans l'introduction : les médecins se fieraient plus à leur sens clinique pour évoquer les addictions plutôt qu'à la réalisation d'un dépistage systématique.

Dans la moitié des cas, les étudiants ayant une addiction (quelle qu'elle soit) ne percevaient pas leur addiction comme problématique. La seule addiction pour laquelle leur perception influait sur la demande de soins était le tabac. Cette absence de perception de l'addiction comme étant problématique explique que l'étudiant n'est pas dans une démarche de soins vis-à-vis de la substance.

Seulement deux étudiants ont contacté la CJC pour une demande de soins suite à la réalisation du questionnaire alors qu'un message les invitait à le faire s'ils étaient testés positifs à une addiction (soit 363 étudiants). On peut se demander si cela est lié à un manque de confiance quant aux résultats obtenus du fait du défaut de perception de son addiction ou si d'autres éléments entrent en compte dans le

refus de la prise en charge (manque de temps ? refus de considérer la consommation comme problématique ?).

L'enquête montre que la majorité des étudiants estime que leur médecin généraliste ne leur a jamais parlé des addictions. Dans le baromètre santé 2009, 67% des médecins déclarent aborder la question du tabac avec tous leurs patients alors que seulement 25% des patients déclareraient avoir été interrogés à ce sujet. Cela montre que même si la question du tabac est évoquée en médecine générale, elle ne l'est pas suffisamment ou pas sous la bonne forme. De plus, les étudiants ne considérant pas avoir un mésusage de la substance sont probablement moins sensibles à ce discours.

L'évocation d'une substance par l'étudiant est corrélée au fait d'évoquer ensuite une autre substance addictive, en dehors des jeux vidéo, ce qui laisse penser que le dépistage de cette addiction comportementale ne fait pas encore partie du dépistage systématique une fois que la discussion autour des addictions est enclenchée.

L'âge influait sur la demande de soins. On peut penser que plus le patient est âgé, plus les consultations de médecine générale ont été nombreuses ce qui a permis d'augmenter les occasions d'en discuter avec son médecin généraliste.

Le mode d'attachement « évitant » a pu être mis en lien avec la demande de soins seulement pour la substance tabac. En effet, l'effectif d'étudiants ayant un mésusage d'alcool ou de cannabis et ayant évoqué ses addictions est très faible, ce qui ne permet pas d'avoir de résultats significatifs dans cette population.

#### IV.5. Implications pour la pratique, la formation et la recherche

L'évocation par le médecin généraliste de la problématique addictive est l'un des meilleurs facteurs permettant d'augmenter la discussion initiée par l'étudiant par la suite. Toutefois, cette évocation, ou du moins ce que l'étudiant en retient, est très faible. Les thèses déjà réalisées à ce sujet ont conclu qu'il fallait renforcer l'usage du dépistage systématique pour toutes les substances. Ces conclusions sont corroborées par les résultats de notre étude qui montrent la nécessité de dépistage, en particulier dans la population étudiante.

Ces études conseillaient une amélioration de la formation en addictologie chez les médecins généralistes actuels et en formation. Plusieurs pistes se profilent : augmenter le nombre d'heures de cours alloués à l'addictologie, favoriser les stages satellites en structure ambulatoire lors des stages niveau 1 ou SASPAS, ou encore proposer des stages d'internes en psychiatrie dans les CSAPA. Ces solutions pourraient, de plus, susciter un intérêt plus grand pour l'addictologie chez les futurs professionnels de santé. Avoir des liens au cours de la formation d'interne avec les structures spécialisées aurait comme autre avantage de renforcer les liens entre les médecins de ville et les structures de soins en addictologie. Ce réseau ville/ hôpital est important pour améliorer les connaissances du médecin généraliste en addictologie.

En ce qui concerne la médecine étudiante, la recherche des addictions de façon systématique pourrait également être proposée en consultation SUMPPS, ce qui n'est pas le cas pour l'instant.

L'un des enjeux les plus importants semble être la perception par l'étudiant de sa propre addiction. L'organisation de campagnes de prévention pourrait aider à améliorer la prise de conscience du problème et encourager le jeune à consulter. On pourrait imaginer la réalisation de campagnes massives de dépistage destinées aux étudiants avec des entretiens individuels à visée addictologique. On peut également se poser la question de l'impact qu'a pu avoir notre questionnaire sur la prise de conscience des étudiants sur leurs addictions et sur une potentielle discussion avec leur médecin en les interrogeant de nouveau. Toutefois, l'image de ces substances dans la société a une grande influence sur la perception de l'étudiant du produit et de sa propre consommation. Faire évoluer cette image serait sans doute un excellent moyen de prévention des comportements addictifs auprès des jeunes. Cela nécessiterait une refonte globale de l'image des produits dans la société que ce soit sur le plan privé, dans le cadre de l'éducation, mais également via l'image du produit par le prisme de la télévision, du cinéma, des publicités, ce qui ne semble pas réalisable à notre échelle.

Du point de vue de la pratique de la médecine générale, l'application de cette étude pourrait être la réalisation systématique d'un dépistage auprès de la patientèle étudiante. Toutefois, nous n'avons aucun moyen de savoir si celui-ci n'est, comme l'indiquent les étudiants, pas réalisé, ou si les étudiants interrogés ne se souvenaient pas d'un tel dépistage. Il serait intéressant de voir quel profil de médecin réalise un dépistage systématique, au cours de quel type de consultation, sur la population étudiante générale ou sur des profils particuliers comme ont pu le supposer d'autres investigations. Pour répondre à ces questions on pourrait questionner des médecins généralistes sur leurs habitudes de dépistage auprès des patients et plus particulièrement auprès de la population étudiante dans un futur travail de recherche.

