



HAL
open science

Etude de l'état anxieux de l'étudiant en pharmacie : Enquête sur un échantillon de 253 étudiants de la faculté de pharmacie de Nancy

Leyla Urak

► **To cite this version:**

Leyla Urak. Etude de l'état anxieux de l'étudiant en pharmacie : Enquête sur un échantillon de 253 étudiants de la faculté de pharmacie de Nancy. Sciences pharmaceutiques. 2023. hal-04517033

HAL Id: hal-04517033

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517033>

Submitted on 22 Mar 2024

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.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
DE PHARMACIE

UNIVERSITE DE LORRAINE

2023

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le 7 février 2023, sur un sujet dédié à :

Étude de l'état anxieux de l'étudiant en pharmacie

*« Enquête sur un échantillon de 253 étudiants de la faculté de Pharmacie de
Nancy »*

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Leyla URAK

née le 05/08/1998

Membres du Jury

Président : M. Luc Ferrari, Professeur des universités

Directeur : Mme. Anne Maheut-Bosser, Docteur en Médecine

Co-directeur : M. Luc Ferrari, Professeur des universités

Juges : Mme. Carole PRENAT-KARTENER, Docteur en pharmacie

Mme. Margaux PEUGNET-RAVENEL, Docteur en pharmacie

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2022-2023

DOYEN

Raphaël DUVAL

Vice-Doyen

Julien PERRIN

Directrice des études

Marie SOCHA

Conseil de la Pédagogie

Président, Luc FERRARI

Vice-Présidence - vacant

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Présidente, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Igor CLAROT

Vice-Président, Raphaël DUVAL

Commission de la Recherche

Présidente, Caroline GAUCHER

Chargés de Mission

Communication

Aline BONTEMPS

Innovation pédagogique

Alexandrine LAMBERT

Référente ADE

Virginie PICHON

Référente dotation sur projet (DSP)

Marie-Paule SAUDER

Référent vie associative

Arnaud PALLOTTA

Responsabilités

Filière Officine

Caroline PERRIN-SARRADO

Filière Industrie

Julien GRAVOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Filière Hôpital

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Pharma Plus ENSIC

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Pharma Plus ENSAIA

Xavier BELLANGER

Pharma Plus ENSGSI

Igor CLAROT

Cellule de Formation Continue et Individuelle

Luc FERRARI

Commission d'agrément des maîtres de stage

François DUPUIS

ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Francine PAULUS

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Pierre LEROY

Philippe MAINCENT

Claude VIGNERON

Patrick MENU

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Claude BLOCK
 Pierre DIXNEUF
 Chantal FINANCE
 Marie-Madeleine GALTEAU
 Thérèse GIRARD
 Pierre LABRUDE
 Vincent LOPPINET
 Patrcik MENU
 Alain NICOLAS
 Janine SCHWARTZBROD
 Louis SCHWARTZBROD

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
 Annie PAVIS

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT
 Mariette BEAUD
 Emmanuelle BENOIT
 François BONNEAUX
 Gérald CATAU
 Jean-Claude CHEVIN
 Jocelyne COLLOMB
 Bernard DANGIEN
 Dominique DECOLIN
 Marie-Claude FUZELLIER
 Françoise HINZELIN
 Marie-Hélène LIVERTOUX
 Bernard MIGNOT
 Blandine MOREAU
 Dominique NOTTER
 Francine PAULUS
 Christine PERDICAKIS
 Marie-France POCHON
 Anne ROVEL
 Gabriel TROCKLE
 Maria WELLMAN-ROUSSEAU
 Colette ZINUTTI

ENSEIGNANTS

Section CNU

*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Alexandre HARLE	82	Biologie cellulaire oncologique
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Nathalie THILLY	81	Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique, Audioprothèse
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Hématologie, Biologie cellulaire
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Caroline GAUCHER ^H	86	Chimie physique, Pharmacologie
Frédéric JORAND	87	Eau, Santé, Environnement
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie

Dominique LAURAIN-MATTAR	86	<i>Pharmacognosie</i>
Brigitte LEININGER-MULLER	87	<i>Biochimie</i>
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Anne SAPIN-MINET	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Bertrand RIHN	87	<i>Biochimie, Biologie moléculaire</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Pauline GILSON	82	<i>Biologie cellulaire oncologique</i>
Caroline LAROYE	82	<i>Biothérapie</i>
Julien PERRIN ^H	82	<i>Hématologie biologique</i>
Loïc REPPPEL	82	<i>Biothérapie</i>
Marie SOCHA	81	<i>Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique</i>

MAITRES DE CONFÉRENCES

Xavier BELLANGER ^H	87	<i>Parasitologie, Mycologie médicale</i>
Isabelle BERTRAND ^H	87	<i>Microbiologie</i>
Michel BOISBRUN ^H	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
Cédric BOURA ^H	86	<i>Physiologie</i>
Sandrine CAPIZZI	87	<i>Parasitologie</i>
Antoine CAROF	85	<i>Informatique</i>
Frédérique CHANGEY	87	<i>Microbiologie</i>
Sébastien DADE	85	<i>Bio-informatique</i>
Natacha DREUMONT ^H	87	<i>Biochimie générale, Biochimie clinique</i>
Florence DUMARCAY ^H	86	<i>Chimie thérapeutique</i>
François DUPUIS ^H	86	<i>Pharmacologie</i>
Reine EL OMAR	86	<i>Physiologie</i>
Adil FAIZ	85	<i>Biophysique, Acoustique</i>
Anthony GANDIN	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Stéphane GIBAUD ^H	86	<i>Pharmacie clinique</i>
Jérémy GOUYON	85	<i>Chimie analytique</i>
Thierry HUMBERT	86	<i>Chimie organique</i>
Olivier JOUBERT ^H	86	<i>Toxicologie, Sécurité sanitaire</i>

ENSEIGNANTS (suite)

Section CNU

*

Discipline d'enseignement

Alexandrine LAMBERT	85	<i>Informatique, Biostatistiques</i>
Julie LEONHARD ^H	86/01	<i>Droit en Santé</i>
Balbine MAILLOU	85	<i>Biophysique, Acoustique, Audioprothèse</i>
Christophe MERLIN ^H	87	<i>Microbiologie environnementale</i>
Maxime MOURER ^H	86	<i>Chimie organique</i>
Coumba NDIAYE	86	<i>Epidémiologie et Santé publique</i>
Arnaud PALLOTTA	85	<i>Bioanalyse du médicament</i>
Marianne PARENT	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Caroline PERRIN-SARRADO	86	<i>Pharmacologie</i>
Virginie PICHON	85	<i>Biophysique</i>
Sophie PINEL ^H	85	<i>Informatique en Santé (e-santé)</i>
Franceline REYNAUD	85	<i>Pharmacie galénique</i>
Marie-Paule SAUDER	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Guillaume SAUTREY	85	<i>Chimie analytique</i>
Rosella SPINA	86	<i>Pharmacognosie</i>

Sabrina TOUCHET	86	<i>Pharmacochimie</i>
Mihayl VARBANOV	87	<i>Immuno-Virologie</i>
Marie-Noëlle VAULTIER ^H	87	<i>Mycologie, Botanique</i>
Emilie VELOT ^H	86	<i>Physiologie-Physiopathologie humaines</i>
Mohamed ZAIYOU ^H	87	<i>Biochimie et Biologie moléculaire</i>

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET	86	<i>Pharmacie clinique</i>
------------------	----	---------------------------

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	11	<i>Anglais</i>
--------------------	----	----------------

^H *Maître de conférences titulaire HDR*

* *Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens

De coopérer avec les autres professionnels de santé

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI
IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES
OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR
AUTEUR ».

Remerciements

En premier lieu je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance à madame Anne Maheut-Bosser qui a su se rendre disponible et me faire part de sa rigueur, sa patience et ses conseils tout au long de la rédaction de ce manuscrit.

Je tiens également à exprimer ma profonde gratitude à monsieur Gilles Bosser qui m'a fait part de son expertise dans le domaine de l'analyse statistique, sans qui ces résultats n'auraient pu être présentés aussi rigoureusement.

Je voudrais également remercier monsieur Luc Ferrari pour l'intérêt porté à ce travail et sa disponibilité.

Je remercie chaleureusement madame Carole Prenat et madame Margaux Ravenel de m'avoir partagé leur précieux savoir et leur gentillesse. Vous avez été des inspirations pour ma vie professionnelle et c'est un honneur de vous avoir dans mon jury de thèse.

J'aimerais remercier infiniment mes parents, ainsi que mon frère et ma sœur qui ont toujours été présents pour moi, et surtout dans les moments de doutes.

Je tiens tout particulièrement à remercier mes chers amis, Mariam, Kamélia, Amory, Margaux, Arnaud et tous les autres qui m'ont soutenu tout au long de mon projet.

J'aimerai faire part de ma gratitude à tous mes collègues d'officine qui m'ont toujours fait part de leur savoir et leur bonne humeur durant mes stages et emplois tout au long de mon cursus universitaire.

Et enfin, merci à mon bien aimé Riadh qui a toujours été présent pour moi avec son amour et son soutien.

Table des matières

INTRODUCTION	1
I. Les troubles anxieux	2
1. Définitions	2
2. Epidémiologie.....	5
3. Physiopathologie	8
4. Facteurs de risque	9
5. Classifications	11
6. Clinique.....	12
6.1. Les symptômes	12
7. Place des échelles d'anxiété	19
8. Complications des troubles anxieux	19
9. Diagnostics différentiels	21
10. Traitements	23
10.1. les psychothérapies	24
10.2. Les traitements médicamenteux	25
10.3. L'ETP et la psychoéducation	29
10.4. Le problème de la « non-réponse » aux traitements.....	30
II. L'enquête	32
1. Objectifs	32
2. Méthode et matériel	32
3. Analyse des résultats de l'enquête	36
3.1. Caractéristiques des participants	37

3.2. Spécificité de la population anxieuse	64
III. Discussion des résultats	83
IV. Perspectives	92
V. Conclusion.....	96

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANEPF	Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France
ANSES	Agence Nationale de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
AP	Attaque de panique
APA	Association Américaine de Psychiatrie
API	Alcoolisation Ponctuelle Importante
CIM	Classification Internationale des Maladies
CLASS	Centre Lorrain d'Appui Solidarité & Santé
DSM – 5	Manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux (5 ^{ème} édition)
GABA	Acide Gamma-Amino Butyrique
HAS	Haute Autorité de Santé
ISRN	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Noradrénaline et la sérotonine
ISRS	Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OVE	Observatoire national de la Vie Etudiante
SUAPS	Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives
SUMPPS	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TAG	Trouble d'Anxiété Généralisée
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale

Table des figures

<i>Figure 1 Carte des taux standardisés (pour 100 000) de patients pris en charge pour troubles anxieux en 2014 dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine, selon la région et le sexe : BEH 2018(19)</i>	6
<i>Figure 2 Symptômes les plus caractéristiques des attaques de panique (29)</i>	14
<i>Figure 3 Distribution des étudiants par filière à partir de la 4ème année (DFA-SP1)</i>	39
<i>Figure 4 Distribution des moyennes d'âges des participants par année d'étude</i>	39
<i>Figure 6 Echelle HAD d'après la HAS(30)</i>	121
<i>Figure 7 Echelle HAD d'après la HAS(30)</i>	122
<i>Figure 8 Test de Fagerström d'après la HAS(57)</i>	122
<i>Figure 9 Test AUDIT d'après la société française d'addictologie(60)</i>	123
<i>Figure 10 Questionnaire AUDIT d'après la société français d'addictologie(60)</i>	124
<i>Figure 11 Questionnaire CAST d'après la HAS(63)</i>	125

Table des tableaux

Tableau I Définitions des troubles anxieux selon l'INSERM (8)	4
Tableau II Prévalence des troubles anxieux d'après les données issues des travaux publiés par la World Mental Health Survey Initiative(18).....	7
Tableau III Symptômes physiques de l'anxiété pathologique selon D.Servant (6).....	13
Tableau IV Symptômes psychologiques de l'anxiété pathologique d'après D. Servant et A. Pelissolo(6,29).....	15
Tableau V Symptômes comportementaux de l'anxiété pathologique d'après D. Servant et A. Pelissolo(6,29)	16
Tableau VI Troubles du sommeil pouvant être induits par l'anxiété pathologique d'après D. Servant(6)	17
Tableau VII Clinique des différents troubles anxieux(8,27,29)	18
Tableau VIII Complications des troubles anxieux d'après le Collège national des universitaires en psychiatrie 2021 et A. Pelissolo(27,29).....	20
Tableau IX Les diagnostics différentiels des troubles anxieux d'après le Collège national des universitaires de psychiatrie 2021 et A. Pelissolo(27,29)	22
Tableau X Antidépresseurs ayant une AMM dans le traitement des troubles anxieux d'après le eVIDAL(39-41) 26	
Tableau XI Synthèse des recommandations de prise en charge des troubles anxieux : Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie(27)	28
Tableau XII Population de l'étude	36
Tableau XIII Répartition des participants par sexe	37
Tableau XIV Répartition de la population en fonction des années d'études et par sexe.....	37
Tableau XV Distribution des participants par année et filière d'étude sur n=253 étudiants	38
Tableau XVI Distribution de la population anxieuse en fonction du sexe	40
Tableau XVII Ressenti anxieux des sujets en fonction des années d'études et du sexe.....	41
Tableau XVIII Score à l'échelle HAD A en fonction du sexe pour l'ensemble de l'échantillon	42
Tableau XIX Score HAD A supérieur ou égal à 11 sur l'ensemble de l'échantillon en fonction du sexe.....	42
Tableau XX Scores à l'échelle HAD A en fonction du sexe et des années d'études.....	43
Tableau XXI Scores de dépression à l'HAD D en fonction du sexe	44
Tableau XXII Scores de l'échelle HAD D en fonction des années et du sexe de l'ensemble de l'échantillon	45
Tableau XXIII Répartition de la population de fumeurs en fonction du sexe	46
Tableau XXIV Scores de Fagerström et sujets fumeurs.....	46
Tableau XXV Consommation d'alcool dans la population de l'étude selon le sexe	47
Tableau XXVI Consommation d'alcool par année d'étude et par sexe	48
Tableau XXVII Scores AUDIT et début de la consommation d'alcool en fonction du sexe.....	49
Tableau XXVIII Répartition de la consommation de cannabis en fonction du sexe.....	50
Tableau XXIX Score de CAST chez les consommateurs de cannabis	51
Tableau XXX Consommation de boissons énergisantes dans la population de notre étude	51

<i>Tableau XXXI Consommation de produits illicites dans la population de notre étude</i>	<i>52</i>
<i>Tableau XXXII Suivi psychologique par sexe sur l'ensemble de la population.....</i>	<i>52</i>
<i>Tableau XXXIII Suivi psychologique et spécialistes</i>	<i>53</i>
<i>Tableau XXXIV Variation pondérale des participants à l'enquête pendant leurs études</i>	<i>54</i>
<i>Tableau XXXV Variations pondérales quantitatives en fonction du sexe</i>	<i>55</i>
<i>Tableau XXXVI Variations pondérales en fonction du sexe et par année d'étude.....</i>	<i>56</i>
<i>Tableau XXXVII Evaluation du sommeil en terme de quantité suffisante ou non, dans la population de l'étude en fonction du sexe.....</i>	<i>57</i>
<i>Tableau XXXVIII Evaluation du sommeil en terme de quantité suffisante ou non, dans la population de l'étude en fonction du sexe et de l'année d'étude</i>	<i>58</i>
<i>Tableau XXXIX Causes des troubles du sommeil chez les sujets exprimant une quantité de sommeil suffisante .</i>	<i>59</i>
<i>Tableau XL Pratique de l'activité sportive dans la population de l'étude en fonction du sexe</i>	<i>60</i>
<i>Tableau XLI Durée de l'activité physique par semaine en fonction du sexe dans la population de l'étude.....</i>	<i>61</i>
<i>Tableau XLII Pratique d'une activité physique en fonction du sexe et de l'année d'étude</i>	<i>61</i>
<i>Tableau XLIII Nombre d'heures d'activité physique par semaine en fonction du sexe et de l'année d'étude</i>	<i>62</i>
<i>Tableau XLIV Consommation de compléments alimentaires dans la population générale de l'étude en fonction du sexe</i>	<i>63</i>
<i>Tableau XLV Répartition par sexe des sujets anxieux</i>	<i>64</i>
<i>Tableau XLVI Ancienneté du ressenti anxieux en fonction du sexe</i>	<i>64</i>
<i>Tableau XLVII Ancienneté de la composante anxieuse en fonction du sexe et de l'année d'étude</i>	<i>65</i>
<i>Tableau XLVIII Répartition par sexe des sujets anxieux depuis moins d'un an</i>	<i>66</i>
<i>Tableau XLIX Score HAD A dans la population anxieuse en fonction du sexe.....</i>	<i>67</i>
<i>Tableau L Scores HAD A dans la population anxieuse en fonction du sexe et de l'année d'étude.....</i>	<i>68</i>
<i>Tableau LI Scores HAD D en fonction du sexe et du degré de sévérité dans la population anxieuse.....</i>	<i>69</i>
<i>Tableau LII Scores HAD D dans la population anxieuse en fonction de l'année d'étude et du sexe.....</i>	<i>70</i>
<i>Tableau LIII Consommation de tabac dans la population anxieuse en fonction du sexe</i>	<i>71</i>
<i>Tableau LIV Score de Fagerström dans la population anxieuse fumeuse.....</i>	<i>71</i>
<i>Tableau LV Consommation d'alcool en fonction du sexe dans la population anxieuse</i>	<i>72</i>
<i>Tableau LVI Score AUDIT chez les sujets anxieux consommant de l'alcool.....</i>	<i>72</i>
<i>Tableau LVII Consommation de cannabis en fonction du sexe dans la population anxieuse</i>	<i>73</i>
<i>Tableau LVIII Consommation de produits illicites en fonction du sexe dans la population anxieuse.....</i>	<i>73</i>
<i>Tableau LIX Consommation de boissons énergisantes en fonction du sexe dans la population anxieuse</i>	<i>74</i>
<i>Tableau LX Consommation de compléments alimentaire en fonction du sexe dans la population anxieuse</i>	<i>74</i>
<i>Tableau LXI Consommation de traitements à visée anxiolytiques dans la population anxieuse en fonction du sexe</i>	<i>75</i>
<i>Tableau LXII Prise de traitements à visée anxiolytiques et efficacité du traitement dans la population anxieuse</i>	<i>76</i>
<i>Tableau LXIII Ancienneté du traitement à visée anxiolytique dans la population anxieuse.....</i>	<i>76</i>
<i>Tableau LXIV Suivi psychologique des sujets anxieux en fonction du sexe</i>	<i>77</i>

<i>Tableau LXV Variations pondérales des sujets anxieux en fonction du sexe</i>	<i>78</i>
<i>Tableau LXVI Sévérité de la variation pondérale dans la population anxieuse ayant pris du poids</i>	<i>79</i>
<i>Tableau LXVII Sévérité de la variation pondérale dans la population anxieuse ayant perdu du poids</i>	<i>79</i>
<i>Tableau LXVIII Quantité de sommeil suffisante ou non d'après les sujets anxieux en fonction du sexe</i>	<i>80</i>
<i>Tableau LXIX Activités sportives en fonction du sexe dans la population anxieuse</i>	<i>81</i>
<i>Tableau LXX Activité sportive par semaine en fonction du sexe chez les sujets anxieux qui pratiquent un sport. 81</i>	
<i>Tableau LXXI Définitions de l'agoraphobie et des phobies spécifiques d'après le DSM-5</i>	<i>107</i>
<i>Tableau LXXII Classification des troubles anxieux selon la CIM-11(12)</i>	<i>108</i>

INTRODUCTION

Les étudiants sont majoritairement des jeunes adultes à une période complexe de leur vie combinée à de nombreux changements importants. Ces changements peuvent engendrer des inquiétudes voire des états pathologiques. Les études de santé sont connues pour être génératrices de « stress » avec des cursus longs et non-rémunérés, favorisant le développement de troubles psychiatriques (1).

« Il a été estimé qu'environ deux tiers des étudiants présentant des troubles mentaux ne reçoivent pas de prise en charge médicale et/ou psychothérapeutique. » rapportent Y. Morvan et al (2). Des troubles mentaux non traités peuvent mener à de nombreuses complications et à l'échec académique (2).

L'anxiété pathologique définie sous le terme de "troubles anxieux" se situe au 9^{ème} rang des causes d'invalidité liées à la santé au niveau mondial (3). Le diagnostic de ces troubles est complexe avec une symptomatologie parfois peu évocatrice, ils restent largement sous-diagnostiqués et donc sous traités. Les pathologies anxieuses entraînent de multiples complications avec un retentissement important sur la qualité de vie.

Une enquête menée à Tours auprès d'étudiants en santé montre une prévalence de 44 % d'étudiants présentant des états anxieux (4). Dans son étude réalisée en 2019 sur le bien-être des étudiants en pharmacie, l'Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France (ANEPF) a dévoilé que 38,8 % des étudiants se sentent « *en situation de stress, d'anxiété, frôlant le burn-out ou en dépression* » et 12,33 % des étudiants ont reçu un diagnostic de trouble psychologique (5). Ces chiffres sont particulièrement préoccupants et il nous est paru intéressant d'évaluer la prévalence des états anxieux parmi les étudiants inscrits en pharmacie à la faculté de Nancy.

L'objectif principal de ce travail est de déterminer la prévalence des états anxieux chez les étudiants en pharmacie inscrits à la faculté de pharmacie de Nancy. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer leurs habitudes de vie .

Un questionnaire a été adressé à tous les étudiants de la 2^{ème} année à la 6^{ème} année de pharmacie en mai 2021 avec un taux de réponse de 36,7 % ce qui correspond à 253 réponses.

Dans une première partie nous étudierons le contexte théorique de notre problématique en définissant les caractéristiques des troubles anxieux. Puis dans une seconde partie nous exposerons les objectifs et la méthodologie de notre enquête. S'en suivront la présentation de nos résultats puis la discussion de ces derniers.

I. Les troubles anxieux

La frontière entre l'anxiété dite "normale " et un trouble anxieux peut être mal définie (3).

Une évaluation clinique précise, la persistance des symptômes dans le temps, leur intensité et l'impact sur le fonctionnement du patient permettront d'étayer le diagnostic de troubles anxieux (6,7).

Les modes d'expression clinique de l'anxiété sont multiples avec des troubles anxieux aigus et des troubles anxieux chroniques. Selon le degré de sévérité, ils sont sources de complications somatiques et psychiatriques.

Les troubles anxieux représentent une maladie psychiatrique fréquente, « 21 % des adultes sont touchés au cours de leur vie et deux fois plus les femmes que les hommes »(8). L'anxiété pathologique peut également être un symptôme d'une autre affection psychiatrique (dépression, addiction, psychose...) ou d'une pathologie somatique et/ou iatrogène.

1. Définitions

L'anxiété "normale" et la peur

L'anxiété est une émotion dite normale « *adaptative aux menaces extérieures et aux changements du milieu intérieur* » précise D. Servant (9). Elle est dite pathologique lorsqu'elle se caractérise par des émotions anxieuses excessives « *sans lien direct avec un danger réel, immédiat ou anticipé* » (6).

La peur est en lien avec une menace ou un danger imminent. "*La peur, également retrouvée chez tous les individus, correspond quant à elle à l'émotion ressentie lors de la perception d'un danger ou d'une menace émanant d'une situation ou d'un objet bien identifiés, et impliquant une réponse quasi immédiate de combat ou de fuite.*" précisent L. Guatteri et al. (10).

La peur et l'anxiété sont des émotions normales qui favorisent la survie (3).

Anxiété pathologique: Les troubles anxieux

A la différence de la peur qui est une réponse générée par un élément immédiatement présent dans l'environnement, l'anxiété est alimentée par les éléments futurs. Le sujet se prépare à affronter une situation négative à laquelle il ne sera pas forcément confronté, même en l'absence d'un stimulus de danger (11).

L'anxiété pathologique peut être définie de plusieurs manières.

L'OMS définit les troubles anxieux de la manière suivante dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-11) :

"Les troubles anxieux et liés à la peur se caractérisent par une peur et une anxiété excessives et des troubles du comportement apparentés, avec des symptômes qui sont suffisamment sévères pour entraîner une détresse importante ou une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants. La peur et l'anxiété sont des phénomènes étroitement liés; la peur représente une réaction à une menace imminente perçue dans le présent, tandis que l'anxiété est davantage axée sur l'avenir, faisant référence à une menace anticipée perçue. Un élément différenciateur clé parmi les troubles anxieux et liés à la peur réside dans les sources d'appréhension spécifiques au troubles, c'est-à-dire le stimulus ou la situation qui déclenche la peur ou l'anxiété. La présentation clinique des troubles anxieux et liés à la peur inclut généralement des cognitions associées spécifiques qui peuvent aider à différencier les troubles en clarifiant la source d'appréhension." (12).

La Haute autorité de Santé (HAS), propose la définition suivante en soulignant que les termes d'anxiété et d'angoisse recouvrent une définition commune « *Anxiété et angoisse : émotions de peur et/ou inquiétudes et/ou signes physiques de stress excessifs par rapport aux dangers éventuels* » (13).

Selon le DSM-5, l'anxiété est caractérisée par « *l'anticipation d'une menace future* » (14).

Les troubles anxieux peuvent se traduire par différents tableaux cliniques. Six tableaux cliniques sont décrits avec des caractéristiques sémiologiques pour chaque entité clinique comme nous le verrons.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau 1*) précise les 6 types de troubles anxieux et leurs définitions par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (8).

Tableau 1 Définitions des troubles anxieux selon l'INSERM (8)

L'anxiété généralisée	<i>« sentiment persistant d'insécurité, une inquiétude permanente et excessive qui interfère avec les activités quotidiennes. »</i>
Le trouble panique	<i>« anxiété qui évolue par crises, caractérisée par des attaques de panique récurrentes qui associent détresse physique et psychologique. »</i>
Les phobies spécifiques	<i>« peurs irraisonnées, excessives et persistantes face à des situations ou des objets précis »</i>
L'agoraphobie	<i>« peur irraisonnée et intense des espaces publics dans lesquelles la fuite peut être difficile. »</i>
Le trouble d'anxiété sociale	<i>« idée de ressentir une gêne, une humiliation, un rejet ou un mépris lors des interactions sociales. »</i>
Le trouble d'anxiété de séparation	<i>« peur d'être séparé de la personne dont ils sont le plus proches. »</i>

2. Epidémiologie

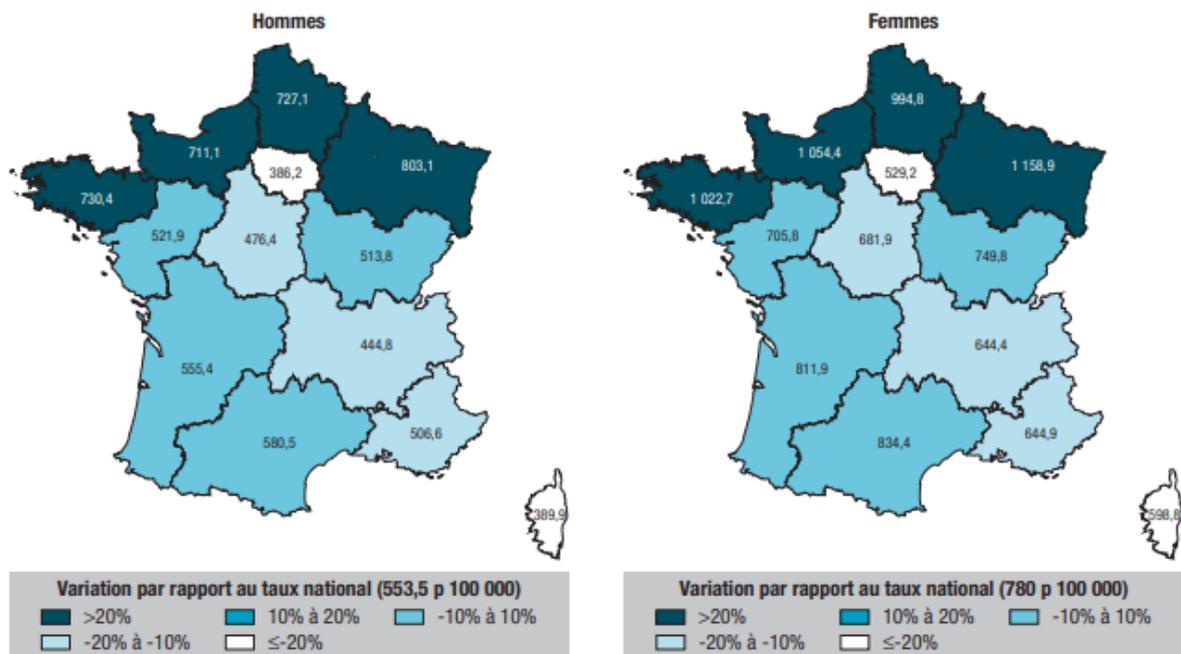
Les troubles anxieux représentent l'affection psychiatrique ayant la plus grande prévalence dans le monde. Environ une personne sur trois y sera confrontée au cours de sa vie et ces troubles impliquent une composante émotionnelle et physique (15,16).

Les troubles anxieux apparaissent souvent dès l'enfance ou l'adolescence et au début de l'âge adulte (7,16,17). Ils sont plus fréquemment observés chez les femmes par rapport aux hommes (sexe ratio de 2/1) (7,14,16). Cette plus forte prévalence pourrait être due à des facteurs psychosociaux, génétiques ou encore neurobiologiques, mais aucune hypothèse n'est confirmée et les raisons de cette différence entre les sexes restent peu documentées (7,16).

En France, le trouble anxieux généralisé (TAG) et les phobies sont les deux principales manifestations cliniques de l'anxiété.(17,18)

Selon les données publiées dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire, une disparité est observée selon les régions avec une plus forte prévalence de troubles anxieux dans les régions du nord de la France (comprenant notamment le Grand Est) avec 20 % de plus que la prévalence nationale (553,5 pour 100 000 hommes et 780 pour 100 000 femmes) comme le montrent les cartes ci-dessous (*Cf. Figure 1*) (19).

Taux standardisés (pour 100 000) de patients pris en charge pour troubles anxieux en 2014 dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine, selon la région et le sexe



Source : RIM-P. Analyses Santé publique France.
Taux standardisés sur âge par la méthode de standardisation directe. Population de référence : Europe 2010.

Figure 1 Carte des taux standardisés (pour 100 000) de patients pris en charge pour troubles anxieux en 2014 dans les établissements ayant une activité autorisée en psychiatrie en France métropolitaine, selon la région et le sexe : BEH 2018(19)

Dans le monde, on retrouve la même disparité en fonction du sexe avec une plus forte prévalence chez les femmes, mais également en fonction du niveau de richesse des pays : l'anxiété a une plus forte prévalence dans les pays à moyens/ hauts revenus par rapport aux pays à faible revenus (20).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau II*) présente une synthèse des différents troubles anxieux et leurs prévalences dans les travaux menés par le consortium World Mental Health Survey Initiative (WMHSI) avec l'appui de l'OMS dans 29 pays dont la France de 2001 à 2011 (18).

Tableau II Prévalence des troubles anxieux d'après les données issues des travaux publiés par la World Mental Health Survey Initiative(18)

Trouble index	Prévalence sur 30 jours	Prévalence sur 12 mois	Prévalence sur la vie entière
Monde entier (29 pays)			
Agoraphobie		1,0 %	1,5 %
Anxiété généralisée	0,8 %	1,8 %	3,7 %
Anxiété de séparation		1,0 %	4,8 %
Anxiété sociale	1,3 %	2,4 %	4,0 %
Stress post-traumatique chez les participants exposés*	1,4 %	2,8 %	5,6 %
Trouble panique	0,4 %	1,0 %	1,7 %
Phobies spécifiques	3,9 %	5,5 %	7,4 %
France			
Anxiété généralisée	0,6 %	2,1 %	6,2 %
Anxiété de séparation		0,9 %	3,5 %
Anxiété sociale	1,8 %	2,6 %	4,3 %
Stress post-traumatique chez les personnes exposées**	1,4 %	3,2 %	5,4 %
Trouble panique	0,2 %	1,0 %	2,1 %
Phobies spécifiques	6,0 %	7,7 %	10,7 %

Tableau. * 69,7 % des participants avaient été exposés à un événement potentiellement traumatique, soit une prévalence sur la vie entière du trouble de 3,9 % dans la population totale.

** 72,7 % des participants avaient été exposés à un événement potentiellement traumatique, soit une prévalence sur la vie entière du trouble de 3,9 % dans la population totale.

Des comorbidités sont souvent observées avec l'anxiété, les plus fréquemment retrouvées étant les syndromes dépressifs (3). Sont également retrouvées les conduites addictives notamment un mésusage à l'alcool et des troubles de la personnalité (7).

L'anxiété pathologique pourrait également augmenter le risque des pathologies cardiovasculaires et autres pathologies somatiques telles que le diabète, l'arythmie ou encore des maladies pulmonaires.(3)

3. Physiopathologie

Les troubles anxieux représentent un groupe de pathologies complexes qui mettent en jeu à la fois des facteurs psychologiques, biologiques et environnementaux (11).

De nombreux modèles théoriques ont été proposés dans les troubles anxieux mais aucun modèle actuellement qu'il soit comportemental ou neurobiologique n'est satisfaisant. *"Un point sur lequel tout le monde s'accorde est la probable combinaison de perturbations biologiques et psychologiques."* souligne D. Servant (9).

Hypothèses génétiques

Au vu des connaissances actuelles, il n'existerait pas de « gène de l'anxiété » à proprement parler malgré les nombreuses recherches sur le sujet.

Les résultats d'études d'association pangénomique publiés entre 2019 et 2021 ont mis en évidence une corrélation génétique entre les patients souffrant d'anxiété, de dépression et de neuroticisme (21–23), ce qui suggère un facteur de risque génétique commun aux pathologies mentales (24).

Modèles neuro-anatomiques

De nombreuses études d'imagerie cérébrales ont mis en évidence l'implication de certaines régions suractivées chez les patients anxieux telles que l'amygdale et le cortex insulaire qui ont un rôle connu notamment dans le traitement des émotions (8,25).

Modèles neurobiologiques

Le GABA (neurotransmetteur inhibiteur majeur) et la sérotonine sont des neurotransmetteurs largement étudiés car ils sont la cible de traitements médicamenteux ayant prouvé une efficacité dans la réduction des symptômes anxieux (8). Cependant, leurs mécanismes d'action sur les troubles anxieux restent encore non élucidés.

Modèles comportementaux

La composante comportementale a également été étudiée pour mieux comprendre les mécanismes liés aux troubles anxieux. De nombreuses hypothèses ont vu le jour, mais encore une fois aucune n'a pu être confirmée avec certitude.

Des recherches ont ciblées la **réponse à une menace** en situation de danger chez les patients souffrant de troubles anxieux. Ces études montrent que les patients présentaient un biais d'attention et une grande sensibilité à la peur en situation de danger (3).

Les études menées en 2019 par *R. Pasion* et *F. Barbosa* orientées sur la **prise de décision**, révélaient une corrélation entre les troubles anxieux et les tâches où les patients font des erreurs : l'encéphalogramme faisait apparaître une réponse plus large appelée « négativité liée à l'erreur », considérée comme une forme d'hypersensibilité à la menace (26). Cette dernière pourrait également altérer la capacité des patients à prendre des décisions (3).

4. Facteurs de risque

De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que les troubles anxieux peuvent être liés à une multitude de facteurs individuels, environnementaux, cognitifs et génétiques (8,17,27).

Au niveau individuel, la personnalité du sujet semble avoir un rôle prédominant dans le développement d'un trouble anxieux (17).

L'âge et la catégorie socio-démographique semblent également être des facteurs de prédisposition aux troubles anxieux : « *les troubles anxieux sont généralement plus fréquents chez les sujets jeunes, de sexe féminin, avec un faible niveau d'éducation, sans emploi, avec un faible niveau de revenu et ne vivant pas en couple* » précisent *C. Lemoigne et al.*(18).

Concernant les facteurs environnementaux, les plus retrouvés dans le trouble anxieux généralisé (TAG) sont :

- Les faibles relations sociales et conflits relationnels (17,28),
- Une séparation durant l'enfance (perte d'un proche) (17),
- Les problèmes familiaux (parent violent, disputes au sein de la famille, parent souffrant d'un mésusage d'alcool...) (17),
- Les évènements de vie traumatisants ou négatifs (8,17,28),
- Les antécédents familiaux de troubles anxieux (8),
- Autres problèmes médicaux / psychiatriques (8),
- La consommation de certaines drogues, alcool ou médicaments (8).

5. Classifications

Les deux principales classifications utilisées au niveau international sont la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et pour les pathologies mentales spécifiquement, le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) avec une recherche commune d'harmonisation de ces deux classifications.

Les troubles anxieux regroupent plusieurs entités cliniques. Les différentes pathologies anxieuses qui s'intègrent dans le cadre général des troubles anxieux ont évoluées au fur et à mesure de l'évolution des connaissances psychopathologiques. C'est ainsi que dans la dernière version du DSM, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ont quitté le champ des troubles anxieux et sont devenus une pathologie spécifique.

Dans la dernière version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5) publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) (14), les troubles anxieux regroupent : l'anxiété de séparation (surtout chez l'enfant entre 4 et 18 ans), la phobie spécifique, l'anxiété sociale (phobie sociale), l'agoraphobie, le trouble panique, l'anxiété généralisée.

Dans ce vaste chapitre, s'ajoutent les troubles anxieux induits par une substance et/ou un médicament, les troubles anxieux secondaires à une autre affection médicale et le mutisme spécifique qui atteint plus particulièrement les enfants.

La classification du DSM-5 a le mérite d'établir des critères particulièrement précis de chaque troubles anxieux (*Cf annexe n°1*). Il est en effet important de définir précisément le trouble anxieux ce qui va conditionner l'approche thérapeutique. En revanche, il convient de souligner que plusieurs types de troubles anxieux peuvent se retrouver chez le même patient. 48 à 68 % des adultes atteints d'un trouble anxieux présentent les critères d'un autre trouble anxieux concomitant (3).

La Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS dans sa dernière version (CIM-11) (12) regroupe les différents types de troubles anxieux (trouble anxieux généralisé (TAG), attaque de panique, phobies, trouble anxieux social, trouble anxieux de séparation) dans un chapitre intitulé "Troubles anxieux ou liés à la peur" (*Cf annexe n°2*) avec une description précise de l'ensemble de ces troubles.

6. Clinique

L'anxiété pathologique qui se caractérise par un état de détresse avec un retentissement dans la vie socioprofessionnelle et familiale du sujet a de multiples expressions cliniques. Les signes cliniques seront différents d'un sujet à l'autre et en fonction du type de trouble.

Nous présenterons les différents symptômes rencontrés puis nous aborderons la spécificité sémiologiques de chaque type de troubles anxieux.

6.1. Les symptômes

Il n'existe pas de tableau clinique « type » pour l'anxiété pathologique. Elle est accompagnée d'un cortège de symptômes dont le nombre et l'intensité varient pour chaque patient, ce qui conduit *D. Servant* à privilégier le terme de « *symptômes anxieux* » (6).

En l'absence de biomarqueurs, le diagnostic des troubles anxieux est clinique et repose sur un interrogatoire précis des symptômes ressentis par le patient lors de ses périodes d'anxiété excessive et leur fréquence. Il est important de resituer la symptomatologie dans l'histoire personnelle du sujet et de rechercher notamment des événements de vie traumatisants, le retentissement dans la vie quotidienne, les relations sociales et professionnelles. L'entretien sera complété par les antécédents médicaux. Seront également recherchés les consommations de substances psychotropes, de produits licites et/ou illicites (6,8). Il convient également de connaître le traitement éventuel du patient afin d'éliminer l'hypothèse d'un état anxieux iatrogène ou aggravé par des médicaments.

Les états anxieux peuvent se manifester par des symptômes physiques, psychologiques comportementaux et des troubles du sommeil.

Les symptômes physiques

Le tableau suivant (Cf. *Tableau III*) décrit les différents symptômes physiques rencontrés dans le cadre des états anxieux selon D. Servant (6).

Tableau III Symptômes physiques de l'anxiété pathologique selon D.Servant (6)

Cardiovasculaires (les plus fréquents)	<ul style="list-style-type: none">- Palpitations, extrasystoles : surtout au moment des pensées/situations anxiogènes- Eréthisme cardiovasculaire
Vasomoteurs	<ul style="list-style-type: none">- Mains moites, sueurs, refroidissement des extrémités- Bouche sèche- Accès de rougeur, flushs
Respiratoires	<ul style="list-style-type: none">- Polypnée avec sensation d'essoufflement/ manque d'air- Accès de toux, grattement de gorge
Digestifs	<ul style="list-style-type: none">- Troubles du transit, nausées- Spasmes laryngés, douleurs abdominales
Génito-urinaires	<ul style="list-style-type: none">- Envie impérieuse d'uriner entraînant des mictions fréquentes- Cycles irréguliers chez les femmes- Diminution de la libido, dysfonctionnements sexuels
Neuro-musculaires	<ul style="list-style-type: none">- Tremblements, paresthésies, fourmillements des extrémités- Douleurs musculaires, contractures, sensations de tension dans les muscles
Céphalées de tension	<ul style="list-style-type: none">- Associées à des difficultés à se concentrer
Vertiges	<ul style="list-style-type: none">- Sensation de faiblesse des jambes- Impression de dérobement du sol, perte d'équilibre
Hyperéveil physiologique	<ul style="list-style-type: none">- Etat d'alerte : hypervigilance de tous les sens- Excitation, impatience- Difficulté à lâcher prise

Ces symptômes physiques peuvent être particulièrement exacerbés dans les attaques de panique comme le montre schéma suivant (Cf. Figure 2) proposé par A. Pelissolo (29).

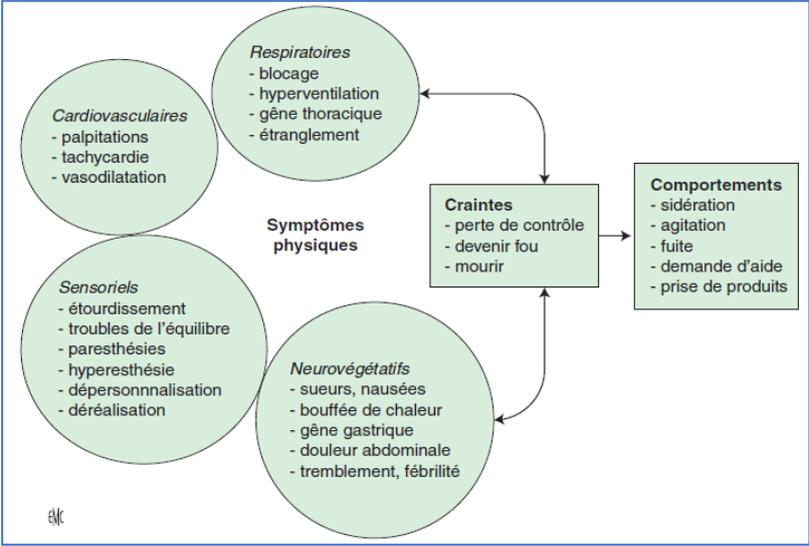


Figure 2 Symptômes les plus caractéristiques des attaques de panique (29)

Les signes psychologiques

Comme pour les symptômes physiques, les manifestations psychologiques des troubles anxieux sont nombreuses avec des spécificités selon le type de trouble anxieux (Cf. *Tableau IV*).

Tableau IV Symptômes psychologiques de l'anxiété pathologique d'après D. Servant et A. Pelissolo(6,29)

Tension et asthénie psychiques	<ul style="list-style-type: none"> - Tension psychique: sensation d'une activité permanente du cerveau conduisant à des difficultés à traiter les informations. - Asthénie psychique: troubles attentionnels, de la concentration et des capacités de raisonnement avec une sensation d'épuisement.
Emotions anxieuses / Etats émotionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Hyper expressivité des émotions se traduisant par une hypersensibilité émotionnelle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Variabilité dans le temps: paroxystique, fluctuante, permanente ▪ Degré de sévérité selon les sujets ▪ Conséquences : retentissement thymique
Pensées anxieuses	<ul style="list-style-type: none"> - Pensées anxieuses intrusives : monologue intérieur, idées qui obsèdent le sujet <p>Les thèmes peuvent concerner des événements du passé du présent ou du futur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conséquences possibles : Perturbations transitoires sur le plan cognitif notamment attentionnelles et mnésiques
Etat anxieux et troubles cognitifs	<p>Modifications des performances intellectuelles transitoires touchant plus particulièrement les capacités attentionnelles et de concentration, les fonctions mnésiques</p>

Les signes comportementaux

Comme le souligne A Pelissolo (29), les troubles du comportement sévères sont rares car la majorité des personnes anxieuses parviennent à se maîtriser afin de cacher leur pathologie. On retrouve des comportements d'évitement des situations anxiogènes comme dans les phobies ou d'inhibition en cas d'angoisse. Cependant des manifestations comportementales pathologiques peuvent se rencontrer dans les pathologies anxieuses résumées dans le tableau suivant (Cf. Tableau V).

Tableau V Symptômes comportementaux de l'anxiété pathologique d'après D. Servant et A. Pelissolo(6,29)

Agitation	<ul style="list-style-type: none">- Degré de sévérité variable selon les sujets- Se caractérise par une difficulté à se détendre, une hyperactivité- Dans les formes sévères, déambulation, gestes brutaux
Inhibition anxieuse	<ul style="list-style-type: none">- Concerne tous les actes de la vie quotidienne- Degré de sévérité variable allant d'un ralentissement voire un blocage d'une action jusqu'à une véritable sidération dans les crises angoisse avec une inhibition complète paralysante
Evitements	<ul style="list-style-type: none">- Evitement : ne pas s'exposer à une situation ou à l'objet phobogène- Comportement caractéristique dans le cadre des troubles phobiques- Evitement complet ou partiel avec mise en place de stratégies (conduites contra-phobiques) comme l'accompagnement par un objet ou une personne...
Rituels	<ul style="list-style-type: none">- Les rituels: geste ou actes mentaux répétés comme les rituels de vérification, de lavage...
Autres conduites	<ul style="list-style-type: none">- Prises compulsives d'alcool ou autres produits illicites, d'aliments (grignotage)- Demande incessante de réassurance (quête affective)

Les autres signes : Les troubles du sommeil

La qualité et la quantité de sommeil peuvent être altérées dans les troubles anxieux pouvant entraîner une peur anticipatoire de ne pas s'endormir et un sentiment de sommeil non réparateur.

La plainte spécifique centrée sur des insomnies est souvent au premier plan dans les TAG (27), le tableau suivant résume les principaux troubles du sommeil induits par l'anxiété pathologique (Cf. *Tableau VI*).

Tableau VI Troubles du sommeil pouvant être induits par l'anxiété pathologique d'après D. Servant(6)

Insomnie	- Insomnies d'endormissement liées à des ruminations morbides et/ ou à un état d'hypervigilance
Réveils multiples	- Réveils multiples liés à l'hypervigilance - Attaques de panique nocturnes : ces attaques de panique réveillent le patient
Sommeil agité	- Cauchemars

6.2. Spécificités cliniques des différents types de troubles anxieux

Parmi les symptômes anxieux certains sont plus caractéristiques selon le trouble anxieux comme nous l'avons précisé dans le paragraphe précédent. Le tableau suivant (Cf. *Tableau VII*) résume les spécificités des différents types de troubles anxieux.

Tableau VII Clinique des différents troubles anxieux(8,27,29)

<p>L'anxiété généralisée ou trouble anxieux généralisé (TAG)</p>	<p>Etat d'inquiétude permanent qui entraîne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat d'hypervigilance - Symptômes physiques multiples (troubles du sommeil, de l'appétit palpitations, tension musculaire, vertiges, asthénie...) - Symptômes cognitifs (difficultés de concentration, troubles de la mémoire ,...) - Durée des symptômes: au moins 6 mois et la moitié du temps en dehors de facteurs de stress ou d'événements anxiogènes
<p>Le trouble panique ou attaque de panique</p>	<p>Répétition de la survenue brutale d'une peur intense, d'un sentiment de mort ou de catastrophe imminente et de perte de contrôle de soi.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durée : une trentaine de minutes en général, - Nombreux symptômes physiques (Cf. <i>tableau III</i>) - Confusion possible dans les formes sévères avec une pathologie somatique notamment une pathologie cardiovasculaire - Circonstances d'apparition: spontanée ou en réponse à un événement redouté, a la prise d'un produit - Conséquence: Anxiété anticipatoire "Peur d'avoir peur"
<p>Les phobies spécifiques</p>	<p>Très fréquentes en population générale (5% de la population) habituellement peu de conséquences sur la vie quotidienne (handicap possible selon la phobie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se manifeste par une peur intense excessive et durable à l'origine d'une détresse profonde dans des situations bien circonscrites (exemple: phobie des araignées, oiseaux, prise de sang...) - Conséquences : Conduites d'évitement de l'objet ou de la situation phobogène.
<p>L'agoraphobie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etat d'anxiété intense, peur irrationnelle dans des espaces couverts ou dans une foule (transports publics, lieux clos, file d'attente...). - Conséquences: Conduites d'évitement complète ou partielle (avec une personne accompagnante) - Risque de handicap important en l'absence de soin.
<p>Le trouble d'anxiété sociale ou phobie sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peur extrême de s'exprimer ou de manger en public, de rencontrer des nouvelles personne, peur du regard d'autrui conduisant à des réactions anxieuses d'intensité plus ou moins sévère pouvant aller jusqu'à une attaque de panique. - Conséquences : Conduites d'évitement. - Complications : état dépressif, mésusage à l'alcool.
<p>Le trouble d'anxiété de séparation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'être séparée d'une personne proche. - Toute séparation entraîne un état de détresse sévère. - Se développe dans l'enfance mais peut persister à l'âge adulte.

7. Place des échelles d'anxiété

Comme nous l'avons précisé le diagnostic de troubles anxieux est clinique, néanmoins il existe des échelles d'anxiété qui peuvent avoir un intérêt dans le dépistage (3) notamment et bien évidemment dans les travaux de recherche et d'évaluation des traitements médicamenteux. Plusieurs échelles d'évaluation de l'anxiété existent, on peut citer par exemple l'échelle Hospital Anxiety Depression (HAD) (30), que nous avons d'ailleurs retenue dans le cadre de notre enquête, qui est largement utilisées pour dépister les troubles anxieux (HAD-A) et dépressifs (HAD-D).

8. Complications des troubles anxieux

Les troubles anxieux insuffisamment ou non traités peuvent se compliquer d'autres pathologies (psychiatriques ou non) et/ou évoluer vers une chronicité.

« L'évolution des troubles anxieux est marquée par un retentissement fonctionnel parfois très important et un risque accru de certaines complications parmi lesquelles les conduites addictives et suicidaires et les maladies cardiométaboliques » précisent C. Lemoigne et al. (18). Les états anxieux représentent un facteur de risque pour d'autres pathologies somatiques notamment les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les pathologies pulmonaires .(3)

Le tableau suivant (Cf. *Tableau VIII*) résume les complications principales pouvant survenir selon le trouble anxieux.