## V. Annexes

### Annexe 1 : Autoquestionnaire

#### DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Etes-vous :  un homme  une femme

Quel âge avez-vous ? num

En quelle année êtes-vous ?  Licence  Master  3ème Cycle  Autre

Quelle mention avez-vous eu au baccalauréat ?

rien/passable  assez bien  bien  très bien  félicitations

#### Vous et les Jeux vidéo

Pensez-vous avoir un problème avec les jeux vidéo ?

Pas du tout								Énormément	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Merci d'indiquer le temps que vous passez à jouer à des jeux vidéo, tous supports confondus :

Temps de jeux vidéo (Smartphone, ordinateur, console, tablette)	Jours de semaine (minutes/jour)	Num
	Week-End (minutes/ jour)	Num

Indiquez la fréquence d'utilisation de ces différents types de jeu-vidéo	Pas dans le mois	<10 fois par mois	> 10 fois par mois	Tous les jours
Aventure/action/réflexion en solitaire				
Simulation de course/de sport				
Stratégie				
FPS (jeu de tirs à la première personne)				
MMORPG (jeu de rôle en ligne massivement multi-joueur)				

D'après vous, les jeux-vidéo sont-ils dangereux ?

Pas du tout									Énormément
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D'après vous, les jeux-vidéo sont-ils bénéfiques ?

Pas du tout									Énormément
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Votre pratique de jeux vidéo:

1: Pas du tout 3: Un peu 5: Beaucoup 7: Tout à fait/Enormément	1	2	3	4	5	6	7
Décririez-vous votre pratique du jeu-vidéo comme un simple passe-temps ?							
Décririez-vous votre pratique du jeu-vidéo comme « un sport », une pratique compétitive ?							
Pratiquez-vous le jeu-vidéo pour vous aider à maintenir ou établir des contacts sociaux ?							
Etes-vous impliqué dans un jeu-vidéo en ligne à univers persistant (évolution du jeu se poursuivant quand vous n'êtes pas connecté) ?							
Votre pratique du jeu-vidéo implique-t-elle de l'argent réel (hors achat du jeu et de la plateforme) ?							

#### ECHELLE INTERNET GAMING ADDICTION SCALE

Au cours des 12 derniers mois

Y a-t-il eu des périodes où tout ce à quoi vous pouviez penser était le moment où vous pourriez jouer à un jeu?  Oui  Non

Vous êtes-vous senti insatisfait parce que vous vouliez jouer plus?  Oui  Non

Vous sentez-vous malheureux quand vous ne pouviez pas jouer à un jeu?  Oui  Non

Avez-vous été incapable de réduire votre temps de jeu, après que d'autres personnes vous aient dit à plusieurs reprises de jouer moins?  Oui  Non

Avez-vous joué à des jeux pour ne pas avoir à penser à des choses ennuyantes?  Oui  Non

Avez-vous eu des disputes avec d'autres personnes à cause des conséquences de votre comportement de jeu?  Oui  Non

Avez-vous caché le temps que vous passez sur les jeux aux autres?  Oui  Non

Avez-vous perdu de l'intérêt pour les loisirs ou d'autres activités parce que le jeu était tout ce que vous vouliez faire?  Oui  Non

Avez-vous vécu de graves conflits avec votre famille, vos amis ou votre partenaire à cause des jeux?  Oui  Non

#### CALCUL SCORE INTERNET GAMING ADDICTION SCALE

SI SCORE  $\geq 5$

Avez-vous déjà pris l'initiative de discuter de votre pratique de jeux vidéo avec votre médecin traitant?  Oui  Non

#### IAT Attachement

##### Vous et le Tabac

D'après vous, le tabac est-il dangereux ?

Pas du tout					Énormément				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D'après vous, le tabac est-il bénéfique?

Pas du tout					Énormément				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Avez-vous déjà expérimenté le tabac ?  Oui  Non

SI OUI :

A quel l'âge l'avez-vous expérimenté ? Num

Fumez-vous toujours aujourd'hui (dans le mois) ?  Oui  Non

SI OUI :

Pensez-vous avoir un problème avec le tabac ?

Pas du tout					Énormément				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### MINI FAGERSTROM

Combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette:  
- de 5 mn:  (3) de 6 à 30 mn:  (2) de 31 à 60 mn  (1) + de 60 mn:  (0) Combien de cigarettes fumez-vous par jour:

jusqu'à 10:  (0) de 11 à 20:  (1) de 21 à 30:  (2) plus de 30:  (3)

#### CALCUL SCORE MINI FAGERSTROM

Avez-vous déjà pris l'initiative de discuter de votre consommation de tabac avec votre médecin traitant ? (nb : que pour les expérimentateurs oui)  Oui  Non

## Vous et l'Alcool

D'après vous, l'alcool est-il dangereux ?

Pas du tout								Énormément	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D'après vous, l'alcool est-il bénéfique?

Pas du tout								Énormément	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Avez-vous déjà expérimenté l'alcool ?  Oui  Non

SI OUI :

A quel âge avez-vous bu de l'alcool pour la première fois (1 verre entier) ? Num

A quel âge avez-vous été ivre pour la première fois ?  Jamais Num

Avez-vous consommé de l'alcool dans le mois ?  Oui  Non

SI OUI :

Pensez-vous avoir un problème avec l'alcool ?

Pas du tout								Énormément	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Combien de jours de forte alcoolisation (au moins 6 « verres de bar » pour un garçon/4 pour une fille) ou d'ivresse avez-vous eu lors des 4 dernières semaines ? Num

CATEGORIE API (ALCOOLISATION PONCTUELLE IMPORTANTE) = 3 OU PLUS

Questionnaire CAGE :

Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

Oui  Non

Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

Oui  Non

Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?  Oui  Non

SI 2 REPONSES + :

Avez-vous déjà pris l'initiative de discuter de votre consommation d'alcool avec votre médecin traitant?  Oui  Non

## **Vous, le Cannabis et autres substances illicites**

D'après vous, le cannabis est-il dangereux ?

Pas du tout					Énormément				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

D'après vous, le cannabis est-il bénéfique?

Pas du tout					Énormément				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Avez-vous déjà expérimenté le cannabis ?  Oui  Non

SI OUI :

A quel âge avez-vous expérimenté le cannabis ? Num

Avez-vous consommé du cannabis au cours du dernier mois ?  Oui  Non

SI OUI :

Pensez-vous avoir un problème avec le cannabis ?

Pas du tout					Énormément				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quelle a été la fréquence moyenne de votre consommation de cannabis au cours du dernier mois:

< 4 fois dans le mois ?  < 10 fois par mois ?  Au moins 10 fois par mois ?  Tous les jours ?

Au cours des 12 derniers mois	Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Assez souvent
	0	1	2	3	4
Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?					
Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?					
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?					
Avez-vous essayé de réduire ou arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?					
Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école) ?					

CALCUL SCORE CAST

SI SCORE CAST  $\geq 7$

Avez-vous déjà pris l'initiative de discuter de votre consommation de cannabis avec votre médecin généraliste?  Oui  Non

Avez-vous déjà expérimenté **d'autres substances illicites** ?  Oui  Non

**Votre enfance**

Les énoncés suivants concernent vos expériences vécues lors de votre enfance et de votre adolescence. Elles sont toutes de nature personnelle, intime. Essayez d'y répondre le plus honnêtement possible.

Pour chaque énoncé, cochez le choix de réponse qui décrit le mieux comment vous vous sentez.

Quand j'étais jeune	Jamais	Rarement Vrai	Quelques fois Vrai	Souvent Vrai	Très Souvent Vrai
1. Je n'avais pas suffisamment à manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Des membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) », « laid(e) » ou d'autres noms semblables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mes parents étaient trop saouls ou trop « gelés » pour prendre soin de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou spécial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je devais porter des vêtements sales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je me sentais aimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je pensais que mes parents souhaitaient que je ne sois jamais né(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai été frappé(e) tellement fort par un membre de ma famille que j'ai dû aller voir un médecin ou aller à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il n'y avait rien que je voulais changer concernant ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Des membres de ma famille me frappaient si fort que cela laissait des bleus ou des marques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. J'étais puni(e) avec une ceinture, une planche, une corde ou un autre objet dur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Les membres de ma famille prenaient soin les uns des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Des membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je pense que j'étais abusé(e) physiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'avais une enfance parfaite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'étais frappé(e) ou battu (e) si fort que cela a été remarqué par une personne comme un professeur, un voisin ou un médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je sentais que quelqu'un dans ma famille me haïssait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Quelqu'un a tenté de me toucher de manière sexuelle ou a essayé de me forcer à le toucher ainsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Quelqu'un m'a menacé(e) de me faire mal ou de raconter des mensonges sur moi si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui ou avec elle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. J'avais la meilleure famille du monde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Quelqu'un a tenté de me faire faire ou de me faire regarder des activités sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Quelqu'un m'a abusé(e) sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je crois que j'ai été abusé(e) psychologiquement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Il y avait quelqu'un pour m'amener chez le médecin si j'en avais besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Je crois que j'ai été abusé(e) sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ma famille était une source de courage et de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Votre Santé

Comment jugez-vous votre état de santé ?

- pas/peu satisfaisant     moyennement satisfaisant     satisfaisant/très satisfaisant

Combien d'heures en moyenne dormez-vous par nuit ? Num

Éprouvez-vous des problèmes pour dormir ?     Jamais     Parfois     Souvent

Avez-vous déjà eu des idées suicidaires au cours de votre vie ?

Jamais					Très souvent				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vous décririez-vous comme anxieux ?

Pas du tout					Extrêmement				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vous décririez-vous comme déprimé ?

Pas du tout					Extrêmement				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vous décririez-vous comme ayant du mal à gérer vos émotions ?

Jamais					Très souvent				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Avez-vous un (des) médecin(s) généraliste(s) ? Oui/Non

SI OUI :

Partagez-vous le même médecin généraliste que vos parents ?  Oui  Non

Votre (Vos) médecin(s) généraliste(s) est il (sont ils):

- Sur votre ville d'étude     Sur votre département d'origine     Sur les deux si différents

Avez-vous consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois ?

- 0 fois     1 fois     2-3 fois     4 fois et plus

Votre (ancien/actuel) médecin généraliste vous parle t'il spontanément des addictions ?