Tableau VIII Complications des troubles anxieux d'après le Collège national des universitaires en psychiatrie 2021 et A. Pelissolo(27,29)

	Complications
L'anxiété généralisée ou trouble anxieux généralisé (TAG)	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome dépressif - Conduites addictives (benzodiazépines, alcool,...)
Le trouble panique ou attaque de panique	<ul style="list-style-type: none"> - Complications socio-professionnelles dans les formes sévères - Syndrome dépressif - Conduites addictives
Les phobies spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de chronicisation - Handicap possible en fonction de l'objet ou de la situation phobogène (Ex: "peur des prises de sang, de passer une IRM, peur du vide contre-indiquant des choix professionnels,...)
L'agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> - Conduites contra-phobiques de réassurance avec risque de dépendance à autrui
Le trouble d'anxiété sociale ou phobie sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de complications dans le cadre de l'insertion socioprofessionnelle - Etat dépressif avéré - Mésusage à l'alcool

9. Diagnostics différentiels

Comme vu précédemment, les troubles anxieux peuvent se manifester par une multitude de symptômes pouvant varier d'une personne à une autre. Ainsi, la clinique parfois peu évocatrice peut être confondue avec des pathologies somatiques et d'autres pathologies psychiatriques.

Une démarche étiologique précise et rigoureuse est donc nécessaire devant tout symptômes anxieux comportant un examen clinique et un bilan biologique et d'autres examens en fonction de chaque situation singulière (31). Un interrogatoire précis sur les habitudes de vie (consommation de produits licites et/ou illicites, mésusage médicamenteux,...) est également nécessaire. En effet, les symptômes anxieux peuvent être confondus avec un syndrome de sevrage lié à une consommation de substances psychoactives comme le tabac, l'alcool, des médicaments notamment les benzodiazépines ou des produits illicites (27).

Par ailleurs, il est important de connaître les médicaments prescrits car certains peuvent être à l'origine de troubles anxieux de par leurs effets indésirables (troubles anxieux iatrogènes). C'est notamment le cas des corticoïdes : « *Les troubles anxieux et dépressifs iatrogènes aux corticoïdes sont fréquents, sous-estimés et ont des conséquences graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient.* » précisent *Barrimi M. et al* (32).

Sans aucun caractère exhaustif, citons quelques médicaments non psychotropes pouvant provoquer des états anxieux : la mefloquine (Lariam®) (33), les bêtabloquants (34), et le tacrolimus (34). La codéine et ses dérivés sont également susceptibles d'entraîner des états anxieux, voire des attaques de panique (34).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau IX*) résume les diagnostics différentiels pour chaque trouble anxieux.

Tableau IX Les diagnostics différentiels des troubles anxieux d'après le Collège national des universitaires de psychiatrie 2021 et A. Pelissolo(27,29)

	Diagnostics différentiels
L'anxiété généralisée ou trouble anxieux généralisé (TAG)	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies non psychiatriques (cardiovasculaires, de l'appareil respiratoire, endocriniennes, neurologiques...) - Consommation d'une substance psychoactive - Syndrome de sevrage (alcool, benzodiazépines,...) - Pathologie psychiatrique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un autre trouble anxieux ▪ Un état dépressif avéré
Le trouble panique ou attaque de panique	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies non psychiatriques (cardiovasculaires (troubles du rythme), de l'appareil respiratoire, endocriniennes (hyperthyroïdie), neurologiques (épilepsie), ORL (oreille interne)...)) - Consommation d'une substance psychoactive - Syndrome de sevrage (alcool, benzodiazépines, opiacés...) - Pathologie psychiatrique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un autre trouble anxieux ▪ Des troubles hypochondriaques ▪ Un état dépressif avéré
Les phobies spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologies non psychiatriques (cardiovasculaires, de l'appareil respiratoire, endocriniennes, neurologiques...) - Consommation d'une substance psychoactive - Syndrome de sevrage - Pathologies psychiatriques : autres troubles anxieux
L'agoraphobie	
Le trouble d'anxiété sociale ou anxiété sociale	

Comme nous avons pu le constater dans les tableaux précédents, il existe des liens étroits entre troubles anxieux et dépression avérée. Si l'état dépressif entre dans le cadre du diagnostic différentiel de plusieurs troubles anxieux, il représente également une complication des troubles anxieux. Il convient de souligner que la comorbidité la plus fréquente des troubles anxieux est la dépression. En effet moitié à deux tiers des sujets souffrant de troubles anxieux présentent un état dépressif confirmé.(3)

10. Traitements

L'anxiété pathologique et les troubles anxieux sont des affections fréquentes mais largement sous-diagnostiquées et sous-traitées et souvent de façon inappropriées.(18)

Selon les estimations, dans le monde, seuls 25 % de sujets atteints de troubles anxieux bénéficient d'un traitement et parmi ces sujets traités moins de 25 % ont un traitement adapté (3).

Les traitements reposent sur les psychothérapies, les médicaments auxquels il convient d'ajouter l'éducation thérapeutique du patient (18). Actuellement, on considère que la psychothérapie ou l'approche médicamenteuse seraient d'efficacité similaire et sont actuellement les traitements de première ligne des troubles anxieux. Néanmoins dans leur méta-analyse *Pim Cuijpers et al* (35) montrent une réponse thérapeutique supérieure dans une approche combinée psychothérapique et médicamenteuse versus psychothérapie seule ou médicaments seuls.

Actuellement, la psychothérapie ou la pharmacothérapie sont l'une comme l'autre des traitements de première intention et le choix de l'approche thérapeutique sera fera en concertation avec le patient.

10.1. les psychothérapies

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Elles sont actuellement les thérapies de référence. Dès 2007, la HAS estimait que les TCC avait une efficacité équivalente aux traitements médicamenteux (13). Le Collège national des universitaires en psychiatrie, l'Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, le Collège universitaire national des enseignants en addictologie dans son référentiel de Psychiatrie et d'addictologie précisent les fondement des TCC de la façon suivante *"Le postulat des TCC est que les symptômes présentés par un patient constituent des réponses comportementales et/ou cognitives dysfonctionnelles. Il peut s'agir de pensées erronées (dites « automatiques »), de symptômes comme l'évitement d'une situation anxiogène (ce qui renforce l'anxiété anticipatoire du patient vis-à-vis de la situation), de troubles constitués (comme une phobie ou un trouble panique)."*(27)

Les TCC sont des thérapies brèves de 8 à 20 séances en moyenne (3).

Les autres approches psychothérapeutiques

Bien d'autres approches psychothérapeutiques peuvent être proposées mais leur efficacité n'a pu être objectivée contrairement aux TTC. Citons à titre d'exemple : les thérapies de groupe, les thérapies d'inspiration analytique, les thérapies systémiques... .

Le dispositif "MonPsy"

Les consultations réalisées par un psychologue n'étaient pas prises en charge par l'assurance maladie jusqu'au 5 avril 2022, date du lancement d'un nouveau dispositif appelé « MonPsy » (36) qui est disponible pour les patients de plus de 3 ans atteints de troubles psychiques légers à modérés. Les patients éligibles peuvent ainsi bénéficier de 8 séances d'accompagnement psychologique par an, remboursées par l'assurance maladie à hauteur de 60 %. Le tarif des séances est de 30 € hormis la 1^{ère} séance qui est à 40 €.

Les psychologues peuvent faire partie du dispositif uniquement s'ils remplissent les conditions définies par l'arrêté du 17 février 2022 qui fixe la liste des pièces justificatives nécessaires à un psychologue pour candidater à « MonPsy » (37). L'assurance maladie propose un « annuaire Monpsy » pour aider les patients à trouver facilement un praticien partenaire autour d'eux (38).

10.2. Les traitements médicamenteux

La pharmacothérapie entre au même titre que la psychothérapie dans le traitement de première ligne. Il existe cependant des arguments en faveur d'une pharmacothérapie, à savoir: les formes sévères de troubles anxieux, une comorbidité comme un état dépressif avéré mais également une absence de réponse à une approche psychothérapique et bien sûr, le choix du patient (3).

Les antidépresseurs notamment les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont les traitements de référence pour la majorité des troubles anxieux. Les benzodiazépines ne seront utilisées que temporairement après étude précise de la balance bénéfice risque liée au risque de dépendance. D'autres classes médicamenteuses comme des antiépileptiques peuvent également être prescrits mais en seconde intention.

Les antidépresseurs

Les antidépresseurs utilisés en 1^{ère} intention sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRN) qui ont montré une efficacité légère à modérée dans l'anxiété sociale, l'attaque de panique, le TAG et l'agoraphobie(3). Ils sont privilégiés en première intention en raison d'une tolérance acceptable mais d'autres antidépresseurs peuvent être utilisés en deuxième intention, comme la clomipramine.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau X*) précise les antidépresseurs proposés dans les troubles anxieux, en fonction des différents type de troubles anxieux.

Tableau X Antidépresseurs ayant une AMM dans le traitement des troubles anxieux d'après le eVIDAL(39–41)

	Trouble panique	TAG	Phobie sociale
ISRS	Citalopram, Escitalopram, Paroxétine, Sertraline	Escitalopram, Paroxétine	Escitalopram, Paroxétine, Sertraline,
ISRNa	Venlafaxine	Venlafaxine, Duloxétine	Venlafaxine
Tricycliques	Clomipramine		

Les benzodiazépines

Bien qu'efficaces dans l'ensemble des troubles anxieux, les benzodiazépines agissent de manière aiguë avec rechute à l'arrêt et conduisent à des risque de dépendance. Leur utilisation dans ce contexte impose une surveillance spécifique (3).

Les benzodiazépines présentent un taux de prescription très élevé en France, leur usage ne doit pas être privilégiée dans le traitement de ces troubles du fait du risque de dépendance accrue et des multiples complications inhérentes à cette classe médicamenteuse (42).

Autres classes thérapeutiques

L'hydroxyzine (Atarax®) (antihistaminique anxiolytique) constitue une alternative aux benzodiazépines dans le traitement ponctuel des accès anxieux aigus, mais la prescription doit également être contrôlée du fait du risque d'effet indésirable cardiaque (allongement de l'espace QT) (42). L'hydroxyzine n'a pas d'AMM dans les troubles anxieux mais uniquement dans les "*manifestations mineures de l'anxiété*".(43)

La buspirone (Buspar®) est prescrite dans les TAG mais peu documentée en terme d'efficacité et devrait être une prescription de deuxième intention (3). La buspirone a l'AMM dans les indications suivantes : "*Anxiété réactionnelle, notamment les troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse et l'anxiété post-traumatique, traitement d'appoint de l'anxiété au cours des névroses, (notamment hystérie, hypocondrie, phobie), anxiété associée à une affection somatique sévère ou douloureuse, anxiété généralisée*".(44)

La prégabaline (Lyrica®) (antiépileptique) a également une indication dans les TAG (non remboursé dans cette indication). Rappelons la nécessité d'une adaptation de la posologie en cas d'insuffisance rénale (45). A noter également un risque de mésusage (3) (Prescription sur ordonnance sécurisée depuis le 24 mai 2021).

Synthèse des recommandations de prise en soin des troubles anxieux (Cf. Tableau XI)

Tableau XI Synthèse des recommandations de prise en charge des troubles anxieux : Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie(27)

	Recommandations de prise en soin	
	Traitement non pharmacologique	Traitement pharmacologique
L'anxiété généralisée ou trouble anxieux généralisé (TAG)	<p>Education thérapeutique : « Elle doit associer explications des symptômes, réassurance et information sur le trouble. » Explication des règles hygiéno-diététiques simples à instaurer sur la durée.</p> <p>Psychothérapie : Les TCC doivent être privilégiées, avec un effet thérapeutique significatif. Recours à un psychiatre en cas de trouble sévère, de résistance au traitement, de comorbidité ou situation particulière.</p>	<p>Traitement de fond : « Le recours à un traitement médicamenteux au long cours peut se justifier dans les formes sévères et invalidantes, notamment lorsque les mesures précédentes n'ont pas été efficaces ou applicables ». ISRS en 1^{ère} intention.</p> <p>Traitements ponctuels : en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes : Psychotropes à activité anxiolytique rapide : benzodiazépines ou hydroxyzine.</p>
Le trouble panique ou attaque de panique	<p>Education thérapeutique : « L'éducation thérapeutique est centrale dans la prise en charge du TP car il s'agit souvent d'un trouble chronique avec des risques importants de rechute. Elle doit associer explications sur les symptômes de l'AP, réassurance et information sur le trouble » Explication des règles hygiéno-diététiques simples à instaurer sur la durée.</p> <p>Psychothérapie : Les TCC doivent être privilégiées, avec un effet thérapeutique significatif. Recours à un psychiatre en cas de trouble sévère, de résistance au traitement, de comorbidité ou situation particulière.</p>	<p>Traitement de fond : ISRS en 1^{ère} intention « Cette prescription est justifiée dans les formes sévères, avec des AP fréquentes et un retentissement important. »</p> <p>Traitements ponctuels : en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes : Psychotropes à activité anxiolytique rapide : benzodiazépines ou hydroxyzine.</p>
Les phobies spécifiques	<p>Psychothérapie : Les TCC doivent être privilégiées, avec un effet thérapeutique significatif. Recours à un psychiatre en cas de trouble sévère, de résistance au traitement, de comorbidité ou situation particulière.</p>	<p>« Aucun traitement médicamenteux n'est efficace contre les phobies spécifiques. Les anxiolytiques sont souvent utilisés ponctuellement mais ne modifient pas le trouble phobique au long cours et exposent à un risque de dépendance. »</p>
Le trouble d'anxiété sociale ou anxiété sociale	<p>Psychothérapies : Les TCC de groupes montrent une grande efficacité.</p>	<p>« Le recours aux antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ou inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) peut permettre de diminuer les anticipations anxieuses et les activations émotionnelles en situation sociale. »</p>

10.3. L'ETP et la psychoéducation

Education thérapeutique du patient (ETP)

La définition retenue par la HAS est celle de l'OMS « Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »(46). "l'ETP ne se résume pas à la délivrance d'une information" souligne la HAS mais l'ETP correspond à un programme bien structuré avec différentes étapes : identifications des besoins du patient, identifications des compétences à acquérir, participation à des séances d'ETP collectives ou individuelles en fonction des besoins identifiés du patient puis évaluation des compétences acquises (46).

Psychoéducation

La psychoéducation est définie par J-P Lang et al. de la façon suivante " intervention didactique et psychothérapeutique adaptée aux spécificités des usagers souffrant de troubles psychiatriques" (47). Son objectif est d'informer le patient et sa famille sur les spécificités de sa pathologie et le traitement par le biais d'ateliers. Une meilleure connaissance de la part du patient de sa maladie et la compréhension de son traitement favorisent la compliance aux traitements. W. Brenda et al. insistent sur l'importance de la psychoéducation qui doit être proposée dès le diagnostic posé (3).

C'est bien l'accompagnement du patient qui reste essentiel dans une approche médico-psychosociale. Comme le souligne C. Quiles "vivre une vie pleine et satisfaisante tenant compte des limites imposées par la maladie mais aussi des forces qu'elle engendre est l'objectif vers lequel toute personne vivant avec un trouble psychiatrique devrait tendre et pour lequel elle devrait être accompagnée." (48).

10.4. Le problème de la « non-réponse » aux traitements

Il a été montré que la combinaison des psychothérapies et des thérapies médicamenteuses montre une meilleure efficacité par rapport à l'utilisation de traitements médicamenteux seuls. Un patient est considéré comme « résistant » aux traitements de 1^{ère} ligne uniquement s'il ne répond ni à la psychothérapie, ni aux traitements médicamenteux (3). Cette situation représente un réel challenge pour les praticiens.

Des travaux sont menés sur les combinaisons de traitements en s'appuyant sur la synergie de mécanismes d'actions clés pour permettre une plus grande efficacité et des effets long-terme limitant ainsi le risque de rechutes (49). Par exemple les molécules ciblant le système glutamatergique telle que la d-cycloserine (agoniste partiel du N-méthyl-d-aspartate) ont été étudiées en association à des psychothérapies, montrant des résultats encourageants dans le traitement de la phobie sociale et l'agoraphobie, mais encore insuffisants pour émettre une réelle conclusion quant à leur efficacité. (50)

D'autres études se penchent sur la stimulation magnétique transcrânienne qui pourrait avoir un effet positif notamment sur le TAG. La méthode est décrite de la manière suivante par A. Valero-Cabré et al : *« un courant électrique de haute intensité, bref et rapidement variable, est véhiculé à travers une bobine de fil conducteur – le plus souvent du cuivre – appliquée sur une région de l'organisme. Un tel courant génère un champ magnétique de courte durée capable d'induire un courant électrique dans tout tissu excitable. Appliqué sur le crâne, le courant induit au niveau du cortex dépolarise les assemblées de neurones localisés à proximité de la stimulation et génèrent des effets physiologiques ou comportementaux suivant leur fonction »* (51). Cependant, ces études n'ont pas été réalisées sur des patients résistants aux traitements de 1^{ère} ligne, limitant ainsi l'intérêt de cette technique en tant que traitement de seconde ligne (52).

En conclusion, de nombreux outils sont à notre disposition pour accompagner le patient dans le traitement de ses troubles anxieux. Il est essentiel d'instaurer une alliance thérapeutique en prenant en compte les demandes et préférences du patient, ce qui favorisera l'observance du traitement.

L'association psychothérapie traitements médicamenteux est à privilégier.

La psychoéducation et /ou l'ETP sont essentiels dès l'établissement du diagnostic de trouble anxieux pour permettre au patient de comprendre sa pathologie et lui proposer les outils facilitant la gestion de celle-ci.

II. L'enquête

1. Objectifs

L'objectif principal de cette enquête est de déterminer la prévalence des états anxieux au sein de la population d'étudiants inscrits à la faculté de pharmacie de Nancy. L'objectif secondaire sera d'évaluer la consommation médicamenteuse et la consommation de produits illicites et licites sachant que les conduites addictives font partie des complications des états anxieux. Une partie du questionnaire est également consacrée à l'évaluation de la qualité de vie dans notre population générale et dans notre population de sujets anxieux. Enfin, des questions ouvertes permettaient aux sujets de notre enquête de proposer des pistes d'amélioration par rapport aux aides actuelles proposées aux étudiants .

2. Méthode et matériel

Méthodologie

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle. Un questionnaire de 80 items a été diffusé à l'ensemble des étudiants de la faculté de pharmacie. Toutes les réponses ont été anonymisées.

Participants et procédure

Critère d'inclusion : étudiants inscrits en pharmacie pour l'année universitaire 2020 – 2021 de la 2^{ème} à la 6^{ème} année.

Le questionnaire a été diffusé par mail à l'ensemble des 689 étudiants inscrits au cursus de pharmacie. Nous avons obtenus 253 résultats exploitables et ainsi un taux de réponse de 36,7 %.

Le questionnaire a été diffusé une première fois le 26/05/2021 puis une première relance a eu lieu le 02/06/2021 et une seconde relance a eu lieu le 10/06/2021. L'enquête ayant été clôturée le 26/06/2021, les résultats ont ainsi été recueillis sur une période d'un mois.

Critères d'exclusion

Les étudiants inscrits en première année de pharmacie

Les étudiants reçus à l'internat après la 5^{ème} année acquièrent un statut particulier et n'ont donc pas été retenus

Les questionnaires très incomplets n'ont pas été retenus ce qui représente 3 questionnaires.

Le questionnaire

Après quelques questions pour préciser le profil sociodémographique, la première partie du questionnaire est centrée sur l'évaluation de l'état anxieux des sujets de notre enquête avec des questions permettant une auto-évaluation, de préciser l'éventualité d'une prise en soin par des professionnels de santé. Une échelle d'anxiété afin d'objectiver l'intensité de l'état anxieux est ensuite proposée.

La version française de l'échelle « **Hospital Anxiety and Depression** » ou HAD (*Cf. Annexe n°4*) (30,53) a été retenue dans notre enquête. Cet auto-questionnaire de 14 items a pour objectif d'évaluer les niveaux d'anxiété et de dépression selon les symptômes du participant au moment de la réalisation du test. Les questions sont divisées en 2 groupes de 7 items : un pour les symptômes d'anxiété et l'autre pour les symptômes de dépression. Chaque réponse est cotée de 0 à 3 et un score final est calculé pour les 2 groupes de questions (score anxiété et score dépression), le score maximal pour chaque groupe étant de 21. On considère que le sujet présente un trouble anxieux dès que le score est égal ou supérieur à 11. De même, un score égal ou supérieur à 11 pour les items dépressifs permettent de suspecter un état dépressif avéré. L'intérêt de cette échelle est son acceptabilité par le sujet et un temps de passation rapide (2 à 5 minutes).(54)

Le recueil de la consommation de médicaments, psychotropes et autres termine cette partie questionnaire centrée sur l'évaluation de l'état anxieux dans notre population.

La suite du questionnaire évalue la consommation de substances psychoactives licites et illicites. Pour ce faire des questions ouvertes sont proposées ainsi que des outils d'évaluation de la dépendance pour les trois principales substances psychoactives consommées : le tabac, l'alcool et le cannabis.

Le tabac

Le niveau de dépendance est estimé par le Test de Fagerström (*Cf. Annexe n°5*) composé de 6 questions à réponses cotées de 0 à 3. Le score obtenu permet de mesurer la dépendance, le maximum étant à 10, suggérant une dépendance très forte. Le Test de Fagerström est le plus couramment utilisé pour mesurer la dépendance à la nicotine en clinique (55–57).

L'alcool

Le test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (*Cf. Annexe n°6*) composé de 10 questions cotées de 0 à 4, est utilisé pour identifier les personnes ayant une consommation d'alcool nocive et dangereuse. Ce test est l'outil recommandé par l'OMS et la HAS.(58,59). Le score obtenu permet de mesurer le niveau le risque de la consommation, le score maximal étant de 40. Un score supérieur ou égal à 6 pour les femmes et 7 pour les hommes permet de suspecter un mésusage d'alcool. Un score supérieur à 12 quel que soit le sexe est en faveur d'une alcoolodépendance.(60)

Le cannabis

La gravité de la consommation est estimée par le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (*Cf. Annexe n°7*) composé de 6 items à réponses fermées cotés de 0 ou 1 point, le score maximal est de 6. C'est le test le plus utilisé car il cible différents aspects de la consommation sur les 12 derniers mois. "*Deux questions positives doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation*".(61)

Les autres substances psychoactives licites et illicites

Le questionnaire comporte également des questions sur la consommation d'autres substances illicites en dehors du cannabis et sur la consommation de boissons énergisantes. En effet, la consommation excessive de ces boissons n'est pas sans risque pour la santé, d'autant plus que ces boissons peuvent être consommées avec d'autres substances psychoactives licites ou illicites.(62)

La dernière partie du questionnaire est centrée sur les habitudes de vie en ciblant plus spécifiquement les habitudes alimentaires, le retentissement pondéral et l'activité physique.

Enfin, les participants sont sollicités à la fin du questionnaire sur les solutions qui pourraient être proposées par la faculté et/ou l'université à un étudiant présentant une anxiété excessive.

Méthodologie statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel JAMOVI (The jamovi project, <https://www.jamovi.org>).

Le test de Shapiro-Wilk a été utilisé pour montrer que la distribution des variables quantitatives n'était pas normale. Ces variables quantitatives ont donc été exprimées par la médiane, le minimum, le maximum et l'écart interquartile (Q3-Q1).

La comparaison des variables quantitatives entre groupe a été réalisée avec le test non-paramétrique de rang de Mann et Whitney.

Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentages. Ces variables qualitatives ont été comparées par le test de khi-deux lorsque les conditions d'application du test le permettaient ou, dans le cas contraire, par le test exact de Fisher.

3. Analyse des résultats de l'enquête

Comme nous l'avons précisé, sur les 689 questionnaires envoyés, 253 réponses ont pu être exploitées (soit un taux de réponse de 36,7 %). 3 questionnaires étaient trop incomplets et n'ont pu être retenus.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XII*) résume la répartition des réponses en fonction du sexe.

Tableau XII Population de l'étude

	Réponses de l'ensemble des étudiants	Réponses en fonction du sexe	
		Femmes	Hommes
Nombre de questionnaire envoyé N = 689	256/689 (37,2%)	186/432 (43,1%)	70/256 (27,2 %)

Il existe sur le plan statistique un lien entre le sexe et taux de réponse : les femmes répondent plus que les hommes ($p < 0,01$).

Nous présenterons dans une première partie les résultats du questionnaire. Une deuxième partie sera consacrée plus spécifiquement aux caractéristiques de la population anxieuse dans notre étude. Les sujets anxieux ont été identifiées à partir d'une question fermée dans le questionnaire (question 4 "Etes-vous anxieux /anxieuse: oui, non?") privilégiant pour définir cette population le ressenti du sujet indépendamment des résultats au score à l'échelle HAD .

3.1. Caractéristiques des participants

L'échantillon d'étude (n=253) est constitué de 72,3 % (n=183) de femmes et 27,7 % (n=70) d'hommes (Cf. *Tableau XIII*).

Tableau XIII Répartition des participants par sexe

Echantillon de l'étude n =253	Femmes	183/253	72,3%
	Hommes	70/253	27,3 %

Le sexe ratio est déséquilibré, ce qui représentera un biais dont il faudra tenir compte dans l'interprétation des résultats.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XIV*) précise la répartition de notre population en fonction des années d'études et le taux de réponse aux questionnaires par année et par sexe.