	Pas du tout					Énormément				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tabac										
Alcool										
Cannabis										

A quel point pensez-vous que le médecin généraliste pourrait répéter ce que vous lui dites à quelqu'un (proche, voisins, parents...)? (cochez la case correspondante)

Très peu probable					Extrêmement probable				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Auriez-vous confiance en les capacités du médecin généraliste pour vous aider si vous aviez une pratique addictive ?

Pas du tout					Énormément				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

A quel point pensez-vous que le médecin généraliste vous jugerait négativement s'il apprenait que vous avez un problème d'addiction ?

Très peu probable					Extrêmement probable				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Avez-vous un suivi spécialisé en lien avec une conduite addictive ?  Oui  Non

### **Votre Histoire Familiale concernant les pratiques addictives ou psy**

D'après vous, <b> votre père </b> a-t-il présenté :	certainement oui	peut-être	certainement non	non connu
une pratique addictive (alcool, drogue, jeux d'argent...)				
des problèmes psychologiques ou psychiatriques				

D'après vous, <b>votre mère</b> a-t-elle présenté :	certainement oui	peut-être	certainement non	non connu
une pratique addictive (alcool, drogue, jeux d'argent...)				
des problèmes psychologiques ou psychiatriques				

## Votre Attachement

### Échelle ECR-RS

- 1 - Habituellement, je discute de mes préoccupations et de mes problèmes avec mes parents.
- 2 - Je discute des sujets importants avec mes parents.
- 3 - Cela m'aide de me tourner vers mes parents quand j'en ai besoin.
- 4 - Je trouve cela facile de compter sur mes parents quand j'en ai besoin.
- 5 - Je préfère ne pas montrer mes sentiments profonds à mes parents.
- 6 - Je ne me sens pas à l'aise de m'ouvrir à mes parents.
- 7 - Je crains que mes parents puissent m'abandonner.
- 8 - J'ai peur que mes parents ne soient pas autant attachés à moi que je ne le suis à eux.
- 9 - Je m'inquiète souvent que mes parents ne se soucient pas vraiment de moi.
- 10 - Je ne fais pas entièrement confiance à mes parents. Pour chaque item, répondre selon la grille suivante :

1 désaccord total	2	3	4 Neutre	5	6	7 En accord total

### SI UNE PRATIQUE ADDICTIVE A ETE REPEREE

#### CAGE +/ CAST +/ INTERNET GAMING ADDICTION SCALE +/ Mini Fragerstrom

Vos réponses à ce questionnaire indiquent une possible problématique addictive.

Nous vous invitons, si vous le souhaitez, à contacter un professionnel en addictologie pour pouvoir faire le point avec lui sur votre pratique.

Vous pouvez vous adresser soit :

- A la consultation jeune consommateur (CJC) au 05 49 88 67 31
- Au service de médecine préventive universitaire au 05 49 45 33 54

## Annexe 2 : Lien entre l'évocation par le médecin généraliste d'une substance et la dépendance aux substances de l'étudiant

		Dépendance au tabac	Alcool problématique	Cannabis problématique
Au moins une évocation par le médecin généraliste autour du :				
Tabac	$\chi^2$	34,65	0,228	2,817
	p	<b>&lt;0,001*</b>	0,633	0,093
Alcool	$\chi^2$	1,091	0,228	0,780
	p	0,296	0,633	0,377
Cannabis	$\chi^2$	2,212	1,586	0,009
	p	0,137	0,208	0,925

## Annexe 3 : Lien entre l'évocation d'une substance par le médecin généraliste et l'évocation ultérieure par l'étudiant (contingency table, chi2)

		Évocation par l'étudiant du tabac	Évocation par l'étudiant de l'alcool	Évocation par l'étudiant du cannabis
Au moins une évocation par le médecin généraliste autour du :				
Tabac	$\chi^2$	6,68	0,022	4,27
	p	<b>0,01*</b>	0,883	<b>0,039*</b>
Alcool	$\chi^2$	0,165	2,71	0,002
	p	0,685	0,100	0,967
Cannabis	$\chi^2$	0,272	1,94	12,95
	p	0,602	0,164	<b>&lt;0,001*</b>

## Annexe 4 : Corrélation entre les représentations du médecin par l'étudiant

		Confidentialité du médecin	Capacité du médecin
Capacité du médecin	Kendall's Tau-b	-0,231	—
	p-value	<b>&lt; .001*</b>	—
Jugement du médecin	Kendall's Tau-b	0,335	-0,342
	p-value	<b>&lt; .001*</b>	<b>&lt; .001*</b>

## Annexe 5 : Corrélation, autoévaluation et dépendance à l'alcool

Alcool	Usage non problématique	Usage problématique	Total
consommation jugée non problématique	478	<b>110</b>	588
consommation jugée problématique	2	49	51
Total	480	159	639

## Annexe 6 : Corrélation, autoévaluation et dépendance au cannabis

Cannabis	Usage non problématique	Usage problématique	Total
consommation jugée non problématique	97	<b>18</b>	115
consommation jugée problématique	7	20	27
Total	104	38	142

## Annexe 7 : Corrélation, autoévaluation et dépendance au tabac

Tabac	<10 cigarettes/jours	>10 cigarettes/jours	Total
consommation jugée non problématique	104	<b>18</b>	122
consommation jugée problématique	79	29	108
Total	183	47	230

## Annexe 8 : Corrélation autoévaluation et dépendance aux jeux vidéo

Jeux vidéos	Pas de dépendance	Dépendance	Total
consommation jugée non problématique	576	<b>33</b>	609
consommation jugée problématique	50	29	79
Total	626	62	688

## Annexe 9 : Corrélation entre les problème d'autoévaluation et la discussion avec le médecin généraliste concernant une substance addictive

		1	2	3	4	5	6	7	8
1: Jeux vidéo jugés comme problématiques par l'étudiant	Kendall's tau B	—							
	p-value	—							
2: Tabac jugé comme problématique par l'étudiant	Kendall's tau B	0,048	—						
	p-value	0,409	—						
3: Alcool jugé comme problématique par l'étudiant	Kendall's tau B	0,148	0,124	—					
	p-value	<b>&lt; .001</b>	<b>0,021</b>	—					
4: Cannabis jugé comme problématique par l'étudiant	Kendall's tau B	-0,119	0,081	-0,005	—				
	p-value	0,110	0,268	0,940	—				
5: Discussion avec le médecin généraliste concernant les jeux vidéo	Kendall's tau B	-0,025	0,136	-0,018	-0,261	—			
	p-value	0,821	0,589	0,420	0,323	—			
6: Discussion avec le médecin généraliste concernant le tabac	Kendall's tau B	0,137	0,141	0,006	0,054	-0,158	—		
	p-value	<b>0,045</b>	<b>0,013</b>	0,918	0,522	0,584	—		
7: Discussion avec le médecin généraliste concernant l'alcool	Kendall's tau B	0,122	-0,013	0,038	0,124	NaN	0,497	—	
	p-value	0,125	0,899	0,586	0,291	NaN	<b>&lt; .001</b>	—	
8: Discussion avec le médecin généraliste concernant le cannabis	Kendall's tau B	0,382	0,128	0,146	-0,234	NaN	0,471	0,775	—
	p-value	<b>0,016</b>	0,398	0,352	0,101	NaN	<b>0,007</b>	<b>0,010</b>	—

## Annexe 10 : Corrélation entre l'image des substances (bénéfices-dangers) et son évocation par l'étudiant

		1	2	3	4	5	6	7	8
1: Jeux vidéo Image		—							
	p-value	—							
2: Tabac Image	Kendall's tau B	0,08	—						
	p-value	0,764	—						
3 : Alcool Image	Kendall's tau B	0,094	0,313	—					
	p-value	< .001*	< .001*	—					
4 : Cannabis Image	Kendall's tau B	0,175	0,277	0,276	—				
	p-value	< .001*	< .001*	< .001*	—				
5 : Jeux vidéo évoqués par l'étudiant	Kendall's tau B	-0,074	0,037	-0,081	0,109	—			
	p-value	0,487	0,743	0,450	0,308	—			
6 : Tabac évoqué par l'étudiant	Kendall's tau B	0,013	-0,067	-0,041	0,036	-0,158	—		
	p-value	0,824	0,239	0,466	0,522	0,584	—		
7 : Alcool évoqué par l'étudiant	Kendall's tau B	0,084	-0,009	0,020	0,065	NaN	0,497	—	
	p-value	0,213	0,903	0,768	0,332	NaN	< .001*	—	
8 : Cannabis évoqué par l'étudiant	Kendall's tau B	0,212	-0,006	0,014	0,023	NaN	0,471	0,775	—
	p-value	0,131	0,968	0,920	0,872	NaN	0,07*	0,010*	—

## Annexe 11 : Lien entre le profil de l'étudiant et l'évocation de substances addictives en médecine générale

		Tabac évoqué par l'étudiant	Alcool évoqué par l'étudiant	Cannabis évoqué par l'étudiant	Jeux vidéo évoqués par l'étudiant
Sexe	W	3441,00	522,00	116	49,00
	p	0,386	0,513	0,342	0,482
Age	W	2713,00	226,5	65,5	50,00
	p	<b>0,007</b>	<b>0,035</b>	0,226	0,611
Anxieux	W	3408,00	383,00	96,00	26,00
	p	0,401	0,492	1,00	0,156
Dépressif	W	3695,00	425,00	124,500	38,5
	p	0,938	0,759	0,257	0,346
Emotif	W	3534,00	525,00	118,500	18,5
	p	0,614	0,551	0,374	0,090
ECR évitement	W	4647	575,0	108,5	71,00
	p	<b>0,015</b>	0,296	0,630	0,808
ECR anxiété	W	3855	473,5	110,0	67,50
	p	0,694	0,883	0,532	0,901