Tableau XIV Répartition de la population en fonction des années d'études et par sexe

Année d'étude	Réponses	%	Sexe	Réponses	%
2^{ème} année (DFG-SP2)	55 sur 130 (42,3 %)	21,7%	Femmes	36 sur 81 (44,4 %)	65,5%
			Hommes	19 sur 49 (38,8 %)	34,5%
3^{ème} année (DFG-SP3)	42 sur 138 (30,4 %)	16,6%	Femmes	30 sur 90 (33,3 %)	71,4%
			Hommes	12 sur 48 (25 %)	28,6%
4^{ème} année (DFA-SP1)	39 sur 138 (28,3 %)	15,4 %	Femmes	28 sur 85 (33 %)	71,8%
			Hommes	11 sur 53 (20,8 %)	28,2%
5^{ème} année (DFA-SP2)	76 sur 170 (44,7 %)	30,0%	Femmes	57 sur 108 (52,8 %)	75,0%
			Hommes	19 sur 62 (30,6 %)	25,0%
6^{ème} année (6-SP)	41 sur 113 (36,3 %)	16,2%	Femmes	32 sur 68 (47,1 %)	78,0%
			Hommes	9 sur 45 (20 %)	22,0%
TOTAL	253 sur 689 (36,7 %)	100 %			

On observe une disparité dans le taux de réponse selon les différentes années tous sexes confondus ($p = 0.011$). Plus précisément, le taux de réponse est plus important pour les étudiants en 5^{ème} année ($p = 0.004$) et 6^{ème} année ($p = 0.002$), tout sexe confondu. Cependant, cette différence n'est en fait significative que pour les femmes ($p = 0.016$) et pas chez les hommes (p non significatif).

Le choix de filière a lieu au cours de la 4^{ème} année (DFA-SP1), au moment de la diffusion du questionnaire les filières étaient déjà attribuées. Le tableau ci-dessous (Cf. *Tableau XV*) présente la répartition des étudiants dans les différentes filières (officine, internat ou industrie) à partir de la 4^{ème} année.

Le concours de l'internat a lieu au cours de la 5^{ème} année (DFA-SP2), 6 étudiants en 6^{ème} année reçus à l'internat avaient répondu aux questionnaires, ce qui leur confère un statut particulier, et n'ont de ce fait pas été retenus dans notre étude.

Tableau XV Distribution des participants par année et filière d'étude sur n=253 étudiants

Année d'étude	Réponses	%	Filière	Réponses	%
4^{ème} année (DFA-SP1)	39 sur 138 (28,3 %)	15,4%	Officine	25 sur 79 (31,6 %)	64,1%
			Industrie	9 sur 31 (29 %)	23,1%
			Internat	5 sur 28 (17,9 %)	12,8%
5^{ème} année (DFA-SP2)	76 sur 170 (44,7 %)	30,0%	Officine	42 sur 95 (44,2 %)	55,3%
			Industrie	21 sur 53 (39,6 %)	27,6%
			Internat	13 sur 22 (59,1 %)	17,1%
6^{ème} année (6-SP)	41 sur 113 (36,3 %)	16,2%	Officine	27 sur 80 (33,8 %)	65,9 %
			Industrie	13 sur 33 (39,4 %)	31,7 %
			Internat	6 sur 22 (27,7 %)	Retirés de l'étude
			Non renseigné	1 sur 1	2,4 %

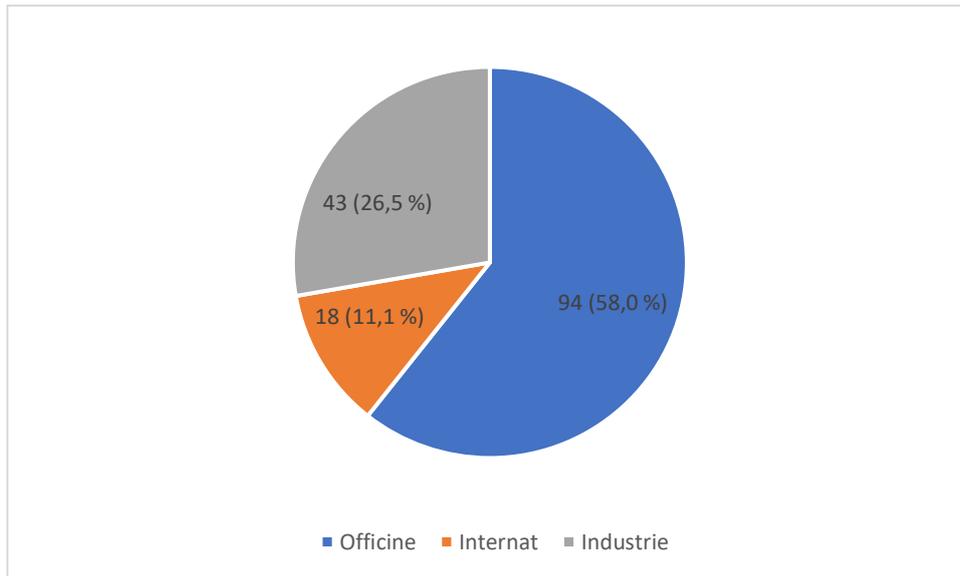


Figure 3 Distribution des étudiants par filière à partir de la 4ème année (DFA-SP1)

A partir de la 4^{ème} année (DFA-SP1), plus de la moitié des étudiants sont inscrits en filière officine (Cf. figure 3).

Concernant l'âge de la population, on observe que la majorité des étudiants se trouvent dans la tranche de 18 à 25 ans toutes années confondues (Cf. Figure 4).

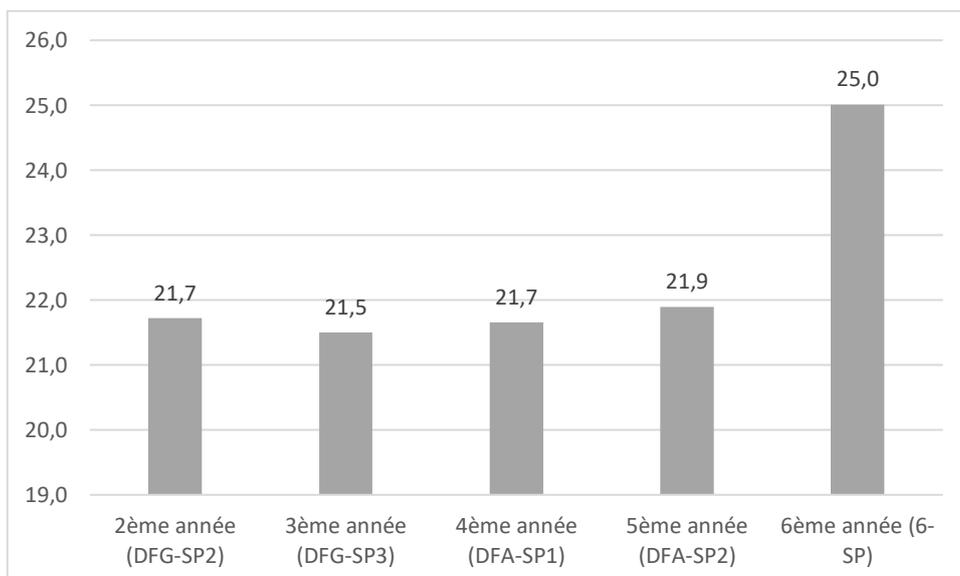


Figure 4 Distribution des moyennes d'âges des participants par année d'étude

Nombre de sujets anxieux dans la population étudiée

La question 4 de notre questionnaire avait pour objectif d'évaluer le **ressenti anxieux des étudiants** par une question fermée, à savoir "êtes-vous anxieux?".

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XVI*) présente les résultats par sexe dans notre population.

Tableau XVI Distribution de la population anxieuse en fonction du sexe

Sujets anxieux 179/253 70,8%	Femmes	OUI	139/183 76%
		NON	44/183 24%
	Hommes	OUI	40/70 57,1%
		NON	30/70 42,9%

70,8 % (179/253) des sujets qui ont répondu à notre questionnaire se sentent anxieux avec un lien significatif statistiquement avec le sexe féminin ($p=0,003$).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XVII*) présente le ressenti anxieux des sujets en fonction des années d'étude et du sexe.

Tableau XVII Ressenti anxieux des sujets en fonction des années d'études et du sexe

	Ensemble des étudiants (n=253)	Comparaison en fonction du sexe				2 ^{ème} année n=55		3 ^{ème} année n=42		4 ^{ème} année n=39		5 ^{ème} année n=76		6 ^{ème} année n=41	
		H (n=70)	F (n=183)	p	H n=19	F n=36	H n=12	F n=30	H n=11	F n=28	H n=19	F n=57	H n=9	F n=32	
OUI Anxieux	179/253 70,8%	40/70 57.1%	139/183 76%	0,003	10/19 52,6%	29/36 80,6%	9/12 75 %	23/30 76,7%	7/11 63,6	22/28 78,6%	9/19 47,4%	39/57 68,4%	5/9 55,6%	26/32 81,3%	
NON anxieux	74/253 29,2 %	30/70 42.9%	44/183 24%		9/19 47,4%	7/36 19,4%	3/12 25%	7/30 23,3%	4/11 36,4%	6/28 21,4%	10/19 52,6%	18/57 31,6%	4/9 44,4%	6/32 18,8%	

Il semblerait exister une disparité selon les années d'étude quand on observe les résultats avec des étudiants moins anxieux en 5^{ème} année et deux pics d'anxiété en 3^{ème} année et en 6^{ème} année mais non confirmée par les analyses statistiques. Il n'y a pas de lien entre l'année d'étude et le ressenti anxieux, pour la population globale ($p=0,488$). De même, il n'y a pas de lien entre le ressenti anxieux chez les femmes et l'année d'études ($p=0,593$) ni chez les hommes ($p=0,616$).

Scores à l'échelle HAD A

Le questionnaire comportait l'échelle Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) dont l'objectif est de repérer des troubles anxieux et dépressifs comme nous l'avons précisé. Deux séries de 7 questions cotées de 0 à 3 évaluent la composante anxieuse et dépressive conduisant à 2 scores sur 21 points, le score d'anxiété (HAD A) et le score de dépression (HAD D). L'interprétation des résultats proposées par la HAS sont les suivantes "Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D):

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine".(30)

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XVIII*) présente les score à l'échelle HAD A en fonction du sexe pour l'ensemble de notre échantillon (n=253).

Tableau XVIII Score à l'échelle HAD A en fonction du sexe pour l'ensemble de l'échantillon

	Ensemble des étudiants (n=253)	Comparaison en fonction du sexe	
		Hommes (n=70)	Femmes (n=183)
HAD A ≤7	70/253 27,7 %	27/70 38,6 %	43/183 23,5 %
HAD A 8 – 10	63/253 24,9 %	16/70 22,9 %	47/183 25,7 %
HAD A ≥11	120/253 47,4 %	27/70 38,6 %	93/183 50,8 %

Il n'y a pas de lien statistique entre le sexe et les scores à l'échelle HAD A recodé en 3 niveaux mais une tendance non significative pour les femmes qui ont un score plus élevé ($p=0,052$).

Si on s'intéresse spécifiquement aux scores à l'échelle HAD anxiété (HAD A) égaux ou supérieur à 11 très en faveur d'un état anxieux avéré qui devrait bien sûr être confirmé auprès d'un médecin, 47,4 % (n=120/253) des sujets participants à l'enquête tout sexe confondu ont un score égal ou supérieur à 11.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XIX*) montre les résultat en fonction du sexe.

Tableau XIX Score HAD A supérieur ou égal à 11 sur l'ensemble de l'échantillon en fonction du sexe

Population globale	Femmes (n=183)	Hommes (n=70)
HAD A ≥11	HAD A ≥11	HAD A ≥11
120/253 47,4 %	93/183 50,8 %	27/70 38,6 %

On ne retrouve pas de lien significatif statistique selon le sexe pour des scores HAD A supérieur ou égal à 11 ($p=0.081$).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XX*) présente les résultats aux scores HAD A en fonction de l'année d'étude et du sexe.

Tableau XX Scores à l'échelle HAD A en fonction du sexe et des années d'études

	Ensemble des étudiants (n=253)	Comparaison en fonction du sexe			2 ^{ème} année n=55		3 ^{ème} année n=42		4 ^{ème} année n=39		5 ^{ème} année n=76		6 ^{ème} année n=41	
		H n=70	F n=183	p	H n=19	F n=36	H n=12	F n=30	H n=11	F n=28	H n=19	F n=57	H n=9	F n=32
HAD A ≤7	70/253 27,7 %	27/70 38,6 %	43/183 23,5 %	0,052	5/19 26,3%	5/36 13,9%	4/12 33,3%	8/30 26,7%	4/11 36,4%	5/28 17,9%	10/19 52,6%	16/57 28,1%	4/9 44,4%	9/32 28,1%
HAD A 8 – 10	63/253 24,9 %	16/70 22,9 %	47/183 25,7 %		6/19 31,6%	10/36 27,8%	1/12 8,3 %	10/30 33,3%	5/11 45,5%	2/28 7,1 %	2/19 10,5%	19/57 33,3%	2/9 22,2%	6/32 18,8%
HAD A ≥11	120/253 47,4 %	27/70 38,6 %	93/183 50,8 %		8/19 42,1%	21/36 58,3%	7/12 58,3%	12/30 40,0%	2/11 18,2%	21/28 75,0%	7/19 36,8%	22/57 38,6%	3/9 33,3%	17/32 53,1%

Il n'y a pas de lien entre l'année d'étude et le score HAD A codé en 3 niveaux ni pour les hommes ($p=0,272$), ni pour les femmes ($n=0,057$) ni pour la population globale ($p=0,409$).

Nombre d'étudiants présentant des symptômes dépressifs

Comme nous l'avons précisé, l'échelle HAD comporte un score de dépression. Un score égal ou supérieur à 11 est en faveur d'un état dépressif qui sera à confirmer auprès d'un médecin. Globalement, 10 % (n=25/253) des sujets qui ont participé à notre enquête présentent ce score.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXI*) présente les résultats des scores à l'échelle HAD D dans notre population (n= 253).

Tableau XXI Scores de dépression à l'HAD D en fonction du sexe

	Ensemble des étudiants (n=253)	Comparaison en fonction du sexe	
		Hommes (n=70)	Femmes (n=183)
HAD D ≤7	187/253 73,9 %	51/70 72,9 %	136/183 74,3 %
HAD D 8 – 10	41/253 16,2 %	11/70 15,7 %	30/183 16,4 %
HAD D ≥11	25/253 9,9 %	8/70 11,4 %	17/183 9,3 %

Il n'y a pas de lien significatif sur le plan statistique entre les scores HAD recodé en 3 niveaux et le sexe ($p=0,877$). Il n'y a pas de lien sur le plan statistique en fonction du sexe quand on étudie plus précisément la population avec un score supérieur ou égal à 11 ($p= 0,999$).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXII*) présente les différents scores de l'échelle HAD D en fonction des années et du sexe de l'ensemble de notre population (n=253).

Tableau XXII Scores de l'échelle HAD D en fonction des années et du sexe de l'ensemble de l'échantillon

	Ensemble des étudiants (n=253)	Comparaison en fonction du sexe			Comparaison entre les années d'étude										
					2 ^{ème} année n=55		3 ^{ème} année n=42		4 ^{ème} année n=39		5 ^{ème} année n=76		6 ^{ème} année n=41		
		H (n=70)	F (n=183)	p	H n=19	F n=36	H n=12	F n=30	H n=11	F n=28	H n=19	F n=57	H n=9	F n=32	p
HAD D ≤7	187/253 73,9 %	51/70 72,9%	136/183 74,3 %	0,877	15/19 78,9%	28/36 77,8%	7/12 58,3%	17/30 56,7%	10/11 90,9%	20/28 71,4%	14/19 73,7%	46/57 80,7%	5/9 55,6%	25/32 78,1%	Population totale (p=0,083)
HAD D 8 – 10	41/253 16,2 %	11/70 15,7%	30/183 16,4 %		1/19 5,3 %	5/36 13,9%	3/12 25,0%	7/30 23,3%	0 0,0 %	6/28 21,4%	4/19 21,1%	10/57 17,5%	3/9 33,3%	2/32 6,3 %	Femmes (p=0,082)
HAD D ≥11	25/253 9,9 %	8/70 1,4 %	17/183 9,3 %		3/19 15,8%	3/36 8,3 %	2/12 16,7%	6/30 20,0%	1/11 9,1 %	2/28 7,1 %	1/19 5,3 %	1/57 1,8 %	1/9 11,1%	5/32 15,6%	Hommes (p=0,393)

Il n'y a pas de lien statistique entre le score HAD D codé en 3 niveaux et l'année d'étude (p=0,083) dans notre populations. Il n'y a pas de liens significatif entre le score HAD D codé en 3 niveaux, l'année d'étude et le sexe (p=0,393 pour les hommes, p=0,082 pour les femmes) mais rappelons que les faibles effectifs par année limitent l'interprétation des résultats statistiques.

Consommation de produits licites et illicites des étudiants

Consommation de tabac

Dans notre population, globalement 17,0 % des sujets sont fumeurs (n=43/253).

Le tableau suivant (*Tableau XXIII*) présente les résultats en fonction du sexe

Tableau XXIII Répartition de la population de fumeurs en fonction du sexe

	Femmes	Hommes
Fumeurs OUI	29/183 15,8 %	14/70 20,0 %
Fumeurs NON	154/183 84,1 %	56/70 80,0 %

Le tabagisme touche autant les femmes que les hommes ($p = 0,431$).

Nous n'avons pas présenté les résultats par année en raison d'un effectif trop faible.

Le tableau suivant (*Cf. XXIV*) illustre l'analyse spécifique de la populations des fumeurs par sexe avec les scores au test de Fagerström qui précise le stade de dépendance en rappelant qu'un score de 7 à 10 permet de suspecter une forte dépendance.

Tableau XXIV Scores de Fagerström et sujets fumeurs

		Fumeurs (n= 43)	
		Femmes	Hommes
		29/43	14/43
Score de Fagerström	Score de 0 à 2	22/29 75,9 %	6/14 42,9
	Score de 3 à 4	1/29 3,4 %	4/14 28,6%
	Score de 5 à 6	4/29 13,8%	2/14 14,3
	Score de 7 à 10	2/29 6,9%	2/14 14,3%

Il existe un lien entre le sexe et le score de Fagerström recodé selon l'intensité de la dépendance avec un score de dépendance significativement plus élevé chez les hommes ($P= 0,043$).

Consommation d'alcool

64,8 % ($n=164/253$) des étudiants consomment de l'alcool dans notre échantillon.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXV*) présente la répartition par sexe.

Tableau XXV Consommation d'alcool dans la population de l'étude selon le sexe

	Femmes	Hommes
Consommation d'alcool	118/183	46/70
OUI	64,5 %	65,7%
Consommation d'alcool	65/183	56/70
NON	35,5 %	34,3%

Sur le plan statistique, il n'y a pas de lien entre le sexe et la consommation d'alcool ($p=0,854$).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXVI*) précise le nombre de consommateurs d'alcool par sexe et par année d'étude.

Tableau XXVI Consommation d'alcool par année d'étude et par sexe

Ensemble des étudiants (n=253)	Comparaison en fonction du sexe			2 ^{ème} année n=55		3 ^{ème} année n=42		4 ^{ème} année n=39		5 ^{ème} année n=76		6 ^{ème} année n=41	
				H (n=70)	F (n=183)	p	H n=19	F n=36	H n=12	F n=30	H n=11	F n=28	H n=19
Consommation oui	46/70 65,7%	118/133 64,5%	P= 0, 854 Non significatif pas de différence de conso selon le sexe	11/19 57,9%	18/36 50%	7/12 58,3%	16/30 53,3%	8/11 72,7%	18/28 64,3%	15/19 78,9%	40/57 70,2%	5/9 55,6%	26/32 81,3%
Consommation non	24/70 34,3%	65/183 35,5%		8/19 42,1%	18/36 50,0%	5/12 41,7%	14/30 46,7%	3/11 27,3%	10/18 35,7%	4/19 21,1%	17/57 29,8%	4/9 44,4%	6/32 18,8%

Il existe une tendance à un lien entre année d'étude et consommation d'alcool pour la population globale , homme et femmes ($p= 0,053$). Il existe une disparité de consommation selon les années d'études chez les femmes ($p=0,045$), disparité non retrouvée dans la population estudiantine masculine de notre échantillon ($p=0,561$).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXVII*) présente plus précisément les caractéristiques de cette population de consommateurs d'alcool en fonction du sexe, du début de la consommation, et le score au questionnaire AUDIT dont l'objectif est de repérer une consommation problématique. Comme nous l'avions précisé précédemment, « *Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage d'alcool* ». Un score de 12 et plus est en faveur d'un mésusage sévère avec dépendance (60).

Tableau XXVII Scores AUDIT et début de la consommation d'alcool en fonction du sexe

		Consommateurs d'alcool n= 164/253		p
		Femmes 118/183 64,4%	Hommes 46/70 65,7 %	P= 0,854 (Non significatif) Pas de lien entre le sexe et la consommation d'alcool
Début de la consommation avant les études		78/118 66,1%	35/46 76%	P=0,215 Pas de lien entre le sexe et le début de la
Début de la consommation pendant les études		40/118 33%	11/46 23%	consommation avant ou après le début des études supérieures
Score AUDIT	> ou égal à 6	37/118 31,4%		P= 0,026 P significatif mésusage est plus important chez les hommes que chez les femmes
	> ou égal à 7		23/46 50%	
	> ou égal à 12	13/118 11,0 %	7/46 15,2 %	P= 0,460 Pas de différence entre sexe pour la dépendance

Sur le plan statistique, il n'y a pas de lien entre le sexe et la consommation d'alcool (P= 0,854) ni entre le sexe et le début de la consommation avant ou après le début des études supérieures (P=0,215).

En revanche, le mésusage d'alcool touche plus les hommes que les femmes (P= 0,026).

42,3 % (n=50/118) des femmes consommant de l'alcool dans notre étude présentent un score AUDIT supérieur ou égal à 6, ce qui est en faveur d'un mésusage à l'alcool voire d'une dépendance.

65,2 % (n=30 /46) des hommes ont un score supérieur à 7 ce qui traduit une consommation excessive voire problématique.

12,1% (n=20/118) des étudiants tout sexe confondu ont un score supérieur ou égal à 12 dans notre population en faveur d'un mésusage sévère avec dépendance. Il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe dans le groupe des sujets avec score supérieur à égal à 12 (p=0,460). Néanmoins ce résultat doit être interprété avec prudence en raison du faible effectif.

En conclusion, dans notre étude plus d'un tiers femmes (42,3%) consommant de l'alcool présentent un mésusage d'alcool objectivé par le questionnaire AUDIT.

Plus de la moitié des hommes (65,2%) qui consomment de l'alcool ont un score au questionnaire AUDIT en faveur d'un mésusage à l'alcool.

Consommation de cannabis

Dans notre population étudiée, 8,3 % (n=21/253) des sujets consomment du cannabis.

Le tableau suivant (*Cf. Tableau XXVIII*) présente la répartition de la consommation par sexe.

Tableau XXVIII Répartition de la consommation de cannabis en fonction du sexe

	Femmes	Hommes
Consommation de cannabis	14/183 7,6 %	7/70 10,0 %
Pas de consommation de cannabis	169/183 92,3 %	63/70 90,0 %

Il n'y a pas de lien sur le plan statistique dans notre échantillon entre le sexe et la consommation de cannabis (p=0,544).

La consommation existait avant le début des études pour près de la moitié de notre effectif masculin (n=4/7) et pour plus de la moitié des femmes (n=7/17). Il n'y a pas de lien statistique entre le sexe et l'ancienneté de la consommation de cannabis (p= 0,757) mais en raison du faible échantillon, l'interprétation doit être prudente.

Rappelons l'interprétation des résultats au score de CAST "Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation" (61).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXIX*) présente les scores CAST des étudiants consommant du cannabis.

Tableau XXIX Score de CAST chez les consommateurs de cannabis

	Femmes=14/183	Hommes n=7/70
CAST 0-2	6/14 (42,9 %)	2/7 (28,6 %)
CAST >=2	8/14 (57,1 %)	5/7 (71,4%)

Il existe un lien sur le plan statistique entre le score de CAST et le sexe (n=2) avec un score plus élevé chez les hommes mais ces résultats sont difficilement interprétable en raison du très faible effectif.

A titre purement descriptif, plus de la moitié des femmes consommant du cannabis (n=8/14) était en 5^{ème} année de pharmacie, ce qu'on retrouve également chez les hommes où là également plus de la moitié de notre effectif d'hommes fumeurs de cannabis étaient en 5^{ème} année (n=4/7).

Consommation de boissons énergisantes

15,0 % des étudiants (n=38/253) consomment des boissons énergisantes avec une prédominance masculine (p= 0,031) (Cf. *Tableau XXX*).

Tableau XXX Consommation de boissons énergisantes dans la population de notre étude

	Femmes	Hommes
Consommation de boissons énergisantes	22/183 12,0 %	16/70 22,9 %
Pas de consommation de boissons énergisantes	161/183 (88,0%)	54/70 77,1%

L'effectif étant réduit, les résultats n'ont pas été présentés selon les années d'étude.

Consommation de produits illicites

Dans notre échantillon, seuls 9 étudiants sur 253 consomment des produits illicites.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXXI*) présente la répartition d'étudiants consommant de produits illicites selon le sexe.

Tableau XXXI Consommation de produits illicites dans la population de notre étude

	Femmes	Hommes
Consommation de produits illicites	6/183 3,3%	3/70 4,3 %

Suivi psychologique dans la population globale

Nous avons également demandé à l'ensemble des participants de notre enquête s'ils bénéficiaient d'un suivi psychologique (question 7). Dans notre population, tout sexe confondu, 7,5% (19/253) bénéficient d'un suivi spécialisé avec une nette prédominance féminine ($p=0,023$) (Cf. *Tableau XXXII*). A noter qu'il n'était pas demandé le motif du suivi.