## VI. Références bibliographiques

1. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Addiction - Du plaisir à la dépendance. [En ligne]. [cité 14 oct 2020] Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
2. Brisacier AC, Brissot A, Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Janssen E, Le Nézet O, Lermenier-Jeannet A, Martinez M, Palle C, Spilka S. Drogues, Chiffres Clés. 8ème édition. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies; 2019 Juin, 8p.
3. Les consommations de substances psychoactives en population générale [En ligne]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/chiffres-cles/en-population-generale>
4. Belgigith F, Beswick C, Bohet A, Morvan Y, Regnier-Loillier A, Rosenbacher-Berlemont M, Tenter E, Verley E. Repères sur la santé des étudiants. Vanves : Observatoire de la Vie Etudiante; 2018 aout, 24p.
5. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. et le groupe Barometre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(12):214-22.
6. Pin S, Leon C, Arwidson P. Consommation de tabac chez les étudiants en France : données du Baromètre santé. Santé Publique France; 2003,135-144.
7. Richard JB, Beck F, Spilka S. La consommation d'alcool des 18-25 ans en 2010 en France : spécificités et évolutions depuis 2005. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2013;16-17-18:176-9.
8. Santé Publique France. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français?. SPF; 2020 Jan, 9p.
9. Beck F, Spilka S, Nguyen-Thanh V, Gautier A, Le Nézet O, Richard J-B, et le groupe Baromètre santé 2016. Cannabis : usages actuels en population adulte. Tendances. 2017 Juin;119:1-4.
10. Centre National du Cinéma et de l'image Animée. Les pratiques de consommation de jeux vidéo des Français. Paris : TNS-Sofres; 2014, 51p.
11. Syndicat des Éditeurs de Logiciels de Loisirs. L'essentiel du jeu vidéo. Chiffres 2017 du marché du jeu vidéo. SELL; 2018 Fev, 53p.
12. Les français et le jeu vidéo en 2018 (sondage Ifop). AFJV. [En ligne]. [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.afjv.com/news/9310-les-francais-et-le-jeu-video-en-2018-sondage-ifop.htm>
13. Obradovic I, Spilka S, Phan O, Bonnaire C. Écrans et jeux vidéo à l'adolescence : Premiers résultats de l'enquête du Programme d'étude sur les liens et l'impact des écrans sur l'adolescent scolarisé (PELLEAS). Tendances. 2014; 97,6p.

14. Sécurité routière. Bilan définitif de l'accidentalité routière 2018. [En ligne]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.securite-routiere.gouv.fr/actualites/bilan-definitif-de-laccidentalite-routiere-2018>
15. Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. L'essentiel sur...les jeunes et l'alcool : Prévenir les conduites à risques et protéger les jeunes, un enjeu qui nous concerne tous. Paris : MIDELCA; 2019 Mar, 4p.
16. Kandel D. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*. 1975;190(4217):912-4.
17. Attaiaa LA, Beck F, Richard JB, Marimoutou C, Mayet A. Relationships between substance initiation sequence and further substance use: A French nationwide retrospective study. *Addictive Behaviors*. 2016;57:1-5.
18. Tabac Info Service. Questions/Réponses [En ligne]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/questions-reponses>
19. Histoire du tabac et de ses méfaits L'influx. 2011. [En ligne]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.linflux.com/sante/histoire-du-tabac-et-de-ses-mefaits/>
20. World Health Organisation. Smoke-free movies: from evidence to action. Third Edition. Genève : WHO; 2015, 54 p.
21. Morgenstern M, Poelen EAP, Scholte R, Karlsdottir S, Jonsson SH, Mathis F, et al. Smoking in movies and adolescent smoking: cross-cultural study in six European countries. *Thorax*. 2011;66(10):875-83.
22. Article 22 - LOI n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt (1) - Légifrance [En ligne]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000029573260](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000029573260)
23. Richard D, Senon JL. Le cannabis. 5ème édition. Paris : Presses Universitaires de France; 2002, 128p.
24. Histoire du cannabis. Culture-Cannabis.com. [En ligne]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.culture-cannabis.com/cannabis/histoire>
25. Place du jeu vidéo dans la société Gameblog. [En ligne]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: [http://www.gameblog.fr/article\\_lecteur\\_1901\\_place-du-jeu-video-dans-la-societe](http://www.gameblog.fr/article_lecteur_1901_place-du-jeu-video-dans-la-societe)
26. Fortin T, Mort P, Trémel L. Les jeux vidéo Pratiques contenus et enjeux sociaux. L'Harmattan; 2005, 240p.
27. Cassoti M, Habib M. La prise de risque à l'adolescence. Elsevier Masson; 2017, 252p:383-390.
28. Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Baromètre santé 2000 : Résultats. Volume 2. Vanves : Comité Français d'Education pour la Santé; 2001, 473p.

29. Société Mutualiste des Étudiants de la Région Parisienne. Enquête Santé Etudiants & Lycéens 2018. Paris : SMEREP; 2018 Juin, 76p.
30. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. 9ème édition. Paris : Elsevier Masson; 2018, 944p.
31. Beck F, Dervaux A, Du Roscoät E, Gallolep-Morvan K, Grall-bronnec M, Kern L, Krebs MO, Legleye S, Melchior M, Naassila M, Peretti-watel P, Phan O, Romo L, Spilka S. Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement. SPF collection Expertise collective; 2014, 442p.
32. Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why do children from socioeconomically-disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A lifecourse study. *Am J Epidemiol.* 2007;166:966-974.
33. Bowes L, Chollet A, Fombonne E, Galéra C, Melchior M. Lifecourse socioeconomic position and tobacco and cannabis use among young adults. *European Journal of Public Health.* 2012:1-6.
34. Melchior M, Chastang JF, Mackinnon D, Galéra C, Fombonne E. The intergenerational transmission of tobacco smoking: the role of parents' longitudinal smoking trajectory. *Drug and Alcohol Dependence.* 2010; 107:257-26.
35. Nurnberger JI Jr, Wiegand R, Bucholz K, O'Connor S, Meyer ET, Reich T, Rice J, Schuckit M, King L, Petti T, Bierut L, Hinrichs AL, Kuperman S, Hesselbrock V, Porjesz B. A family study of alcohol dependence: coaggregation of multiple disorders in relatives of alcohol-dependent probands. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 Dec;61(12):1246-56.
36. Marmorstein NR, Jacono WG, McGue M. Associations between substance use disorders and major depression in parents and late adolescent-emerging adult offspring: an adoption study. *Addiction.* 2012; 107:1965-1973.
37. Baqué M. Étude du lien entre formation initiale à l'addictologie et savoirs et attitudes des jeunes médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Poitiers; 2017, 54p.
38. Bastianic T, Brisacier AC, Cadet-Taïrou A, Dembélé S, Díaz Gómez C, Gandilhon M. Plan Gouvernemental de Lutte contre les Drogues 2013-2017. Paris. Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives. La Documentation française; 2013, 121p.
39. Druais PL. Rapport. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé ». Commandité par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes; 2015, 91p.
40. Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. Paris : MIDELCA; 2018 Dec, 132p.
41. Hesse C, Duhamel G. Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives. Paris, IGAS; 2014 Fev, 86p.