Dans notre étude deux étudiantes bénéficiaient d'un suivi psychologique mais n'avaient pas exprimé un ressenti anxieux.

Tableau XXXII Suivi psychologique par sexe sur l'ensemble de la population

	Suivi psychologique		
	Non	Oui	
Femmes n=183	165/183 90,2%	18/183 9,8%	p=0,023
Hommes n=70	69/70 98,6%	1/70 1,4%	

Il existe un lien statistique entre le suivi psychologique et le sexe, les femmes étant plus suivies que les hommes ($p=0,023$).

Sur les 18 femmes suivies sur le plan psychologique, 17 avaient exprimé un ressenti anxieux.

Le seul homme dans notre population bénéficiant d'un suivi psychologique s'est déclaré anxieux.

Nous avons également demandé aux étudiants bénéficiant d'un suivi de préciser la fonction du thérapeute (deux questions fermées (médecin psychiatre ou psychologue) et une question ouverte "autre") (Cf. *Tableau XXXIII*).

Tableau XXXIII Suivi psychologique et spécialistes

	Femmes(n=18)	Hommes (n=1)
Médecin psychiatre	8/18	0
Psychologue	9/18	1/1
Autres	1/18	0

Pour la réponse "autre", il était demandé aux participants de préciser le suivi dont il bénéficiait. Il s'avère qu'une étudiante dans notre enquête était suivie par un organisme de l'université.

Evaluation de la qualité de vie de la population globale

La qualité de vie a été évaluée à partir de 3 variables:

- La variation pondérale au cours des études,
- la qualité du sommeil ressenti,
- la pratique d'activités sportives.

Variations pondérales au cours des études

96,4% (244/253) des étudiants tout sexe confondu ont présenté des variations pondérales au cours de leurs cursus universitaires. Dans notre enquête, seuls 9 (3,5%) participants à l'étude n'ont pas signalé de modification de leur poids au cours de leurs études.

La prise de poids est plus fréquente que la perte de poids. 60,7 % (153/253) présentent une augmentation pondérale et 36 % (91/253) une perte pondérale.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXXIV*) résume les variations pondérales de notre échantillon (n=253) en fonction du sexe.

Tableau XXXIV Variation pondérale des participants à l'enquête pendant leurs études

		Prise de poids	Perte de poids
Femmes n=183	oui	111/183 60,7%	74/183 40,4%
	non	72/183 39,30%	109/183 59,6%
Hommes n=70	oui	42/70 60,0%	17/70 24,3%
	non	28/70 40,0%	53/70 75,7%

Concernant la prise de poids, il n'y a pas de lien statistique entre la prise de poids et le sexe ($p=0,924$).

En revanche, il existe sur le plan statistique un lien entre la perte de poids et le sexe. La perte de poids touche plus les femmes que les hommes ($p=0,017$).

Notre questionnaire comportait également des questions pour évaluer l'intensité de la variation pondérale (question 65 et 67). Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXXV*) illustre les variations pondérales en terme d'intensité en fonction du sexe .

Tableau XXXV Variations pondérales quantitatives en fonction du sexe

		Hommes N=42	Femmes N=111
Prise de poids	Prise de poids 3 à 5kg	12/42 28,6%	52/113 46,8%
	Prise de poids 5 à 10kg	16/42 38,1%	43/113 38,7%
	Prise de poids > 10kg	14/42 33,3%	16/113 14,4%
		Hommes n= 17	Femmes n=74
Perte de poids	Perte de poids 3 à 5kg	9/17 52,9%	46/74 62,2%
	Perte de poids 5 à 10kg	5/17 29,4	19/74 25,7%
	Perte de poids > 10kg	3/17 17,6%	9/74 12,2%

Il y a un lien sur le plan statistique entre l'importance de la prise de poids et le sexe, La prise de poids est plus importante chez les hommes ($p=0,018$).

Dans le tableau suivant (Cf. *Tableau XXXVI*) sont présentées les variations pondérales observées en fonction des années des études et du sexe.

Tableau XXXVI Variations pondérales en fonction du sexe et par année d'étude

	Ensemble des étudiants (n=253)	Comparaison en fonction du sexe			Comparaison entre les années d'étude									
					2 ^{ème} année n=55		3 ^{ème} année n=42		4 ^{ème} année n=39		5 ^{ème} année n=76		6 ^{ème} année n=41	
					H (n=70)	F (n=183)	p	H n=19	F n=36	H n=12	F n=30	H n=11	F n=28	H n=19
Prise de poids oui	153/253 60,5 %	42/70 60,0%	111/183 60,7%	P= 0,924	10/19 52,6%	20/36 55,6%	10/12 83,3%	21/30 70,0%	6/11 54,5%	18/28 64,3%	10/19 52,6%	36/57 63,2%	6/9 66,7%	16/32 50,0%
Prise de poids NON	100/253 39,5%	28/70 40%	72/183 39,3%		9/19 47,4%	16/36 44,4%	2/12 16,7%	9/30 11,8%	5/11 45,5%	10/28 35,7%	9/19 47,4%	21/57 36,8%	3/9 33,3%	16/32 50,0%
Prise de poids 3 à 5kg		12/42 28,6%	52/111 46,8%	P= 0,018	3/10 30,0%	11/20 55,0%	4/10 40,0%	11/21 55,4%	0 0,0%	10/18 55,6%	4/10 40,0%	15/36 41,7%	1/6 16,7%	5/16 31,3%
Prise de poids 5 à 10kg		16/42 38,1%	43/111 38,7%		5/10 50,0%	5/20 25,0%	4/10 40,0%	8/21 38,1%	3/6 50,0%	6/18 33,3%	3/10 30%	17/36 47,2%	1/6 16,7%	7/16 43,8%
Prise de poids > 10kg		14/42 33,3%	16/111 14,4%		2/10 20,0%	4/20 20,0%	2/10 20,0%	2/21 9,5%	3/6 50,0%	2/18 11,1%	3/10 30%	4/36 11,1%	4/6 66,7%	4/16 25,0%
Perte de poids OUI	91/253 36,0%	17/70 24,3%	74/183 40,4%	P= 0,017	7/19 36,8%	16/36 44,4%	1/12 8,3%	15/30 50,0%	5 45,5%	8 28,6%	3 15,8%	24 42,10%	1/9 11,1%	11/32 34,4%
Perte de poids NON		53/70 75,70%	109/183 59,6%		12/19 63,2%	20/36 55,6%	11/12 91,7%	15/30 50,0%	5 25,5%	20 71,4%	16 84,2%	33 57,9%	8/9 88,9%	21/32 65,6%
Perte de poids 3 à 5kg		9/17 52,9%	46/74 62,2%		4/7 57,1%	12/16 75,0%	1/1 100,0%	9/15 60,0%	3 60,0%	6 75,0%	1 33,3%	14 58,3%	0	5/11 45,5%
Perte de poids 5 à 10kg		5/17 29,4	19/74 25,7%	P= 0,747	3/7 42,9%	3/16 18,8%	0	4/15 26,7%	1 20,0%	2 25,0%	1 33,3%	5 20,8%	0	5/11 45,5%
Perte de poids > 10kg		3/17 17,6%	9/74 12,2%		0 0,0%	1/16 6,3%	0	2/15 13,3%	1 20,0%	0 0,0%	1 33,3%	5 20,8%	1/1 100,0%	1/11 9,1%

Il n'y a pas le lien statistique entre la prise de poids et l'année d'étude quel que soit le sexe ($p=0,640$ pour les femmes, $p=0,430$ pour les hommes).

On ne retrouve pas de lien entre l'année et l'intensité de la perte de poids ($p=0,640$ pour les femmes et $0,430$ pour les hommes).

Il convient d'être prudent dans l'analyse de ces résultats qui reposent sur de faibles échantillons par années d'études.

Qualité du sommeil des étudiants

Pour évaluer la qualité du sommeil, il était demandé aux participants de préciser s'ils considéraient que leur quantité de sommeil était suffisante (question 74). Des questions plus précises tenter d'évaluer la cause des troubles du sommeil (insomnies d'endormissement, réveils matinaux, couchers tardifs).

Globalement, plus de la moitié des étudiants (51%) ($n=129/253$) de notre échantillon se plaignent de dormir insuffisamment. Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXXVII*) présente les résultats en fonction du sexe.

Tableau XXXVII Evaluation du sommeil en terme de quantité suffisante ou non, dans la population de l'étude en fonction du sexe

Quantité de sommeil suffisante ?	Femme	OUI	83/183 45,5%
		NON	100/183 54,6%
	Homme	OUI	41/70 49%
		NON	29//70 41,4%

Il n'y a pas de lien significatif sur le plan statistique dans notre échantillon entre le sexe et la qualité du sommeil ressenti en terme de quantité même si les chiffres montrent une tendance non significative d'un manque de sommeil ressenti touchant plus les femmes ($p=0,006$).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XXXVIII*) présente les résultats en fonction des années d'études.

Tableau XXXVIII Evaluation du sommeil en terme de quantité suffisante ou non, dans la population de l'étude en fonction du sexe et de l'année d'étude

	Ensemble des étudiants (n=253)	Comparaison en fonction du sexe			2 n=55		3 n=42		4 n=39		5 n=76		6 n=41	
		H (n=70)	F (n=183)	P	H n=19	F n=36	H n=12	F n=30	H n=11	F n=28	H n=19	F n=57	H n=9	F n=32
Quantité de sommeil suffisante oui	124/253 (49,0%)	41/70 58,6%	83/183 45,4%	P=0,060 (NS)	13/19 68,4%	16/19 44,4%	6/12 50,0%	14/30 46,7%	8/11 72,7%	13/28 46,4%	9/19 47,4%	24/57 42,1%	5/9 55,6%	16/32 50,0%
Quantité de sommeil suffisante non	129/253 (51,0%)	29/70 41,4%	100/183 54,6%		6/19 31,6%	20/19 55,6%	6/12 50,0%	16/30 53,3%	3/11 27,3%	15/28 53,6%	10/19 52,6%	33/57 57,9%	4/9 44,4%	16/32 50,0%

Il n'y a pas non plus de lien sur le plan statistique entre les années d'études et la variable quantité de sommeil suffisante ou pas quel que soit le sexe ($p=0,967$ pour les femmes, $p=0,550$ pour les hommes). Mais les effectifs par année sont faibles, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats sur le plan statistique.

Le questionnaire comportait également une question sur les causes des troubles du sommeil pour ceux qui ressentait une quantité de sommeil insuffisante (question 75) avec 3 propositions et une question ouverte permettant aux étudiants de donner une autre réponse que celles proposées.

Les causes de cette quantité insuffisante de sommeil sont décrites dans le tableau suivant (Cf. *Tableau XXXIX*).

Tableau XXXIX Causes des troubles du sommeil chez les sujets exprimant une quantité de sommeil suffisante

	Causes des troubles du sommeil		
	Insomnies d'endormissement	Réveils matinaux précoces	Coucher tardif
Quantité de sommeil insuffisant n=129	74/129 57,3%	57/129 44,1%	83/129 64,3%
Femmes n=100	60/100 60,0%	47/100 47%	60/100 60%
Hommes n=29	14/29 48,2%	10/29 34,5%	23/29 79,8%

Il n'y a pas de différence significative selon le sexe quelle que soit la cause des troubles du sommeil ($p=0,261$ pour les insomnies d'endormissement, $p=0,216$ et pour les réveils matinaux précoces). En revanche, pour les couchers tardifs, bien que non significatif sur le plan statistique ($p= 0,056$) on note une tendance aux couchers plus tardifs chez les hommes. Une fois de plus, ces analyses statistiques méritent une interprétation prudente devant le faible effectif d'hommes par rapport aux femmes dans cet échantillon.

Activité physique des étudiants

55,3% (140/253) des étudiants pratiquent une ou plusieurs activités sportives.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XL*) présente la répartition en fonction du sexe.

Tableau XL Pratique de l'activité sportive dans la population de l'étude en fonction du sexe

	Activité sportive	
		oui
Population générale n=253	oui	140/253 (55,3%)
	non	113/253 (44,7%)
Femmes n=183	oui	96/183 (52,5%)
	non	87/183 (47,5%)
Hommes n=70	oui	43/70 (62,9%)
	non	26/70 (37,1%)

Il n'y a pas de lien significatif sur le plan statistique entre la pratique d'une activité sportive et le sexe ($p=0,137$).

Le questionnaire comportait également une question sur le nombre d'heures d'activité physique par semaine (question 78). Un tiers des étudiants dans notre enquête quel que soit le sexe pratique une activité sportive au moins 2 heures par semaine.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XLI*) précise le nombre d'heures d'activités physiques par semaine en fonction du sexe.

Tableau XLI Durée de l'activité physique par semaine en fonction du sexe dans la population de l'étude

	Activité sportive / semaine			
	1h/sem	2H/sem	2h/sem	>2h30/sem
Population des étudiants pratiquant une activité sportive n=139	33/139 23,7%	41/139 29,5%	21/139 15,1%	44/139 31,7%
Femmes n=96	25/96 26,0%	29/96 30,2%	14/96 14,6%	28/96 29,2%
Hommes n=43	8/43 18,6%	12/43 29,3%	7/43 16,3%	16/43 37,20%

Il n'y a pas de lien entre le sexe et le nombre d'heures de pratique sportives par semaine sur le plan statistique ($p=0,704$).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XLII*) reprend les données précédentes en y ajoutant une comparaison selon les années d'étude.

Tableau XLII Pratique d'une activité physique en fonction du sexe et de l'année d'étude

	Ensemble des étudiants (n=253)	Répartition par sexe		Comparaison entre les années d'étude									
				2 ^{ème} année n=55		3 ^{ème} année n=42		4 ^{ème} année n=39		5 ^{ème} année n=76		6 ^{ème} année n=41	
				H n=70	F n=183	H n=19	F n=36	H n=12	F n=30	H n=11	F n=28	H n=19	F n=57
Activité physique oui	140/253 55,3%	44/70 62,9%	96/183 52,5%	9/19 47,4%	19/36 52,8%	9/12 75,0%	17/30 56,7%	10/11 90,9%	15/28 53,6%	12/19 63,2%	30/57 52,6%	4/9 44,4%	15/32 46,9%
Activité physique NON	113/253 44,7%	26/70 37,1%	87/183 47,5%	10/19 52,6%	17/36 47,2%	3/12 25,0%	13/30 43,3%	1/11 19,1%	13/28 46,4%	7/19 36,8%	27/57 47,4%	5/9 55,6%	17/32 53,1%

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XLIII*) présente le nombre d'heures par semaine d'activités physiques en fonction de l'année d'étude.

Tableau XLIII Nombre d'heures d'activité physique par semaine en fonction du sexe et de l'année d'étude

	Ensemble des étudiants	Répartition par sexe		2 ^{ème} année		3 ^{ème} année		4 ^{ème} année		5 ^{ème} année		6 ^{ème} année		
		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	
		N=44	N=96	N=10	N=20	N=8	N=17	N=9	N=14	N=12	N=30	N=4	N=15	
H/semaine	1h	33/139 23,7%	8/44 18,6%	25/96 26,0%	3/10 30,0%	5/20 25,0%	2/8 25,0%	4/17 23,5%	2/9 22,2%	3/14 21,4%	0/12 0,0%	7/30 23,0%	1/4 25,0%	6/15 40,0%
	2h	41/139 29,5%	12/44 29,3%	29/96 30,2%	1/10 10,0%	5/20 25,0%	1/8 12,5%	9/17 52,9%	5/9 55,6%	4/14 28,6%	3/12 25,0%	10/30 33,3%	2/4 50,0%	1/15 6,7%
	2h30	21/139 15,1%	7/44 16,3%	14/96 14,6%	2/10 20,0%	4/20 20,0%	1/8 12,5%	1/17 5,9%	2/9 22,2%	1/14 7,1%	1/12 8,3%	4/30 13,3%	1/4 25,0%	4/15 26,7%
	> 2h30	44/139 31,7%	16/44 37,20%	28/96 29,2%	4/10 40,0%	6/20 30,0%	4/8 50,0%	3/17 17,6%	0/9 0,0%	6/14 42,9%	8/12 66,7%	9/30 30,0%	0/4 0,0%	4/15 26,7%

Il n'y a pas de lien entre l'activité physique sur le plan statistique et l'année d'étude ni sur la population globale ($p=0,445$) ni selon le sexe ($p=0,960$ pour les femmes, $p=0,102$ pour les hommes).

Il n'y a pas de lien statistique entre le nombre d'heures d'activité physique par semaine et l'année d'études quel que soit le sexe ($p=0,415$ pour les femmes, $0,139$ pour les hommes et $0,484$ pour l'ensemble de la population pratiquant une activité sportive).

Mais soulignons une fois de plus que les effectifs par année en fonction du sexe sont faibles.

Alimentation des étudiants

22,9% des étudiants (n=58/253) consomment des compléments alimentaires.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XLIV*) précise la consommation de compléments alimentaires en fonction du sexe.

Tableau XLIV Consommation de compléments alimentaires dans la population générale de l'étude en fonction du sexe

	Femmes	Hommes
Consommation de compléments alimentaires	41/183 22,4%	17/70 24,3%
Pas de consommation de compléments alimentaires	142/183	53/70

Il n'y a pas de lien entre le sexe et la consommation de compléments alimentaires ($p=0,750$).

3.2. Spécificité de la population anxieuse

Pour rappel, **179/253** étudiants de notre échantillon se sentent anxieux, ce qui constitue 70,8 % de l'échantillon avec une nette prédominance féminine significative sur le plan statistique ($p=0,003$).

La répartition par sexe de notre population anxieuse est rappelée dans le tableau suivant (Cf. *Tableau XLV*).

Tableau XLV Répartition par sexe des sujets anxieux

Sujets anxieux 179/253 70,8%	Femmes	139/183 76%
	Hommes	40/70 57,1%

Dans l'évaluation du ressenti anxieux, il était demandé aux étudiants de préciser si ce ressenti anxieux était récent, remontant à un an ou moins ou si il était plus ancien (question 5 du questionnaire).

Le tableau suivant présente l'ancienneté du ressenti anxieux (Cf. *Tableau XLVI*).

Tableau XLVI Ancienneté du ressenti anxieux en fonction du sexe

	Hommes	Femmes
Inférieur ou égal à 1an	17/40 42,5%	23/139 16,5%
Supérieur à 1 an	23/40 57,5%	116/139 83,5%

Il existe un lien statistique entre l'ancienneté de l'anxiété ressentie et le sexe. Les femmes se sentant anxieuses le sont depuis plus longtemps que les hommes ($p= 0,001$).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XLVII*) présente plus précisément l'ancienneté du ressenti anxieux en fonction du sexe et des années d'étude.

Tableau XLVII Ancienneté de la composante anxieuse en fonction du sexe et de l'année d'étude

	Ensemble des étudiants anxieux n= 179 Comparaison en fonction du sexe		Comparaison entre les années d'étude										p
			2 ^{ème} année n=55		3 ^{ème} année n=42		4 ^{ème} année n=39		5 ^{ème} année n=76		6 ^{ème} année n=41		
	H (n=40)	F (n=139)	H n=10	F n=29	H n=9	F n=23	H n=7	F n=22	H n=9	F n=39	H n=5	F n=26	
Anxiété ressenti	17/40	23/139	3/10	0/29	4/9	8/23	3/7	5/22	6/9	5/39	1/5	5/26	P= 0,014 pour les femmes
Inférieur ou égal à 1 an	42,5%	16,5%	30,0%	0,0%	44,4%	34,8%	42,9%	22,7%	66,7%	12,8%	20,0%	19,2%	
Anxiété ressenti supérieur à 1 an	23/40	116/139	7/10	29/29	5/9	15/23	4/7	17/22	3/9	34/39	4/5	21/26	P= 0,428 pour les hommes
	57,5%	83,5%	70,0%	100%	55,6%	65,2%	57,10%	77,3%	33,3%	87,2%	80,0%	80,8%	

Il y a un lien statistique entre l'ancienneté de l'anxiété ressentie, le sexe et l'année d'étude pour les femmes ($p=0,014$) particulièrement anxieuses en 2^{ème}, 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année. Ce lien statistique entre l'ancienneté de l'anxiété et l'année d'études n'est pas retrouvé pour les hommes ($p=0,428$). Mais soulignons que le faible effectif de notre échantillon réparti par année d'études rendent les résultats statistiques difficilement interprétables.

L'enquête a été menée en mai 2021, année universitaire particulièrement perturbée par l'épidémie de Covid et la question 6 du questionnaire avait pour objectif de préciser si le contexte sanitaire était à l'origine de la composante anxieuse récente.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant (Cf. *Tableau XLVIII*).

Tableau XLVIII Répartition par sexe des sujets anxieux depuis moins d'un an

	Hommes anxieux depuis un an et moins n=17	Femmes anxieuse depuis 1 an et moins n=23
Situation sanitaire en cause	16/17	19/23
Oui	94,1%	82,6%
Situation sanitaire en cause	1/17	4/23
Non	5,9%	17,4 %

Incontestablement, dans notre population anxieuse depuis un an et moins, la situation sanitaire liée à l'épidémie de Covid est la principale cause de cette anxiété récente sans différence significative sur le plan statistique avec le sexe ($p=0,277$).

Scores HAD A dans la population anxieuse

Pour rappel, l'échelle HAD est un outil de repérage des troubles anxieux et dépressifs (30).

L'interprétation des scores pour la composante anxieuse et dépressive proposée par la HAS est la suivante "Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D):

7 ou moins : absence de symptomatologie

8 à 10 : symptomatologie douteuse

11 et plus : symptomatologie certaine".(30)

Il nous est paru intéressant d'analyser les score à l'échelle HAD de notre population de sujets anxieux et de préciser le stade de sévérité.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau XLIX*) présente les scores à l'échelle HAD A codé en 3 niveaux de gravité en fonction du sexe dans notre population anxieuse.

Tableau XLIX Score HAD A dans la population anxieuse en fonction du sexe

	Sore HAD A		
Sexe	7 ou moins absence de symptomatologie	8 à 10 symptomatologie douteuse	11 et plus : symptomatologie certaine
Femmes N=139	16/139 11,5%	35/139 25,2%	88/139 63,5%
Hommes N=40	6/40 15,0%	11/40 27,5%	23/40 57,5%

Il n'y a pas de différence significative entre de score HAD A et le sexe dans la population anxieuse ($p=0,052$) mais cependant à la limite de la significativité avec une tendance à des scores plus élevés chez les femmes.

Concernant les scores à 11 et plus traduisant une symptomatologie anxieuse potentiellement pathologique et la nécessité d'un avis spécialisé, ils concernent plus de la moitié de nos étudiants ayant exprimées un ressenti anxieux quel que soit le sexe . Il n'y a pas de différence sur le plan statistique en fonction du sexe pour des scores HAD A à 11 et plus ($p=0,081$) dans la population anxieuse, mais les effectifs sont limités notamment la population masculine.

Sur le plan statistique, il existe un lien significatif entre le score HAD A codé selon 3 niveaux de gravité et le ressenti anxieux quel que soit le sexe (p inférieur à 0,001 pour les hommes comme pour les femmes) ce qui confirme la pertinence de cette échelle dans le repérage des sujets anxieux.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau L*) présente les résultats du score HAD A dans la population anxieuse en fonction de l'année d'étude et du sexe.

Tableau L Scores HAD A dans la population anxieuse en fonction du sexe et de l'année d'étude

Année	Sexe	Score HAD A		
		7 ou moins absence de symptomatologie	8 à 10 symptomatologie douteuse	11 et plus : symptomatologie certaine
2 ^{ème} année	Femme n=36	5/36 13,9 %	10/36 27,8%	21/36 58,3%
	Homme n=19	5/19 26,3%	5/19 31,6%	8/19 42,1%
3 ^{ème} année	Femme n=30	8/30 26,7%	10/30 33,3%	12/30 40,3%
	Homme N=12	4/12 33,3%	1/12 8,3%	7/12 58,3%
4 ^{ème} année	Femme n=28	5/28 17,9 %	2/28 7,10%	21/28 75%
	Homme N=11	4/11 36,4%	5/11 45,5%	2/11 18,2%
5 ^{ème} année	Femme n=57	16/57 28,1%	19/57 33,3%	22/57 38,6%
	Homme N=19	10/19 52,6%	2/19 10,5%	7/19 36,8%
6 ^{ème} année	Femme n=35	9/35 28,1%	6/35 18,8%	17/35 53,1%
	Homme N=9	4/9 44,4%	2/9 22,2%	3/9 33,3%

Globalement, on ne retrouve pas de lien significatif entre l'année d'étude et le score HAD A ($p= 0,409$) chez les sujets anxieux. Il n'y a pas de lien entre le score de HAD A et le sexe avec cependant une tendance non significative pour les femmes ($p= 0,272$ pour les hommes, $p=0,057$ pour les femmes).

Si l'on regarde plus précisément les chiffres, les femmes semblent plus anxieuses en 2^{ème} année et 4^{ème} année. Le faible effectif de notre échantillon nécessite une interprétation prudente.

Nombre d'étudiants anxieux présentant des symptômes dépressifs

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LI*) présente le score HAD D en fonction du sexe et du degré de sévérité dans la population anxieuse.

Tableau LI Scores HAD D en fonction du sexe et du degré de sévérité dans la population anxieuse

Sexe	Score HAD D		
	7 ou moins absence de symptomatologie	8 à 10 symptomatologie douteuse	11 et plus : symptomatologie certaine"
Femmes N=139	95/139 68,3%	27/139 19,4%	17/139 12,2 %
Hommes N=40	25/40 62,5%	8/40 20,0%	7/40 17,5 %

Il existe un lien statistique entre et le score HAD D codé en 3 niveaux de sévérité pour l'ensemble des sujets anxieux quel que soit le sexe ($p=0,001$) avec des scores de sévérité plus élevés dans la population anxieuse par rapport aux sujets non anxieux. En revanche l'étude par sexe montre un lien significatif entre le score de sévérité à l'échelle HAD D plus élevé chez les femmes anxieuses que chez les non anxieuses ($p=0,003$) et une tendance non significative pour les hommes ($p=0,065$).

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LII*) présente les résultats des scores de l'échelle HAD D en fonction du sexe et des années d'études.

Tableau LII Scores HAD D dans la population anxieuse en fonction de l'année d'étude et du sexe

Année	Sexe	Score HAD D		
		7 ou moins absence de symptomatologie	8 à 10 symptomatologie douteuse	11 et plus : symptomatologie certaine
2°	Femmes n=36	28/36 77,8%	5/36 13,9%	3/36 8,3%
	Hommes n=19	15/19 78,9%	1/19 5,3%	3/19 15,8%
3°	Femmes n=30	17/30 56,7%	7/30 23,3%	6/30 20,0%
	Hommes N=12	7/12 58,3%	3/12 27,3%	2/12 25%
4°	Femmes n=28	20/28 71,4%	6/28 21,4%	2/28 7,1%
	Hommes N=11	1/11 90,9%	0 0,0%	1/11 9,1%
5°	Femme n=57	46/57 80,7%	10/57 17,5%	1/57 1,8%
	Homme N=19	14/19 73,7%	4/19 21,1%	1/19 5,3%
6	Femme n=35	25/35 78,1%	2/35 6,3%	5/35 15,6%
	Homme N=9	5/9 55,6%	3/9 33,3%	1/9 11,1%

On ne retrouve pas de lien entre l'année d'étude et le score HAD D recodé en 3 niveaux dans la population anxieuse ($p=0,082$).

On ne retrouve pas de lien significatifs en fonction du sexe mais avec une tendance non significative pour les femmes ($p=0,393$ pour les hommes , $p=0,082$ pour les femmes). Dans notre échantillon, les étudiantes en en 2° année, 3° année et 6° année étaient plus nombreuses avec des scores supérieurs ou égal à 11. Mais une fois de plus insistons sur la faiblesse de l'échantillon qui limite l'interprétation des résultats statistiques.

Consommations de produits licites et illicites de la population anxieuse

Consommation de tabac

Le tableau suivant montre la consommation de tabac chez les étudiants anxieux (Cf. *Tableau LIII*).

Tableau LIII Consommation de tabac dans la population anxieuse en fonction du sexe

	Femmes anxieuses n=139	Hommes anxieux N=40
Tabagisme actif	20/139	8/40
OUI	14,4 %	20,0%
Tabagisme actif	119/139	32/40
NON	85,6 %	80,0%

On ne retrouve pas de lien statistique entre les ressenti anxieux et la consommation de tabac quel que soit le sexe ($p= 0,337$ pour les femmes, $p=1$ pour les hommes) qui n'est pas supérieure à la population non anxieuse.

Les scores de Fagerström des étudiants anxieux consommant du tabac sont présentés dans le tableau suivant (Cf. *Tableau LIV*).

Tableau LIV Score de Fagerström dans la population anxieuse fumeuse

		Femme anxieuse fumeuses : n=19 (une données manquantes)	Homme anxieux fumeurs n=8
Score de fagerstrom	Score de 0 à 2	13/19 68,4%	3/8 37,5%
	Score de 3 à 4	1/19 5,3%	2/8 25,0%
	Score de 5 à 6	4/19 21,1%	1/8 12,5%
	Score de 7 à 10	1/19 5,3%	2/8 25,0%

Il n'y a pas de différence en fonction du sexe pour le score de Fagerström ($p= 0,166$) dans la population anxieuse.

Consommation d'alcool

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LV*) présente la consommation d'alcool en fonction du sexe dans la population anxieuse.

Tableau LV Consommation d'alcool en fonction du sexe dans la population anxieuse

	Femmes anxieuses n=139	Hommes anxieux N=40
Consommation d'alcool	87/139	27/40
OUI	62,6%	67,5%
Consommation d'alcool	52/139	13/40
NON	37,4%	32,5%

Il n'y a pas de lien sur le plan statistique entre la consommation d'alcool et le fait d'être anxieux quel que soit le sexe ($p=0,342$ pour les femmes, $p=0,716$ pour les hommes). En d'autres termes, les sujets anxieux ne consomment pas plus d'alcool que les sujets non anxieux dans notre étude.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LVI*) recense les scores AUDIT de notre population anxieuse consommant de l'alcool.

Tableau LVI Score AUDIT chez les sujets anxieux consommant de l'alcool

		Sujets anxieux consommant de l'alcool n= 114/179 76,5%	
		Femmes anxieuses consommant de l'alcool: n=88	Hommes anxieux consommant de l'alcool n=26
Score AUDIT	> ou égal à 6	20 22,7%	
	> ou égal à 7		8 30,8%
	> ou égal à 12	8 9,1%	4 15,4%

Il n'y a pas de différence significative sur le plan statistique entre le score AUDIT chez les sujets anxieux et le sexe ($p=0,383$) ces résultats méritent une interprétation prudente en raison du faible échantillon.

Consommation de cannabis

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LVII*) montre la consommation de cannabis dans la population anxieuse.

Tableau LVII Consommation de cannabis en fonction du sexe dans la population anxieuse

	Femmes anxieuse n=139	Hommes Anxieux n=40
Consommation de cannabis	12/139 8,6%	5/40 12,5%
Pas de consommation de cannabis	127/139 91,4%	35/40 87,5%

Il n'y a pas de lien statistique entre la consommation de cannabis et le fait d'être anxieux ni pour les femmes, ni pour les hommes ($p=0,374$ pour les femmes, $p=0,421$ pour les hommes). Le fait de se déclarer anxieux n'entraîne pas d'augmentation de la consommation par rapport à nos sujets non anxieux. Mais une fois de plus, les effectifs sont particulièrement faibles.

Consommation de produits illicites

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LVIII*) montre la consommation de produits illicites dans la population anxieuse.

Tableau LVIII Consommation de produits illicites en fonction du sexe dans la population anxieuse

	Femmes anxieuse n=139	Hommes Anxieux n=40
Consommation de produits illicites	4/139 2,9%	2/40 5,0%
Pas de consommation de produits illicites	135/139 97,1%	38/40 95,5%

Il n'y a pas de lien sur le plan statistique entre la consommation de produits illicites et la composante anxieuse mais la faiblesse de l'échantillon ne permet pas une analyse statistique pertinente.

Consommations de boissons énergisantes

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LIX*) montre la consommation de boissons énergisantes dans la population anxieuse.

Tableau LIX Consommation de boissons énergisantes en fonction du sexe dans la population anxieuse

	Femmes anxieuses n=139	Hommes anxieux n=40
Consommation de boissons énergisantes: OUI	15/139 10,8%	8/40 20,0%
Consommation boissons énergisantes: NON	124/139 89,2%	32/40 80,0%

Il n'y a pas de lien entre la consommation de boissons énergisantes et la composante anxieuse tout sexe confondu (n=0,363 pour les femmes, n=0,511 pour les hommes) par rapport à la population non anxieuse.

Consommations de compléments alimentaires

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LX*) montre la consommation de compléments alimentaires dans la population anxieuse.

Tableau LX Consommation de compléments alimentaire en fonction du sexe dans la population anxieuse

	Femmes anxieuses n=139	Hommes anxieux n=40
Consommation de compléments alimentaires OUI	33/139 23,7%	8/40 20,0%
Consommation de compléments alimentaires NON	106/139 76,3%	32/40 80,0%

On ne retrouve pas de lien statistique entre le ressenti anxieux et la consommation de compléments alimentaires tout sexe confondu (p=0,441 pour les femmes, p=0,3334 pour les hommes) comparé à la population non anxieuse.

Consommation de médicaments à visée anxiolytique dans la population anxieuse

La question 23 du questionnaire avait pour objectif de connaître la consommation de traitement à visée anxiolytique dans notre population anxieuse et l'efficacité ressentie du traitement (question 26). Il était également demandé aux sujets anxieux de préciser si ils bénéficiaient d'un suivi spécialisé (question 7).

16,7% (n= 30/179) des étudiants anxieux tout sexe confondu ont recours à un traitement à visée anxiolytique.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LXI*) présente les résultats de la consommation de médicaments à visée anxiolytique.

Tableau LXI Consommation de traitements à visée anxiolytiques dans la population anxieuse en fonction du sexe

	Femmes anxieuses n=139	Hommes anxieux n=40
Consommation de médicaments OUI	28/139 16,5 %	7/40 17,5 %
Consommation de médicaments NON	116/139 83,5%	33/40 82,5%

Il n'y a pas de lien statistique entre la consommation de médicaments et le sexe dans notre population anxieuse ($p=0,433$).

Les étudiants exprimant un ressenti anxieux qui prenaient un traitement à visée anxiolytique ont perçu une amélioration dans la majorité des cas (71 % des hommes, et 74 % des femmes).

Tableau LXII Prise de traitements à visée anxiolytiques et efficacité du traitement dans la population anxieuse

		Hommes n=7	Femmes n=23
Bénéfice du traitement	Oui	5/7 71,4%	20/23 87,0%
	Non	2/7 28,6%	3/23 13,0%

Concernant l'efficacité du traitement (Cf. *Tableau LXII*), il n'y a pas de différence significative en fonction du sexe ($p=0,888$). Ce résultat doit être interprété avec prudence en raison d'un effectif faible ($n=30$) notamment la population masculine.

Par ailleurs, pour les sujets ayant recours à un traitement médicamenteux, nous avons souhaité connaître l'ancienneté du traitement (question 25) (Cf. *Tableau LXIII*).

Tableau LXIII Ancienneté du traitement à visée anxiolytique dans la population anxieuse

	Ancienneté du traitement		
	Moins de 6 mois	6mois à 1 an	Plus d'un an
Femmes n=23	2/23 8,6 %	1/23 4,4 %	20/23 87,0 %
Hommes n=7	3/7 42,9 %	1/7 14,2%	3/7 42,9%

il n'y a pas de lien entre le sexe et la durée du traitement. Toutefois l'analyse est peu pertinente en raison du faible effectif ($p=0,193$).

Suivi psychologique des sujets anxieux

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LXIV*) présente le nombre de sujets suivis sur le plan psychologique en fonction du sexe.

Tableau LXIV Suivi psychologique des sujets anxieux en fonction du sexe

	Suivi psychologique des sujets anxieux	
	oui	non
Femmes n=139	16/ 139 11,5%	123/139 88,5%
Hommes n=40	1/40 2,5%	39/40 97,5%

Comme nous pouvons le constater, peu de sujets exprimant un ressenti anxieux sont suivis sur le plan psychologique et il existe un lien statistique avec le sexe dans notre échantillon avec un suivi plus fréquent pour les femmes anxieuses ($p=0,023$).

La qualité de vie des étudiants anxieux

Variations pondérales et sujets anxieux

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LXV*) présente les variations pondérales au cours des études dans la population anxieuse.

Tableau LXV Variations pondérales des sujets anxieux en fonction du sexe

		Prise de poids	Perte de poids
Femmes n=139	oui	87/139 62,6%	59/139 42,4%
	non	52/139 37,4%	80/139 57,6%
Hommes n=40	oui	24/40 60,0%	9/40 22,5%
	non	16 /40 40%	31/40 77,5%

Il n'y a pas de différence sur le plan statistique selon le sexe dans le fait de prendre du poids dans la population anxieuse ($p=0,0854$).

En revanche, concernant la perte de poids, il existe une différence significative selon le sexe dans notre population anxieuse . La perte de poids touche plus les femmes que les hommes ($p=0,026$) ce qui a déjà été constaté dans notre population générale.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LXVI*) présente la sévérité des prises pondérales dans la population anxieuse.

Tableau LXVI Sévérité de la variation pondérale dans la population anxieuse ayant pris du poids

	Prise de poids		
	3 à 5kg	5 à 10kg	> 10kg
Femmes anxieuses ayant présenté une prise pondérale n= 87/ 139 (62,6%)	40/87 46,0%	33/87 37,9%	14/87 16,1%
Hommes anxieux ayant présenté une prise pondérale n=24/40 (60,0%)	4/24 16,7%	12/24 50,0%	8/24 33,3%

Parmi les sujets anxieux qui ont pris du poids, la sévérité de la prise de poids est différente entre les hommes et les femmes ($p=0,020$). La proportion d'hommes avec une prise de poids importante est plus élevée que chez les femmes, ce qui est identique à la population générale.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LXVII*) présente la sévérité des pertes pondérales dans la population anxieuse.

Tableau LXVII Sévérité de la variation pondérale dans la population anxieuse ayant perdu du poids

	Perte pondérale		
	3 à 5kg	5 à 10kg	> 10kg
Femmes anxieuses ayant perdu du poids n= 59/139 (42,4%)	33/59 55,9%	19/59 32,2%	7/59 11,9%
Hommes anxieux ayant perdu du poids n=9/40 (22,5%)	5/9 55,6%	2/9 22,2%	2/9 22,2%

Sur le plan statistique, il n'y a pas de différence concernant la sévérité de la perte de poids et le sexe chez les sujets anxieux ayant déclaré une perte pondérale ($p=0,692$).

Qualité du sommeil des sujets anxieux

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LXVIII*) présente les étudiants rapportant manquer de sommeil dans la population anxieuse.

Tableau LXVIII Quantité de sommeil suffisante ou non d'après les sujets anxieux en fonction du sexe

Quantité de sommeil suffisante ?	Femmes Anxieuses N=139	OUI	51/139 36,7%
		NON	88/139 63,3 %
	Hommes Anxieux N=40	OUI	18/40 45,0%
		NON	22/40 55,0 %

Le manque de sommeil est plus fréquent dans la population anxieuse que dans la population non anxieuse (p est inférieur à 0,001). Les hommes anxieux comme les femmes anxieuses expriment plus une quantité de sommeil insuffisante que les sujets non anxieux. ($p=0,001$ pour les femmes, $p=0,008$ pour les hommes).

On retrouve un lien statistique entre le manque de sommeil ressenti et le ressenti anxieux quel que soit le sexe .

Activités sportives et sujets anxieux

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LXIX*) présente les étudiants pratiquant des activités physiques dans la population anxieuse.

Tableau LXIX Activités sportives en fonction du sexe dans la population anxieuse

Femmes anxieuses n=139	Activité physique oui	73/139 52,1%
	Activité physique non	67/139 48,2 %
Hommes anxieux n=40	Activité physique oui	24/40 60,0 %
	Activité physique non	16/40 40,0 %

Il n'y a pas de lien entre l'activité physique et le fait de sentir anxieux quel que soit le sexe ($p=0,750$ pour les femmes, $p=0,568$ pour les hommes) par rapport aux sujets non anxieux.

Le tableau suivant (Cf. *Tableau LXX*) présente la durée des activités sportives par semaine pour la population anxieuse.

Tableau LXX Activité sportive par semaine en fonction du sexe chez les sujets anxieux qui pratiquent un sport

	Activité sportive / semaine			
	1h/sem	2H/sem	2h30/sem	> à 2h30 /sem
Femmes anxieuses n=73/139 (52,1%)	21/73 28,8%	23/73 31,5%	10/73 13,7%	19/73 26,0%
Hommes anxieux n=24 /40 (60,0 %)	5/24 20,8%	8/24 33,3%	1/24 4,2%	10/24 41,7%

On ne note pas de différence sur la durée de la pratique sportive sur le plan statistique en fonction du sexe chez les sujets anxieux ($p=0,382$). Cependant, lorsqu'on regarde les résultats 41,7% des sujets hommes anxieux pratiquent une activité sportive importante plus de 2 heures 30 par semaine contre 26 % des femmes. Mais soulignons une fois de plus que les effectifs sont faibles ce qui limite l'analyse statistique.

III. Discussion des résultats

Caractéristiques des participants

Le sexe ratio des participants est déséquilibré en faveur des femmes (72,3 % des réponses) qui ont plus répondu au questionnaire. A noter que le nombre de femmes inscrites à la faculté de pharmacie lors de la diffusion de l'enquête était déjà nettement supérieur par rapport aux hommes (432 sur 639 soit 62,7 % de femmes).

La répartition des réponses est inégale selon les années d'étude avec un plus fort taux de réponse en 5^{ème} année (44,7 %), année d'étude durant laquelle j'ai diffusé l'enquête, ce qui peut expliquer la sensibilité des étudiants à cette étude.

L'anxiété chez les étudiants en pharmacie à Nancy

Dans notre échantillon, **70 % des sujets se sentent anxieux, majoritairement des femmes**. Dans son enquête menée en 2016 sur 60 700 étudiants, l'Observatoire national de la Vie Etudiante (OVE) recensait des taux d'étudiants ressentant du « stress » similaire à nos résultats pour l'anxiété ressentie dans notre population concernant les hommes mais légèrement supérieurs à nos résultats pour les femmes (63).

L'ANEPF recensait dans l'enquête Bien-Etre menée en 2019 que 76,24 % des étudiants en Pharmacie souffraient d'un mal-être certain dû à leur cursus, et lié aux conditions d'études pour la majorité d'entre eux (56,1 %) (5).

Pour la majorité des étudiants, le ressenti anxieux est présent depuis plus d'un an et de ce fait, ne peut être totalement imputé à la situation sanitaire actuelle (épidémie de COVID). Cependant, pour le reste des étudiants pour lesquels l'anxiété est ressentie depuis 1 an ou moins, la situation sanitaire est au moins en partie en cause. De nombreuses enquêtes ont été menées sur l'impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale. Citons par exemple une étude menée en 2020 chez des étudiants de 3 établissements d'enseignement supérieur à Rennes (64) qui montrait des taux d'états anxieux (probablement transitoires) plus élevés lors de la pandémie avec les mesures des plans de restriction des déplacements (confinement, cours à distance...).

Près de la moitié des étudiants (43,9 %) ont un score HAD A supérieur à 11 signifiant un trouble anxieux avéré qui nécessite une confirmation par évaluation clinique. Ces résultats s'alignent avec ceux de l'étude PréMaRADES réalisée durant l'année universitaire 2015-2016 chez 643 étudiants en santé (en médecine, maïeutique, orthophonie et orthoptie) qui a révélé que 43,7 % des participants avaient un score HAD A supérieur à 11 (4).

L'étude i-Share recensait que 14 % des étudiants étaient ou avaient déjà été victime au cours de leur vie de troubles anxieux diagnostiqués (65). Mais comme nous l'avons vu plus tôt, **les troubles anxieux sont largement sous-diagnostiqués** et nos résultats le montrent avec seulement 7,5 % des étudiants bénéficiant d'un suivi psychologique dont une étudiante rapportant avoir recours à un organisme de l'université. On observe une **prédominance féminine**. A noter que selon l'enquête de l'OVE (2016), seulement 1,6 % des étudiants en santé rapportaient avoir recours régulièrement aux service de santé mis à disposition par leur établissement (66).

Etats dépressifs des étudiants en pharmacie à Nancy

Près de 10 % de la population a un score HAD D supérieur à 11 évoquant un état dépressif avéré qui reste à confirmer par une évaluation clinique. L'étude PréMaRADES recense des résultats similaires avec 8,1 % des étudiants ayant un score HAD D supérieur à 11. Indépendamment du sexe les résultats s'alignent avec ceux de l'étude réalisée par l'INSEE en France en 2019 chez les personnes âgées de plus de 15 ans (67). Selon cette étude, quel que soit l'âge des participants, les femmes ont des taux de syndromes dépressifs plus élevés, ce que nous ne retrouvons pas dans notre étude. Mais comme nous l'avons précisé, il existe peut-être un biais méthodologique avec éventuellement plus de réponses au questionnaire de la part des étudiants masculins anxieux.

Consommations des étudiants en pharmacie à Nancy

Concernant les consommations de produits licites et illicites, 17 % de notre population est fumeuse, sans différence significative en fonction du sexe. Indépendamment du sexe les résultats sont nettement inférieurs à ceux de l'étude réalisée par l'Insee en 2019 qui recense des taux de fumeurs plus élevés chez les hommes que les femmes avec 50 % des hommes qui déclarent fumer quotidiennement contre 26 % des femmes (67), différence en fonction du sexe qu'on ne retrouve pas dans nos résultats. L'enquête de 2016 de l'OVE recense 24,3 % d'étudiants fumeurs, ces résultats sont encore une fois supérieurs à ce qu'on observe dans notre échantillon.(63) Cependant, on observe des scores de dépendance (Fagerström) plus important chez les hommes que les femmes, différence de sexe qu'on ne retrouve pas dans l'étude menée en 2012 sur 198 étudiants 2^{ème} année de médecine à l'université de Picardie Jules Vernes qui recensait 15,7 % de fumeurs (chiffre qui se rapproche de nos résultats indépendamment du sexe) (68).

Près de 2/3 des étudiants (65 %) consomment de l'alcool. Ces chiffres sont inférieurs à ceux de l'enquête de l'OVE de 2016 qui recensait 75,7 % d'étudiants consommant de l'alcool (63). Parmi les consommateurs d'alcool, 35 % ont des chiffres au score AUDIT supérieur à 6 pour les femmes et 65 % supérieur à 7 pour les hommes. Ces résultats méritent une attention particulière car ils **témoignent d'un mésusage d'alcool**. L'étude CONSTANCES menée en 2014 sur 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans a montré que les consommations à risque étaient plus retrouvées chez les sujets de moins de 35 ans et plus particulièrement chez les étudiants (69).

Parmi nos sujets présentant un mésusage, **12 % ont un score AUDIT supérieur ou égal à 12 compatible avec une dépendance avec une prédominance masculine**. Ces résultats imposent une réflexion sur les stratégies de prévention à mettre en place.

Il aurait été intéressant d'étudier la pratique du « binge-drinking », mode de consommation qui est particulièrement retrouvé en milieu étudiant (70), mais malheureusement aucun item de notre questionnaire n'y était dédié. « *C'est un terme anglo-saxon qui se traduit par « alcoolisation ponctuelle importante » (API) dans un temps très court, avec recherche d'ivresse connu également sous le terme « d'intoxication alcoolique aiguë » ou « alcoolisation massive ». Il s'agit d'une consommation avec une recherche intentionnelle et organisée d'ivresse qui se déroule souvent en groupe, parfois sur la voie publique.* » (71). L'étude menée durant l'année 2012-2013 chez 198 étudiants en 2^{ème} année de médecine à l'université de Picardie Jules Verne (68) montrait que ce type de comportement était retrouvé majoritairement chez les étudiants masculins (10,1 % qui rapportaient avoir déjà bu six verres ou plus), prédominance masculine qu'on retrouve dans notre étude pour les scores AUDIT évoquant un mésusage et/ou une dépendance.

8 % des étudiants de notre enquête consomment du cannabis. Ces chiffres sont **nettement inférieurs à ceux que l'on retrouve dans la littérature, ce qui interroge**. En effet, l'étude de cohorte i-Share menée chez plus de 20 000 étudiants entre 2015 et 2017 décrivait une consommation de cannabis chez 53,4 % d'entre eux (72). L'enquête de l'OVE menée en 2016 montrait quant à elle que 46 % des étudiants ont déjà consommé du cannabis (73). Rappelons cependant que l'échantillon d'étudiants consommant du cannabis est assez réduit, rendant l'interprétation de ces résultats difficile. De plus, la question posée aux étudiants n'était peut-être pas pertinente (« Consommez-vous du cannabis ? »), ce qui peut représenter un biais méthodologique ici. Il aurait été judicieux de demander si l'étudiant avait déjà consommé du cannabis plutôt que de cibler la consommation actuelle. Ce biais rend difficile la comparaison des résultats avec la littérature.

15 % des étudiants consomment des boissons énergisantes, avec une prédominance masculine. Parmi ces boissons on retrouve en majorité le Red Bull, Monster Energy et le café ce qui est en accord avec les données de la littérature (74). Ces chiffres sont bien en dessous de ceux d'une enquête menée en 2016 par l'Inserm auprès de 1700 étudiants en médecine. Dans cette étude un tiers des étudiants avaient recours à des substances stimulantes (75). Le dopage cognitif défini par *L.carton et al "comme l'utilisation de médicaments ou d'autres substances psychoactives dans le but d'améliorer les fonctions cognitives d'un sujet sain dans les domaines de la mémoire de la créativité et de l'intelligence, en l'absence d'une indication médicale"* et touche particulièrement les étudiants. La prévalence est difficile à déterminer en raison d'absence de définition consensuelle et les chiffres de prévalence selon les études varient entre 1,3 % et 33% (74).

La qualité de vie des étudiants en pharmacie à Nancy

D'autres résultats concernant les variations pondérales sont également intéressants. **96 % des étudiants ont des variations pondérales pendant leurs études** dans 2/3 des cas on observe une augmentation pondérale, surtout chez les hommes. Concernant la prise de poids, nos chiffres sont bien supérieurs à une étude réalisée en 2012 chez 450 étudiants dans les universités de Paris 2, Paris 4 et Paris 6 qui montrait que 43 % des étudiants ont observé une augmentation pondérale (contre 67,7 % dans notre étude) depuis le baccalauréat, dont 13 % de l'ordre de 5kg ou plus (contre 58,2 % dans notre étude) (76).

22,9 % de notre population consomme des compléments alimentaires. Ces chiffres s'alignent avec la littérature. D'après l'étude Individuelle Nationale des Compléments Alimentaires (INCA 3) réalisée par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail (ANSES) entre 2014 et 2015 chez plus de 5800 personnes, 22 % des adultes de 18 à 79 ans consomment des compléments alimentaires avec une consommation plus élevée chez les femmes (77). Cependant l'étude i-Share recense 47 % des étudiants consommant des vitamines et compléments alimentaire (65), résultats supérieurs à ce qu'on observe dans notre étude.