42. Haute Autorité de Santé. Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins - Recommandations de la commission d'audition. St Denis : HAS; 2007 Mai, 38p.
43. Djengué A, Pham AD, Kowalski V, Burri C. L'alcoologie et les futurs médecins généralistes français. Évaluation des connaissances, des pratiques et de la formation reçue en fin d'internat. *Psychotropes*. 2017;23 : 89-109.
44. Gallois P, Emeriaud P, Charpentier JM. Le problème « alcool » en médecine générale 2 301 réponses à un questionnaire d'auto-évaluation . *Médecine*. 2006;2(7):320-324.
45. Brisacier AC, Cadet-Tairou A, Díaz Gómez C, Gandilhon M, Le Nézet O, Lermenier-Jeannet A, Martinez M, Néfau T, Palle C. Drogues, Chiffres Clés. Paris: Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT); 2015, 8p.
46. Strang J, McCambridge J, Platts S, Groves P. Engaging the reluctant GP in care of the opiate misuser: Pilot study of change-orientated reflective listening (CORL). *Fam Pract*. 2004;21(2):150-4.
47. Van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug Alcohol Depend*. 2014;134:92-8.
48. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. St Denis : INPES; 2001, 266p.
49. Gayraud P, Dreneau M, Sannino N. Enquête alcool en Rhône-Alpes. ORS, DRASS; 2003, 96p.
50. Van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Juil;131(1-2):23-35.
51. Ketterer F, Symons L, Lambrechts M-C, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam Pract*. 2014 Juin;15(1):119.
52. Haute Autorité de Santé. Service des bonnes pratiques professionnelles : Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Saint Denis : HAS; 2014 Nov, 51p.
53. Haute Autorité de Santé. Recommandations de la commission d'audition - Abus, dépendances et polyconsommations : stratégies de soins. St Denis; 2007 Mai, 37p.
54. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Apr 18;(2):CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.

55. Santucci JJ, Couteron JP. L'intervention précoce : pourquoi et comment ?. ADSP. 2007;60:49-54.
56. Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Le dispositif de soins en addictologie. MIDELCA. 2019 Sep;4p.
57. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. L'essentiel. 2009:176-201.
58. Morel N. Quels sont, en médecine générale, les motifs de consultations des étudiants? Secondairement, évaluation de la part psychologique des motifs. Médecine humaine et pathologie. Thèse de médecine. Université de Grenoble; 2013, 42p.
59. Les services du SSU - Service de Santé Universitaire - Etu Lyon 1 - Université Lyon 1 [En ligne]. Etu Lyon 1. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://etu.univ-lyon1.fr/guide-pratique/sante/les-services-du-ssu-service-de-sante-universitaire-1060901.kjsp>
60. Drogues Info Service. Les Consultations jeunes consommateurs (CJC), une aide aux jeunes et à leur entourage [En ligne]. [cité 16 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Se-faire-aider/Les-Consultations-jeunes-consommateurs-CJC-une-aide-aux-jeunes-et-a-leur-entourage>
61. Obradovic I. Les « consultations jeunes consommateurs »: Un dispositif d'aide ouvert aux jeunes et à leur entourage. Les Cahiers Dynamiques. 2012;56(3): 88-94.
62. Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. The American Journal of Psychiatry. 1974;131(10), 1121–1123.
63. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA. 1984 Oct 12;252(14):1905-7. DOI: 10.1001/jama.252.14.1905. PMID: 6471323.
64. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991 Sep;86(9):1119-27.
65. Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B. A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. Int J Methods Psychiatr Res. 2013 Mar;22(1):16-26.
66. Pontes HM, Macur M, Griffiths MD. Internet Gaming Disorder Among Slovenian Primary Schoolchildren: Findings From a Nationally Representative Sample of Adolescents. J Behav Addict. 2016 Jun;5(2):304-10.
67. Fraley RC, Heffernan ME, Vicary AM, Brumbaugh CC. The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire: a method for assessing attachment orientations across relationships. Psychol Assess. 2011 Sep;23(3): 615-25.

## VII. Table des illustrations

Tableau 1 : comparaison de la consommation de tabac entre la population générale et la population étudiante	11
Tableau 2 : comparaison de la consommation de l'alcool entre la population générale et la population étudiante	12
Tableau 3 : comparaison de la consommation de cannabis entre la population générale et la population étudiante	13
Tableau 4 : comparatif de la consommation de jeux vidéo entre la population générale et la population étudiante. Données issues de l'étude du TNS.	13
Tableau 5 : Données socio démographiques et académiques	31
Tableau 6 : Données concernant l'usage du tabac chez les étudiants	32
Tableau 7 : Données concernant l'usage de l'alcool chez l'ensemble des étudiants de l'étude	32
Tableau 8 : Données concernant l'usage du cannabis chez les étudiants	33
Tableau 9 : Données concernant l'usage des jeux vidéo chez les étudiants	33
Tableau 10 polyaddictions chez les étudiants	33
Tableau 11 : Données des profils cliniques des participants	34
Tableau 12 : Le rapport au médecin généraliste chez les étudiants.	35
Figure 1 : comparaison entre le nombre d'étudiants ayant une addiction et la fréquence de consultation en médecine générale pour un motif addictologique	36
Figure 2 : Évocation par leur médecin généraliste des conduites addictives selon les étudiants	37
Figure 3 : Risque que le médecin répète ce qui lui a été confié	38
Figure 4 : Risque d'un jugement négatif en cas d'addiction	38
Figure 5 : Capacité du médecin généraliste à s'occuper des addictions	38
Figure 6 : Evocation du tabac par l'étudiant en fonction de sa représentation de son médecin traitant	39
Figure 7 : Evocation de l'alcool par l'étudiant en fonction de sa représentation de son médecin traitant	39
Figure 8 : Evocation du cannabis par l'étudiant en fonction de sa représentation de son médecin traitant	39
Figure 9 : Perception des bénéfices et des risques des différentes addictions	40

## VIII. Résumé

### Introduction

Les années étudiantes représentent une période propice aux expérimentations de substances addictives et les habitudes de consommation prises à cet âge sont susceptibles de perdurer. Pourtant, on retrouve peu d'études concernant la demande de soins des étudiants en addictologie. Nous avons donc réalisé une étude dont l'objectif principal était d'évaluer la présence ou non d'une demande de soins chez des étudiants ayant une consommation problématique de tabac, alcool, cannabis et jeux-vidéo. L'objectif secondaire était d'étudier les facteurs influençant cette demande de soins.

### Matériels et méthodes

Un autoquestionnaire a été diffusé par mail à l'ensemble des étudiants de l'Université de Poitiers au cours de l'année 2018-2019. La présence d'une addiction était dépistée par des échelles (CAST, CAGE, mini-fragerstrom, IGDS) au sein du questionnaire. Les données socio-démographiques et la relation avec le médecin traitant étaient recherchées via des questions fermées et des échelles de cotation. Les données numériques extraites du questionnaire ont été analysées via le logiciel JASP avec des tests non paramétriques (Kendal et Mann-Whitney). Le seuil de significativité retenu était de 0,05 pour toutes les analyses.

### Résultats

43% des 841 étudiants interrogés présentaient au moins une addiction, mais seulement 5% l'avaient évoquée lors d'une consultation en médecine générale. L'évocation des addictions par l'étudiant dépendait principalement du dépistage préalable réalisé par leur médecin généraliste. L'attachement explicite avait un impact dans l'évocation du tabac. Les autres facteurs (image du médecin généraliste, perception du produit) n'avaient pas de rôle significatif dans la demande de soins.

### Discussion

Les problématiques addictives sont fréquentes au sein des étudiants mais n'amènent que très rarement une démarche de soins. Ces résultats soulèvent des questions quant aux méthodes de prévention et soulignent l'importance de l'évocation des pratiques addictives par le médecin généraliste, seul facteur associé dans cette étude à une démarche de soins.

Mots clés : addiction – alcool – cannabis – demande de soins – étudiants – jeux vidéo – médecine générale – prévention – tabac

## Introduction

The student years represent a time where experimentation of addictive substances often occurs and the consumer habits started at this age are likely to persist. However, there are few studies concerning the care demand, concerning addictions, of students. Our study's main objective was to assess whether or not there was a demand for care among students with problematic use of tobacco, alcohol, cannabis, and video games. The secondary objective was to study the factors influencing this demand for medical care.

## Methods

A self-administered survey was sent by email to all students of the University of Poitiers during the year 2018-2019. The presence of an addiction was detected by scales (CAST, CAGE, mini-Fragerstrom, IGDS) within the questionnaire. Socio-demographic data and the relationship with the general practitioner were collected through closed questions and rating scales.

The numerical data extracted from the questionnaire were analyzed via the JASP software with non-parametric tests (Kendal and Mann-Whitney test). A significance threshold of 0.05 was determined for all of the statistical analyses.

## Results

43% of the 841 students interviewed had at least one addiction, but only 5% had mentioned it during a consultation with a general practitioner. Whether the student spoke of addiction depended mainly on the preliminary screening carried out by their general practitioner. Explicit attachment did influence speaking about addiction to smoking. Other factors (image of the general practitioner, product perception) played no significant role in the demand for medical care.

## Discussion/Conclusion

Addictive issues are common among students but they very rarely lead to a demand for medical care. These results raise questions about prevention methods and underline the importance for the GP of evoking addictive behavior as it is the only factor associated in this study with a demand for medical care by the students.

Key words : addiction - alcohol - cannabis - demand for medical care - general medicine – prevention - students - tobacco - video games

# SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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. Admise 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. Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