Les compléments alimentaires majoritairement retrouvés sont des complexes vitaminiques et minéraux pour l'énergie. Deux étudiants rapportent prendre des compléments alimentaires à base de plantes pour l'anxiété et un étudiant consomme des compléments alimentaires pour le sommeil.

Concernant les étudiants qui pensent avoir une mauvaise alimentation, plus d'1/3 des étudiants rapportent que la cause principale est le **manque de moyens financiers**. L'OVE rapportait dans son enquête menée en 2016 que seulement 45 % des étudiants estimaient avoir assez d'argent pour couvrir leurs besoins mensuels (78). Ces chiffres sont très préoccupants et nécessitent des interventions au niveau local et national. L'étude réalisée par l'ANEPF en 2019 montrait que 9,5 % des étudiants en pharmacie avaient de fortes ou très fortes difficultés financières et 43,1 % des étudiants avaient des moyens suffisants pour couvrir leurs besoins uniquement. La situation sanitaire actuelle n'a fait qu'accentuer ce problème, en particulier pour les étudiants qui avaient des emplois pour subvenir à leurs besoins. En effet, la crise sanitaire a conduit à l'annulation de nombreux jobs étudiants, selon E. Arnault « Durant le confinement *près de 6 étudiants sur 10 ont arrêté ou réduit leur activité rémunérée. Or, elle permet à nombre d'étudiants de joindre les deux bouts. Tous ne sont pas éligibles aux bourses, notamment les étudiants étrangers ; et ceux qui sont en limite du seuil d'éligibilité comptent souvent sur leur job étudiant au long cours ou celui effectué l'été, pour combler « les trous » au quotidien.* » (79).

Les troubles du sommeil touchent un peu plus de la moitié de nos sujets avec un manque de sommeil ressenti chez 54,6 % des femmes et 41,4 % des hommes. Ces chiffres sont similaires aux résultats présentés par l'enquête de l'OVE sur les conditions de vie des étudiants réalisée en 2016, selon laquelle 39,8 % des hommes et 50,3 % des femmes déclaraient avoir des problèmes de sommeil (63). L'ANEPF rapportait également que 61,52 % des étudiants en pharmacie estimaient avoir un temps de sommeil insuffisant en 2019 (5). Quant à l'étude i-Share, elle recense de plus faibles résultats avec 36 % des étudiants estiment manquer de sommeil plusieurs fois par semaine et 12 % des étudiants ont recours à un traitement pour dormir (65). Il aurait été intéressant de comparer ce dernier chiffre avec notre étude mais aucune question n'était destinée à la consommation de médicaments dans une autre indication que le traitement de l'anxiété.

En ce qui concerne l'activité sportive, elle est pratiquée par un peu plus de la moitié des étudiants sans différence statistique en fonction du sexe et dans 1/3 des cas cette activité est supérieure à 2h30 par semaine tout sexe confondu. **Ces résultats sont nettement inférieurs à ceux de l'enquête de l'OVE** en 2015-2016 qui montre que 82 % des étudiants pratiquent une activité physique, avec une légère prédominance masculine (87 % des hommes contre 80 % des femmes) (73). La pratique sportive est inférieure à la moyenne nationale si l'on s'en réfère aux données de l'étude INCA 3 « *Chez les adultes de 18 à 79 ans, 63 % atteignent un équivalent d'au moins 150 min par semaine d'activité physique, comme recommandé par l'OMS.* » (77).

De plus, l'enquête de l'OVE (2016) révélait que seulement 10,5 % des étudiants utilisaient régulièrement les équipements et centres sportifs mis à disposition par leur établissement, et seulement 7,4 % chez les étudiants en santé (66).

Consommation médicamenteuse à visée anxiolytique dans la population anxieuse

Moins d'un quart des étudiants anxieux (16,7 %) tout sexe confondu ont recours à un traitement à visée anxiolytique, sans différence statistique en fonction du sexe. Ces chiffres se rapprochent de ceux rapportés par l'ANEPF en 2019, avec 18,68 % des étudiants en pharmacie qui déclaraient avoir déjà consommé des anxiolytiques ou antidépresseurs au cours de leurs études (5). Quant à l'étude i-Share, elle recensait que 19 % des étudiants consomment des médicaments pour faire face à l'anxiété, le stress ou l'angoisse (65). Les résultats du baromètre santé de l'Institut national de prévention d'éducation pour la santé (Inpes, 2014) s'alignent avec nos résultats avec 16 % des français qui consommaient des anxiolytiques et/ou des anti-dépresseurs en 2014 (80).

Parmi les traitements consommés on retrouve les **benzodiazépines dans la majorité des cas**, suivi des **antidépresseurs** (ISRS, ISRN et tricycliques) et la phytothérapie. Le reste des étudiants consomment de l'homéopathie, de l'hydroxyzine (Atarax®), du propranolol (utilisé hors AMM) et de la cyamémazine (AMM dans le « *traitement symptomatique de courte durée de l'anxiété de l'adulte en cas d'échec des thérapies habituelles* » (81)). Cependant, on remarque dans les commentaires des étudiants que certains sont réticents à l'idée de prendre un traitement : un étudiant rapporte sa **peur de devenir dépendant aux traitements**. Cinq étudiants prennent leur traitement avant les examens ou **de manière ponctuelle en situation de stress**.

La connaissance des dispositifs de soutien et accompagnement des étudiants et leurs attentes

Seulement 13,5 % des étudiants anxieux (et 16,6 % de la population générale) ont connaissance du dispositif « Centre Lorrain d'Appui Solidarité & Santé (CLASS) » (82) mis en place pour aider les étudiants en difficulté (quelle qu'en soit la nature) en leur apportant une écoute, un accompagnement et des réponses adaptées. Selon l'étude de l'OVE (2016), seulement 24,2 % des étudiants en santé rapportaient être satisfaits ou très satisfaits de l'accompagnement dans leurs études par le personnel administratif et les enseignants de leur établissement (66).

Une partie du questionnaire était destinée à recueillir les propositions des étudiants pour améliorer leur bien-être au sein de l'université. Parmi les propositions on retrouvait :

- L'accompagnement et l'écoute des étudiants par des personnes qualifiées de la faculté,
- La mise en place de conférences sur la gestion de l'anxiété au quotidien, sur la prévention des état anxieux / Une information sur l'anxiété et sa prise en charge non-médicamenteuse ;
- Un accès facilité aux clubs sportifs et autres activités permettant « d'évacuer le stress »,
- Des aides financières ;
- La mise en place d'une association d'étudiants pour parler de ce sujet ;
- Favoriser l'empathie et la bienveillance du personnel enseignant ;
- Un suivi psychologique gratuit avec des consultations annuelles obligatoires pour tous les étudiants.

Les étudiants ressentent le besoin d'un soutien de la part du corps universitaire, et c'est ce que l'enquête de l'ANEPF menée en 2019 a également fait apparaître avec seulement 27,9 % des étudiants en pharmacie qui se sentaient complètement accompagnés et/ou soutenus par l'équipe pédagogique (5).

Limites de l'étude et biais méthodologiques

Cette étude ne concerne que les étudiants en pharmacie de la faculté de Nancy, et de ce fait l'extrapolation de ces résultats à l'ensemble des étudiants en pharmacie peut être discutée.

Comme décrit plus tôt, le recueil des informations s'est fait à l'aide d'un auto-questionnaire qui, bien que à réponses anonymes, peut laisser place au doute quant aux déclarations de chaque participant, notamment pour les consommations de produits licites et illicites. Il s'agit d'un biais inhérent à toutes les études utilisant ce mode de recueil.

Le sexe ratio des participants était déséquilibré en faveur des femmes, rendant ainsi délicate l'interprétation des résultats en fonction du sexe. Les faibles effectifs de certaines populations rendaient difficile l'analyse statistique, empêchant l'exploitation des résultats spécifiques tels que les résultats par année d'étude ou le faible échantillon d'étudiants de sexe masculin.

Il y a également quelques questions que nous aurions souhaité ajouter dans le questionnaire pour améliorer ce travail concernant les alcoolisations ponctuelles importantes et les autres consommations médicamenteuses.

Concernant la consommation de cannabis, il aurait été judicieux de modifier la formulation de la question « Consommez-vous du cannabis » en « Avez-vous déjà consommé du cannabis », ce qui pourrait expliquer le fait que nos résultats soient nettement inférieurs à ce qu'on retrouve dans la littérature.

Comme nous l'avons évoqué plus tôt, les troubles anxieux peuvent se compliquer de conduites addictives mais il est également possible qu'ils soient induits par les consommations de certaines substances. De ce fait, il aurait été intéressant d'étudier le lien de causalité entre les consommations et l'état anxieux pour savoir si l'anxiété était apparue avant ou après la consommation de substance psychoactive, mais malheureusement aucun item du questionnaire n'était dédié à cette problématique.

IV. Perspectives

Globalement, les étudiants cherchent à être écoutés et accompagnés d'avantage par le corps universitaire. Pour cela il semble nécessaire de débloquent la parole sur le sujet du bien être psychologique des étudiants et mettre en place des **mesures préventives pour tous les étudiants**, et non uniquement les étudiants en souffrance psychologique (qui bien souvent n'osent pas toujours demander de l'aide). Bien que le sujet commence à être évoqué plus largement, il y a encore trop peu d'études sur les états anxieux et le bien-être des étudiants en santé en France, et encore moins chez les étudiants en pharmacie.

Il existe déjà des organismes universitaires accessibles aux étudiants tels que le dispositif **CLASS** dont nous avons parlé auparavant, mais également le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (**SUMPPS**) (83) qui propose des consultations gratuites et confidentielles sur les sites de l'université de Lorraine. Il y a possibilité de prendre rendez-vous avec plusieurs spécialistes (médecins, infirmiers, psychologues, psychiatres...), et on y trouve un pôle d'addictologie pour les étudiants ayant besoin d'aide au sevrage de substances psychoactives. Les étudiants en difficulté financière peuvent s'adresser au comité CLASS mais également au Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires (CROUS) pour être demandeur d'aides exceptionnelles. La communication doit être étendue sur l'existence de ces dispositifs au vu des faibles effectifs d'étudiants ayant connaissance de ceux-ci.

Cependant, d'autres actions peuvent être menées. Dans son *rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé* (2018), M. Donata propose des exemples d'interventions de prévention des risques psychosociaux (RPS) (Définition des RPS en *Annexe n°8*) pour les étudiants en santé, divisées en trois niveaux : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. En voici quelques exemples :

« A. Prévention primaire (pour l'ensemble des étudiants)

– Interventions d'aide au développement personnel et compétences transdisciplinaires : habitudes de vie (sommeil, organisation, nutrition), stratégies d'adaptation, APS, psychoéducation, estime de soi, habiletés en communication, gestion du stress : relaxation, yoga.... (...)

- Diffusion des soutiens disponibles

(...)

- Tutorat/mentorat

- Aides par les pairs

- Groupes Balint

- Médecine narrative

- Interventions sur les programmes/milieu professionnel : système « pass/fall » ou « échec/réussite », allègement du programme et du temps de travail, etc .

B. Prévention secondaire (pour les étudiants identifiés comme étant à risque)

- Tutorat et remédiations spécifiques, en groupes et en individuel en fonction des populations - Ateliers d'aides au développement personnel adaptés

C. Prévention tertiaire (étudiants nécessitant une prise en charge)

- Identification et communication des parcours de soins et d'interventions

- Remédiation adaptée et aide à la réorientation. »

Dans sa méta-analyse publiée en 2020 (84), A. Frajerman recense les interventions proposées pour le bien-être des étudiants en médecine. On retrouve parmi celles qui auraient eu un effet bénéfique sur le bien être des étudiants des interventions au niveau institutionnel avec notamment le retrait des systèmes de classements des étudiants pour aller vers un système binaire ou encore des modifications du style d'apprentissage. Concernant les interventions sur les étudiants, A. Frajerman rapporte l'usage des thérapies en pleine conscience, des groupes de parole et de relaxation ainsi que les groupes de gestion du stress. La limite des études menées sur ces interventions correspond à la durée car seuls les effets court-terme ont été étudiés et ont montré une efficacité sur la prévention du mal-être des étudiants et ne permettent pas de conclure à des effets sur le long terme (84).

Devant les résultats alarmants concernant l'alimentation des étudiants avec plus d'1/3 d'entre eux estimant avoir une mauvaise alimentation par manque de moyens financiers, il est nécessaire d'intervenir auprès des étudiants pour leur proposer des solutions. C'est un des objectifs de l'opération « Bien dans ton assiette ! » de la Fédération des associations générales étudiantes (FAGE) (85) qui consiste en la mise en place d'actions pédagogiques pour sensibiliser les étudiants à l'importance de l'équilibre alimentaire. Ces interventions sont menées dans la bienveillance sans faire culpabiliser l'étudiant, par le biais de conseillers et de professionnels de santé. Ces actions permettent également, entre autres, de donner des conseils financiers aux étudiants avec un espace « *manger bien avec un petit budget* » à travers lesquelles les étudiants peuvent apprendre les astuces pour manger équilibré avec un budget de 25€ par semaine. Il serait très intéressant de mettre en place ce type d'opération chaque année au sein de la faculté pour informer au maximum les étudiants sur l'importance d'une alimentation équilibrée et une bonne hygiène de vie en général, ainsi que les clés pour y parvenir dans les meilleures conditions.

Concernant l'activité physique des étudiants en pharmacie à Nancy, qui est inférieure à ce que l'on retrouve dans d'autres études, il paraît intéressant de favoriser l'accès aux activités sportives. Pour cela il faudrait savoir identifier la cause de ce manque d'activité (moyens financiers, manque de temps ?...). Notons l'existence du complexe sportif du Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives (SUAPS) sur le campus universitaire de Brabois qui propose de nombreuses activités, l'accès étant gratuit pour tous les étudiants inscrits à l'Université de Lorraine. Il est important d'améliorer la communication sur ces services mis à disposition des étudiants gratuitement qui peuvent être méconnus de ces derniers.

Concernant la consommation d'alcool, les scores au questionnaire AUDIT montrent qu'1/3 des femmes de notre population et 50% des hommes ont un score en faveur d'un mésusage. Il paraît plus que nécessaire d'intervenir auprès des étudiants pour les sensibiliser aux pratiques dangereuses et aux dangers de l'alcool. En juillet 2022, le ministère de l'enseignement supérieur, soutenu par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), publie un appel à manifestation d'intérêt « *Prévention des addictions et promotion de la santé des étudiants dans les établissements d'enseignement supérieur* » (86) pour les projets dont l'objectif principal est la lutte contre les conduites addictives. Pour cela, sont ciblées la prévention des consommations à risque de substances psychoactives et des conduites addictives chez les étudiants et la promotion de comportements favorables à la santé. Il serait très intéressant de mettre en place ces campagnes de prévention chez les étudiants à la faculté de Nancy.

En résumé, il est important de déceler les troubles anxieux chez les étudiants le plus tôt possible afin de les traiter rapidement et éviter les complications. Rappelons que les étudiants sont une population à risque de développer des pathologies psychiatriques, il convient ainsi de mettre en place des interventions préventives **chez tous les étudiants** pour éviter le développement de ces pathologies. Pour cela, il serait intéressant d'effectuer des changements au niveau institutionnels avec notamment une formation du personnel de la faculté à la détection des symptômes d'appels des pathologies psychiatriques les plus fréquentes (notamment les troubles anxieux et la dépression) afin d'orienter chez un spécialiste les étudiants concernés de manière précoce. Il conviendrait également d'accentuer la communication des structures universitaires dédiées au soutien psychologique des étudiants au vu de la grande proportion d'étudiants ignorant l'existence de ces dernières.

De plus l'ANEPF suggérait le développement de structures de soutien intra-facultaire composées de spécialistes de la santé mentale mais également d'étudiants « *relais* » pour faciliter le premier pas qui peut paraître intimidant (5). D'autre part, au vu des chiffres assez inquiétant concernant les mésusages et la dépendance à l'alcool, il est important de sensibiliser les étudiants sur les dangers des consommations de substances psychoactives et les structures d'aide au sevrage disponibles.

V. Conclusion

Malgré l'existence de certains biais méthodologiques, cette étude nous a apporté des éléments très intéressants permettant de faire un état des lieux de l'état psychologique des étudiants et de leurs habitudes.

Les femmes sont globalement plus anxieuses que les hommes et la majorité des étudiants anxieux ont un score HAD A évoquant des troubles anxieux avérés qui nécessitent un diagnostic. On remarque que les étudiants anxieux ont du mal à se tourner vers des spécialistes car seule une infime partie d'entre eux bénéficient d'un suivi psychologique, cependant les femmes semblent être plus à même d'avoir un suivi. De plus, il semble y avoir un défaut d'information quant aux aides mises à disposition des étudiants de l'université de Lorraine car très peu d'étudiants étaient au courant de l'existence du dispositif d'accompagnement CLASS. Dans notre étude, peu d'étudiants se sentant anxieux sont traités et certains appréhendent les traitements et/ou ont peur des effets indésirables des molécules. Les étudiants traités quant à eux consomment majoritairement des benzodiazépines, ce qui est assez alarmant compte tenu des effets indésirables délétères de cette famille de molécules et surtout des risques de dépendance.

Concernant les consommations de substances psychoactives, les étudiants en pharmacie à Nancy ne consomment pas forcément plus d'alcool que les données recueillies dans d'autres organismes d'enseignements supérieurs. Cependant **les chiffres témoignant de mésusages voire d'une dépendance sont plus élevés que ceux retrouvés dans la littérature**. Il s'agit d'un réel problème de santé publique qui mérite une attention particulière et la mise en place de mesures préventives. Pour ce qui est des autres consommations (tabac, cannabis et autres produits illicites), les résultats se rapprochent de ce qu'on retrouve dans la littérature sauf pour le cannabis où les résultats sont très faibles (ce qui est probablement lié à la formulation de la question qui était posée).

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les étudiants anxieux ne consomment pas plus de psychostimulants que les étudiants non-anxieux alors que rappelons-le, les conduites addictives représentent une des complications fréquentes des troubles anxieux.

Quasiment tous les étudiants ont été témoins de variations pondérales plus ou moins sévères durant leurs études, ce qui suggère qu'il y a un problème au niveau de l'alimentation/ des comportements alimentaires, et plus d'un tiers des étudiants considèrent avoir une mauvaise alimentation par manque de moyen financier, ces chiffres sont inquiétants et nécessitent la mise en place d'actions au niveau local et national. De plus, les étudiants en pharmacie à Nancy semblent avoir un niveau d'activité physique inférieur par rapport aux chiffres retrouvés dans la littérature.

Devant le constat inquiétant de cette situation, il convient de mettre en place rapidement des mesures d'aides pour les étudiants déjà en souffrance et préventives pour tous les étudiants afin de leur permettre de préserver leur bien-être durant leurs études universitaires.

Bibliographie

1. Donata Marra. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>
2. Morvan Y, Frajerman A, Kern L, Chaumette B. Santé psychique, mal-être, dépression et anxiété des étudiants : des chiffres et des humains ? Rev Québécoise Psychol. 2019;40(2):5-24.
3. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. The Lancet. 2021 ;397(10277):914-927.
4. Hermetet C, Arnault É, Gaborit C, Coillot H, Florence AM, Diot P, et al. Prévalence et marqueurs de risque d'anxiété et de dépression chez les étudiants en santé : PrEMaRADES. Presse Médicale. 2019;48(2):100-8.
5. Association Nationale des Etudiants en Pharmacie de France. L'enquête Bien-Être. Rapport 2019 [Internet]. 2019 [cité 13 nov 2022]. Disponible sur: <https://files.asso-sps.fr/assets/rapport-enqu%C3%AAtre-bien-%C3%AAtre-anepf-2019-.pdf>
6. D. Servant. Sémiologie des troubles anxieux et phobiques. EMC - Psychiatrie. 2017;0(0):1-7.
7. Craske MG, Stein MB. Anxiety. The Lancet. 2016;388(10063):3048-59.
8. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Troubles anxieux. Quand l'anxiété devient pathologique. [Internet]. 2021 [cité 28 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/#des-troubles-fr%C3%A9quents-encore-plus-chez-les-femmes>
9. D. Servant. Modèles comportementaux et neurobiologiques de l'anxiété. EMC - Psychiatr. 2019;0(0):1-9.
10. Guatteri L, Cayla-Faure A, Pelissolo A. Diagnostiquer les troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, trouble panique, agoraphobie, phobies spécifiques et trouble d'anxiété sociale ou phobie sociale). [Internet]. La revue du praticien. 2020 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/diagnostiquer-les-troubles-anxieux-trouble-anxieux-generalise-trouble-panique-agoraphobie>
11. Giacobbe P, Flint A. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. Contin Lifelong Learn Neurol. 2018;24(3):839-919.
12. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. 2022 [cité 31 août 2022]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr>
13. Haute autorité de santé (HAS). Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves. Guide - Affectation de longue durée; 2007.
14. Association américaine de psychiatrie. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). 5^e éd. Elsevier Masson; 2015. 1176 p.

15. Impey B, Gordon RP, Baldwin DS. Anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, and obsessive–compulsive disorder. *Medicine (Baltimore)*. 2020;717-23.
16. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327-35.
17. Belon JP. L'anxiété et les troubles anxieux. *Actual Pharm*. 2019;58(590):18-22.
18. Lemoigne C, Hoertel N, Airagnes G, Limosin F. Épidémiologie des troubles anxieux. *Rev Prat*. 2019;69(9):976-8.
19. Chan Chee C, Badjadj L. Prise en charge des patients avec troubles anxieux entre 2010 et 2014 dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie en France métropolitaine : Analyse des données du RIM-P. *Bull Epidémiologique Hebd*. 2018;(32-33):653-61.
20. Wardenaar KJ, Lim CCW, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade LH, Benjet C, et al. The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017;47(10):1744-60.
21. Meier SM, Trontti K, Purves KL, Als TD, Grove J, Laine M, et al. Genetic Variants Associated With Anxiety and Stress-Related Disorders: A Genome-Wide Association Study and Mouse-Model Study. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(9):924-32.
22. Purves KL, Coleman JRI, Meier SM, Rayner C, Davis KAS, Cheesman R, et al. A major role for common genetic variation in anxiety disorders. *Mol Psychiatry*. 2020;25(12):3292-303.
23. Forstner AJ, Awasthi S, Wolf C, Maron E, Erhardt A, Czamara D, et al. Genome-wide association study of panic disorder reveals genetic overlap with neuroticism and depression. *Mol Psychiatry*. 2021;26(8):4179-90.
24. de Moor MHM, van den Berg SM, Verweij KJH, Krueger RF, Luciano M, Vasquez AA, et al. Genome-wide association study identifies novel locus for neuroticism and shows polygenic association with Major Depressive Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(7):642-50.
25. Ju A, Fernandez-Arroyo B, Wu Y, Jacky D, Beyeler A. Expression of serotonin 1A and 2A receptors in molecular- and projection-defined neurons of the mouse insular cortex. *Mol Brain*. 2020;13:99.
26. Pasion R, Barbosa F. ERN as a transdiagnostic marker of the internalizing-externalizing spectrum: A dissociable meta-analytic effect. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;103:133-49.
27. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3^e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. 454 p. (Officiel Ecn).
28. Gosselin P, LABERGE B. Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale*. 2003;29(4):351-61.
29. A. Pelissolo. *Troubles anxieux et phobiques*. EMC Savoirs Soins Infirm. 2018;14(1):1-8.
30. Haute autorité de santé (HAS) : Service des bonnes pratiques professionnelles. *Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale*. 2014.

31. Chauvin A, Massoubre C, Gil-Jardine C, Sicot R, Conte PL, Varin L, et al. Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 2021;11(3):184-98.
32. Barrimi M, Aalouane R, Aarab C, Hafidi H, Baybay H, Soughi M, et al. Corticothérapie prolongée et troubles anxieux et dépressifs. Étude longitudinale sur 12mois. *L'Encéphale*. 2013;39(1):59-65.
33. Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. Actualité - Profil de sécurité du Lariam dans la chimioprophylaxie du paludisme [Internet]. 2021 [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/profil-de-securite-du-lariam-dans-la-chimioprophylaxie-du-paludisme#:~:text=L'utilisation%20du%20Lariam%20est,ou%20des%20ant%C3%A9c%C3%A9de nts%20de%20convulsions>.
34. Gourevitch R, Blanchet B, El-Kissi Y, Baup N, Deguillaume AM, Gury C, et al. Effets secondaires psychiatriques des médicaments non psychotropes. *EMC - Psychiatr*. 2005;2(4):340-65.
35. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman ATF, Reynolds III CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*. 2014;13(1):56-67.
36. service-public.fr. « Mon Psy » : 8 séances annuelles d'accompagnement psychologique remboursées [Internet]. 2022 [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15522#:~:text=Le%20dispositif%20%22Mon%20Psy%22,d'accompagnement%20psychologique%20par%20an>.
37. Arrêté du 17 février 2022 fixant la liste des pièces justificatives permettant de candidater au dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement réalisées par un psychologue [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045185683>
38. L'Assurance Maladie. Annuaire des psychologues partenaires | MonPsy [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://monpsy.sante.gouv.fr/annuaire>
39. eVIDAL. Phobie sociale - Traitements [Internet]. 2022 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: https://evidal.vidal.fr/recos/details/4052/phobie_sociale/traitements#d5228e455
40. eVidal. Trouble panique - Traitements [Internet]. 2022 [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: https://evidal.vidal.fr/recos/details/3330/trouble_panique/traitements
41. eVidal. Trouble anxieux généralisé - Traitements [Internet]. 2022 [cité 9 juill 2022]. Disponible sur: https://evidal.vidal.fr/recos/details/2546/trouble_anxieux_generalise/traitements
42. C. Corfdir, A. Pelissolo. Bon usage des traitements médicamenteux dans les troubles anxieux. *La revue du praticien*. 2019;69(9):981-4.
43. Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit : ATARAX [Internet]. 2013 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=61519586&typedoc=R&ref=R0312753.htm>
44. Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit : BUSPIRONE [Internet]. 2013 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <http://agence->

prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0219869.htm#:~:text=La%20buspirone%20agit%20essentiellement%20sur,%C3%A9ventuellement%20en%20masquer%20les%20signes.

45. Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. Résumé des caractéristiques du produit : PREGABALINE [Internet]. 2015 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0263927.htm>
46. Haute Autorité de Santé (HAS). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique; 2007.
47. J-P. Lang et al. E. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ? EM-Consulte. 2019;67:59-64.
48. Quiles C. Santé et éducation thérapeutique en psychiatrie : une place à renforcer ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2022;180(7):671-3.
49. Holmes EA, Ghaderi A, Harmer CJ, Ramchandani PG, Cuijpers P, Morrison AP, et al. The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. Lancet Psychiatry. 2018;5(3):237-86.
50. Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, Monzani B, Rosenfield D, Andersson E, Pérez-Vigil A, et al. D-Cycloserine Augmentation of Exposure-Based Cognitive Behavior Therapy for Anxiety, Obsessive-Compulsive, and Posttraumatic Stress Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis of Individual Participant Data. JAMA Psychiatry. 2017;74(5):501-10.
51. Valero-Cabré A, Pascual-Leone A, Coubard OA. La stimulation magnétique transcrânienne (SMT) dans la recherche fondamentale et clinique en neuroscience. Rev Neurol (Paris). 2011;167(4):291-316.
52. Cirillo P, Gold AK, Nardi AE, Ornelas AC, Nierenberg AA, Camprodon J, et al. Transcranial magnetic stimulation in anxiety and trauma-related disorders: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav. 2019;9(6):1-17.
53. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70.
54. Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health Qual Life Outcomes. 2003;1(1):1-29.
55. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991;86(9):1119-27.
56. Fagerström K, Russ C, Yu CR, Yunis C, Foulds J. The Fagerström Test for Nicotine Dependence as a Predictor of Smoking Abstinence: A Pooled Analysis of Varenicline Clinical Trial Data. Nicotine Tob Res. 2012;14(12):1467-73.
57. Haute autorité de santé (HAS) : Service des bonnes pratiques professionnelles. Test de Fagerström en six questions. 2014.
58. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Un test de dépistage adapté pour lutter contre les méfaits sanitaires de l'alcool en Fédération de Russie et dans d'autres pays. 2021;

59. Conigrave KM, Hall WD, Saunders JB. The AUDIT questionnaire: choosing a cut-off score. *Addiction*. 1995;90(10):1349-56.
60. Société française d'addictologie. Questionnaire AUDIT [Internet]. 2015 [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.alcool-info-service.fr/Actualites/Alcool-trois-questionnaires-pour-faire-le-point-sur-sa-consommation>
61. Haute autorité de santé (HAS). Questionnaire CAST. Service des bonnes pratiques professionnelles; 2014.
62. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement [Internet]. 2014 [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/expertise-collective/conduites-addictives-chez-adolescents/>
63. Observatoire national de la Vie Etudiante. Enquête sur les conditions de vie des étudiant·e·s. La santé des étudiant.e.s [Internet]. 2017 [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.ove-national.education.fr/publication/la-sante-des-etudiants-2016/>
64. Roux J, Lefort M, Bertin M, Padilla C, Mueller J, Garlantézec R, et al. Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes, France [Internet]. 2021 [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03172226>
65. i-Share.fr. Santé des étudiants. Etat des lieux de la cohorte. Dossier de Presse. 2019;1-12.
66. Observatoire national de la Vie Etudiante. Enquête nationale conditions de vie des étudiant·e·s . Services et initiatives des établissements à l'usage des étudiants. [Internet]. 2017 [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ove-national.education.fr/enquete/enquete-conditions-de-vie/>
67. Institut national de la statistique et des études économiques. Santé mentale, soutien social et consommation d'alcool et de tabac. Insee Réf [Internet]. 2022; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047755?sommaire=6047805>
68. Vaysse B, Gignon M, Zerkly S, Ganry O. Alcool, tabac, cannabis, anxiété et dépression des étudiants en 2e année de médecine. Repérer pour agir. *Santé Publique*. 2014;26(5):613-20.
69. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Expertise collective Inserm. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. 2021;
70. Gieski F, Voisin D, Benzerouk F, Legrand F, Potard C, Naasila M. Binge-drinking en milieu étudiants : rôle de l'impulsivité et évaluation de stratégies de prévention en milieu festif. *Eur Psychiatry*. 2015;30(8, Supplement):108-9.
71. drogues.gouv.fr. Le binge drinking | MILDECA [Internet]. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/le-binge-drinking>
72. Perino J, Letinier L, Mathieu C, Fourrier-Réglat A, Miremont G, Qchiqach S, et al. Consommation de substances psychoactives : un état des lieux au sein des étudiants de la cohorte i-Share. *Thérapies*. 2018;73(6):575.

73. Observatoire national de la Vie Etudiante. Enquête Santé 2016. Repères sur la santé des étudiants [Internet]. 2018 [cité 16 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ove-national.education.fr/publication/reperes-sur-la-sante-des-etudiants/>
74. Carton L, Cabé N, Ménard O, Deheul S, Caous AS, Devos D, et al. Dopage cognitif chez les étudiants : un moyen chim(ér)ique de s'en mettre plein la tête ? Therapies. 2018;73(4):319-29.
75. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Risque accru de consommation de psychostimulants chez les étudiants [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2017 [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/risque-accru-de-consommation-de-psychostimulants-chez-les-etudiants/28562/>
76. LABOJKA S. Enquête sur les comportements alimentaires des étudiants des universités Paris 2, Paris 4 et Paris 6 [Internet]. 2012 [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/8547915-Enquete-sur-le-comportement-alimentaire-des-etudiants-des-universites-paris-2-paris-4-et-paris-6.html>
77. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3). Avis de l'Anses. Rapport de l'expertise collective [Internet]. 2017 [cité 28 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>
78. Observatoire national de la Vie Etudiante. Enquête sur les conditions de vie des étudiant.e.s. Situation économique et financière des étudiant.e.s. [Internet]. 2018 [cité 29 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ove-national.education.fr/publication/la-sante-des-etudiants-2016/>
79. Arnault E. COVID-19 : les étudiants face à la crise. Presse Médicale Form. 2021;2(2):113-5.
80. Santé Publique France. Les consommations de médicaments psychotropes en France. [Internet]. 2014 [cité 2 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/les-consommations-de-medicaments-psychotropes-en-france>
81. eVIDAL. CYAMEMAZINE BIOGARAN 25 mg cp pellic séc [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: https://evidal.vidal.fr/medicament/cyamemazine_biogaran_25_mg_cp_pellic_sec-183827.html#indications
82. Université de lorraine. Soutien étudiant (Comité BASE) | medecine.univ-lorraine.fr [Internet]. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://medecine.univ-lorraine.fr/fr/soutien-etudiant-comite-base/fr>
83. Université de lorraine. Le Service Universitaire de Médecine Préventive et Promotion de la Santé de l'Université de Lorraine [Internet]. [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.univ-lorraine.fr/la-vie-a-luniversite-de-lorraine/sante/>
84. Frajerman A. Quelles interventions pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine ? Une revue de la littérature. L'Encéphale. 2020;46(1):55-64.
85. Fédération des Associations Générales Etudiantes. Bien dans ton assiette ! [Internet]. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.fage.org/innovation-sociale/campagnes-prevention/bien-dans-ton-assiette/#c4ff5wYI940>

86. Ministère de l'enseignement supérieur. Prévention des addictions et promotion de la santé des étudiants dans les établissements d'enseignement supérieur [Internet]. enseignementsup-recherche.gouv.fr. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/prevention-addictions-promotion-sante-etudiants-dans-etablissements-superieur-86188>
87. Ministère de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique. Prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique [Internet]. 2014 [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/textes_de_reference/2014/C_20140320_PM5705.pdf

ANNEXES

Table des matières

ANNEXE 1 : Classification et définitions des troubles anxieux selon le DSM-5.....	106
ANNEXE 2 : Classification des troubles anxieux d'après la CIM-11.....	108
ANNEXE 3 : Questionnaire.....	109
ANNEXE 4 : Echelles HAD	121
ANNEXE 5 : Test de Fagerström.....	122
ANNEXE 6 : Test AUDIT.....	123
ANNEXE 7 : Questionnaire CAST.....	125
ANNEXE 8 : Définition des risques psychosociaux	125

ANNEXE 1 : Classification et définitions des troubles anxieux selon le DSM-5

Dans la dernière version du DSM (DSM – 5) (14), les troubles anxieux regroupent :

- le trouble de panique avec ou sans agoraphobie,
- les phobies spécifiques,
- le trouble d'anxiété sociale,
- le trouble anxieux généralisé (TAG).

En revanche, les troubles obsessionnels-compulsifs comme le stress post-traumatique ne font pas partie des troubles anxieux, contrairement à la précédente version du DSM.

Les différents troubles anxieux y sont définis de la manière suivante :

Anxiété sociale

« Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à d'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales, être observé et des situations de performance. »

Trouble panique

« Attaques de panique récurrentes et inattendues. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

- *Palpitations, battements de cœur sensibles ou accélération du rythme cardiaque*
- *Transpiration*
- *Tremblements ou secousses musculaires*
- *Sensation de « souffle coupé » ou impression d'étouffement*
- *Sensation d'étranglement*
- *Douleur ou gêne thoracique*
- *Nausée ou gêne abdominale*
- *Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement*
- *Frissons ou bouffées de chaleur*
- *Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)*
- *Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)*
- *Peur de mourir »*

Syndromes phobiques avec ou sans agoraphobie

Tableau LXXI Définitions de l'agoraphobie et des phobies spécifiques d'après le DSM-5

Agoraphobie	Phobies spécifiques
<p>« Peur ou anxiété marquée pour deux (ou plus) des cinq situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliser les transports en commun - Être dans des endroits ouverts - Être dans des endroits clos - Être dans une file d'attente ou dans une foule - Être seul à l'extérieur du domicile <p>La personne craint ou évite ces situations parce qu'elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants »</p>	<p>« Peur ou anxiété intense à propos d'un objet ou d'une situation spécifique</p> <p>L'objet ou la situation phobogène :</p> <ul style="list-style-type: none"> - provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate - Est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense <p>La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel</p> <p>La peur, l'anxiété ou l'évitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus <p>causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants »</p>

ANNEXE 2 : Classification des troubles anxieux d'après la CIM-11

Tableau LXXII Classification des troubles anxieux selon la CIM-11(12)

- ▼ Troubles anxieux ou liés à la peur
 - 6B00 Trouble d'anxiété généralisée
 - 6B01 Trouble panique
 - 6B02 Agoraphobie
 - 6B03 Phobie spécifique
 - 6B04 Trouble d'anxiété sociale
 - 6B05 Trouble d'anxiété de séparation
 - 6B06 Mutisme sélectif
- ▼ Troubles anxieux provoqués par une substance
 - 6C40.71 Trouble anxieux provoqué par l'alcool
 - 6C41.71 Trouble anxieux provoqué par le cannabis
 - 6C42.71 Trouble anxieux provoqué par les cannabinoïdes synthétiques
 - 6C43.71 Trouble anxieux provoqué par les opioïdes
 - 6C44.71 Trouble anxieux provoqué par des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
 - 6C45.71 Trouble anxieux provoqué par la cocaïne
 - 6C46.71 Trouble anxieux provoqué par des stimulants, comprenant les amphétamines, la méthamphétamine ou la méthcathinon-e
 - 6C47.71 Trouble anxieux synthétique provoqué par les cathinon-es synthétiques
 - 6C48.40 Trouble anxieux provoqué par la caféine
 - 6C49.61 Trouble anxieux provoqué par les hallucinogènes
 - 6C4B.71 Trouble anxieux provoqué par des solvants volatils
 - 6C4C.71 Trouble anxieux induit par la MDMA ou un produit apparenté
 - 6C4D.61 Trouble anxieux dissociatif d'origine médicamenteuse, y compris kétamine ou PCP
 - 6C4E.71 Trouble anxieux provoqué par une autre substance psychoactive précisée
 - 6C4G.71 Trouble anxieux provoqué par une substance psychoactive inconnue ou non précisée
- ▼ 6B23 Hypochondrie
 - 6B23.0 Hypochondrie avec insight moyen à bon
 - 6B23.1 Hypochondrie avec insight faible à absent
 - 6B23.Z** Hypochondrie, sans précision
- 6E63 Syndrome d'anxiété secondaire
- 6B0Y** Autres troubles anxieux ou liés à la peur

ANNEXE 3 : Questionnaire

Questionnaire anxiété

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête sur l'état anxieux des étudiants en pharmacie à la faculté de Nancy.

Ce questionnaire est totalement anonyme et le temps de réponse est d'environ 5 à 15 minutes.

Les questions suivies d'un * sont à réponse obligatoire.

I. PROFIL

1. Quel est votre sexe ?*

- Homme
- Femme
- Ne préfère pas répondre

2. Quel est votre âge ?

- 18 – 25 ans
- 26 – 29 ans
- 30 – 39 ans
- 40 – 49 ans
- 50 – 60 ans

3. En quelle année d'étude êtes-vous ?*

- 2^{ème} année (DFG-SP2)
- 3^{ème} année (DFG-SP3)
- 4^{ème} année (DFA-SP1)
- 5^{ème} année (DFA-SP2)

4. En quelle filière êtes-vous ?

- Officine
- Industrie
- Internat
- Autre

5. Etes-vous anxieux/anxieuse ?*

- Oui
- Non

6. Si oui, depuis combien de temps ?

- 1 an ou moins
- Plus d'un an

7. Si cette anxiété dure depuis moins d'un an, pensez-vous que la situation sanitaire actuelle en est en partie ou totalement la cause ?

- Oui
- Non

8. Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ?*

- Oui
- Non

9. Si vous bénéficiez d'un suivi, est-il réalisé :

- Par un psychologue
- Par un psychiatre
- Autre : précisez

II. HAD

10. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :*

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

11. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :*

- Oui tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

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

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

13. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :*

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant

- Plus du tout

14. Je me fais du soucis :*

- Très souvent
- Assez-souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

15. Je suis de bonne humeur :*

- Jamais
- Rarement
- Assez-souvent
- La plupart du temps

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

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

17. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :*

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

18. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :*

- Jamais
- Parfois
- Assez-souvent
- Très souvent

19. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :*

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse pas autant attention
- J'y prête autant attention que par le passé

20. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :*

- Oui c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement

- Pas du tout

21. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :*

- Autant qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

22. J'éprouve des sensations soudaines de panique :*

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

23. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :*

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

III. CONSOMMATION DE MEDICAMENT

24. Consommez-vous des médicaments pour pallier l'anxiété ?*

- Oui
- Non

25. Si oui, le ou lesquels ? Précisez :

26. Depuis combien de temps ?

- 1 mois ou moins
- 3 à 6 mois
- 6 mois à 1 an
- Plus d'un an

27. Sentez-vous que ces traitements ont un effet bénéfique pour votre santé ?

- Oui
- Non

28. Commentaire

IV. Consommation de substances psychoactives

1. Le tabac

29. Etes-vous fumeur ?*

- Oui
- Non

30. Si oui, à quelle fréquence fumez-vous ?

- Occasionnellement
- Quelques fois par semaine
- Tous les jours

31. Votre consommation a-t-elle commencée :

- Avant vos études supérieures
- Au cours de vos études supérieures

FAGESTROM

32. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 min
- 6 à 30 min
- 31 à 60 min
- Plus de 60 min

33. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- Oui
- Non

34. A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée
- A une autre

35. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

- 10 ou moins
- 11 à 20
- 21 à 30
- 21 ou plus

36. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui
- Non

37. Fumez-vous lorsque vous-êtes malades au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- Oui
- Non

2. L'alcool

38. Consommez-vous des boissons alcoolisées ?*

- Oui
- Non

39. Votre consommation a-t-elle commencée :*

- Avant vos études supérieures
- Au cours de vos études supérieures

AUDIT

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

- Au moins 1 fois / mois
- 2 à 4 fois / mois
- 2 à 3 fois / semaine
- 4 fois ou plus / semaine

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

Une bière, un verre de whisky, un verre de vin ou encore une vodka tels qu'on les sert dans les bars contiennent tous la même quantité d'alcool pur (environ 10g). C'est ce qu'on appelle un verre standard ou encore unité d'alcool. www.alcool-info-service.fr

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 7 ou 9
- 10 ou plus

42. Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire 6 verres standards ou plus ?

- Jamais
- Moins d'une fois / mois
- Une fois / mois
- Une fois / semaine
- Tous les jours ou presque

43. Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

- Jamais
- Moins d'une fois / mois
- Une fois / mois
- Une fois / semaine
- Tous les jours ou presque

44. Dans les 12 derniers mois, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

- Jamais
- Moins d'une fois / mois
- Une fois / mois
- Une fois / semaine
- Tous les jours ou presque

45. Dans les 12 derniers mois combien de fois, après une période de forte consommation, avez-vous du boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

- Jamais
- Moins d'une fois / mois
- Une fois / mois
- Une fois / semaine
- Tous les jours ou presque

46. Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

- Jamais
- Moins d'une fois / mois
- Une fois / mois
- Une fois / semaine
- Tous les jours ou presque

47. Dans les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

- Jamais
- Moins d'une fois / mois
- Une fois / mois
- Une fois / semaine
- Tous les jours ou presque

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

- Non
- Oui mais pas dans l'année passée
- Oui au cours de l'année dernière

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

- Non
- Oui mais pas dans l'année passée
- Oui au cours de l'année dernière

3. Le cannabis

50. Consommez-vous du cannabis ?*

- Oui
- Non

51. Votre consommation a-t-elle commencée :

- Avant vos études supérieures
- Au cours de vos études supérieures

CAST

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

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

54. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis ?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

57. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crises d'angoisse, mauvais résultats à l'école...) ?

- Oui
- Non

4. Autres produits

58. Consommez-vous des produits illicites ?*

- Oui
- Non

59. Si oui, le(s) quel(s) ? Précisez :

60. Votre consommation a-t-elle commencée :

- **Avant vos études supérieures**
- Au cours de vos études supérieures

V. BOISSONS ENERGISANTES

61. Consommez-vous des boissons énergisantes ?*

- Oui
- Non

62. Si oui, précisez la(les) quelle(s) ?

63. A quelle fréquence ?

- Mensuellement (1 à 2 fois / mois)
- Hebdomadairement (1 à 2 fois / semaine)
- (Presque) tous les jours
- Plusieurs fois par jour

64. Votre consommation a-t-elle débutée :

- Avant vos études supérieures
- Au cours de vos études supérieures

VI. QUALITE DE VIE

65. Avez-vous observé une prise de poids durant vos études ?*

- Oui
- Non

66. Si oui :

- 3 à 5 kg
- 5 à 10 kg
- Plus de 10 kg

67. Avez-vous observé une perte de poids durant vos études ?*

- Oui
- Non

68. Si oui :

- 3 à 5 kg
- 5 à 10 kg
- Plus de 10 kg

69. Si vous avez pris ou perdu du poids durant vos études, quelle était la durée de cette variation ? Précisez :

70. Concernant votre alimentation :*

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Veillez-vous à manger équilibré (fruits, légumes)				
Mangez-vous des plats cuisinés maison ?				
Mangez-vous dans des fast-food ?				
Vous arrive-t-il de « sauter » un ou plusieurs repas dans la journée ?				

71. Consommez-vous des compléments alimentaires ?*

- Oui
- Non

72. Si oui, le/les quel(s) ?

73. A quelle fréquence en consommez-vous ?

74. Si vous n'avez pas l'alimentation que vous souhaiteriez, quelle(s) en est(ont) la(les) cause(s) ?

- Manque de temps
- Manque de moyen financiers
- Autre : précisez

75. Concernant votre sommeil : Pensez-vous que vous dormez suffisamment ?

- Oui
- Non

76. Si non, quelle(s) en est(ont) la(les) cause(s) ?

- Insomnies d'endormissement
- Réveils matinaux précoces
- Heure de coucher tardive
- Autre : précisez

77. Pratiquez-vous une ou plusieurs activités physiques ?*

- Oui
- Non

78. Si oui, la/les quelle(s) ?

78. Combien de temps par semaine ?

- 1h / semaine
- 2h / semaine
- 2h30 / semaine
- Plus de 2h30 / semaine

VII. **AMELIORER LA PRISE EN CHARGE D'UN ETUDIANT PRESENTANT UNE ANXIETE EXCESSIVE**

79. Avez-vous connaissance du dispositif CLASS (Centre Lorrain d'Appui Solidarité & Santé) proposé par la faculté pour accompagner les étudiants selon leurs besoins ? *

<https://factuel.univ-lorraine.fr/node/14434>

- Oui
- Non

80. Quelle(s) autre(s) solution(s) proposeriez-vous ?*

Un énorme merci pour le temps que vous avez accordé pour répondre à ce questionnaire!

Si vous (ou un étudiant de votre entourage) êtes en souffrance psychologique, voici quelques contacts:

- L'adresse: **Pharma-BienEtreAccompagnement-Etudiants@univ-lorraine.fr** pour faire remonter toutes vos inquiétudes et parler de vos problèmes psychologiques, sociaux ou financiers. Cette initiative a été lancée par les professeurs de la faculté.
- Le **SUMPPS**: pour toutes les questions d'ordre médical et social (via la plateforme de l'université)
- La **ligne d'écoute et soutien médico-psychologique** : 03.83.85.82.00 (pédopsychiatres, psychiatres, psychologues, à l'écoute de tous) du lundi au vendredi de 8h30 à 20h30
- **Numéro national d'Aide psychologique**: 0800 130 000, 24h/24h, 7j/7

ANNEXE 4 : Echelles HAD

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Échelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0	9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3	10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0	11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3	12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
5. Je me fais du souci - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0	13. J'éprouve des sensations soudaines de panique - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
6. Je suis de bonne humeur - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0	14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3	
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0	

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014
© Haute Autorité de Santé – 2014

1

Figure 5 Echelle HAD d'après la HAS(30)

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Figure 6 Echelle HAD d'après la HAS(30)

ANNEXE 5 : Test de Fagerström

Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton et coll., 1991, Fagerström 2012.

Figure 7 Test de Fagerström d'après la HAS(57)

ANNEXE 6 : Test AUDIT



QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE AUDIT

(ALCOHOL USE DISORDERS TEST)

REPÉRAGE DES CONSOMMATIONS PROBLÉMATIQUES

Les dix questions qui suivent doivent être de préférence posées sans reformulation, et cotées selon les réponses spontanées des patients. En cas d'hésitation, proposer les modalités de réponses, en demandant de choisir « la réponse la plus proche de la réalité ».

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
1. À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?	Jamais	Une fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	4 fois ou plus par semaine	
2. Combien de verre d'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 à 9	10 ou plus	
3. À quelle fréquence buvez-vous six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	

Figure 8 Test AUDIT d'après la société française d'addictologie(60)



QUESTIONNAIRE AUDIT

Questions	Points					Score
	0	1	2	3	4	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

TOTAL

INTERPRÉTATIONS DU RÉSULTAT

- Un score supérieur ou égal à 7 chez l'homme et à 6 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool

- Un score supérieur à 12 chez l'homme et chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool

Société Française d'Alcoologie, 2015.

Figure 9 Questionnaire AUDIT d'après la société français d'addictologie(60)

ANNEXE 7 : Questionnaire CAST

Questionnaire CAST (Cannabis)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?

→ Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.

Figure 10 Questionnaire CAST d'après la HAS(61)

ANNEXE 8 : Définition des risques psychosociaux

Risques psychosociaux (RPS) : « Les RPS seront définis comme des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. Le terme RPS désigne donc un ensemble de phénomènes affectant principalement la santé mentale mais aussi physique des travailleurs. Ils peuvent se manifester sous diverses formes : stress au travail mais aussi sentiment de mal-être ou de souffrance au travail, incivilités, agressions physiques ou verbales, violences, etc. ». (87)

N° d'identification :

TITRE

Étude de l'état anxieux de l'étudiant en pharmacie
« Enquête sur un échantillon de 253 étudiants de la faculté de Pharmacie de Nancy »

Thèse soutenue le 07 février 2023

Par Leyla Urak

RESUME :

Les étudiants représentent une population à risque de développer des pathologies psychiatriques et en particulier les étudiants en santé engagés dans de longs cursus qui peuvent devenir source d'anxiété. L'objectif de cette étude était d'évaluer et de déterminer la prévalence des états anxieux chez les étudiants en pharmacie à la faculté de Nancy.

Nous avons observé que 70,8 % des étudiants exprimaient un ressenti anxieux avec une prédominance féminine. Pour 47,4 % des étudiants les scores à l'échelle HAD A correspondaient à une symptomatologie certaine de troubles anxieux (nécessitant d'être confirmé par un diagnostic). De plus, 13,4 % des étudiants ayant un ressenti anxieux présentaient des scores HAD D correspondant à une symptomatologie certaine de troubles dépressifs (nécessitant d'être confirmé par un diagnostic). Notons que la dépression correspond à la comorbidité la plus fréquente des troubles anxieux.

Les troubles anxieux peuvent être induits par le sevrage de certaines substances telles que l'alcool et les benzodiazépines. Les consommations des étudiants sont inquiétantes pour l'alcool car les scores AUDIT montrent un mésusage voire une dépendance pour 65 % des hommes et 35 % des femmes.

On remarque que les étudiants concernés par un mal-être n'osent pas s'orienter vers des spécialistes puisqu'une infime partie des étudiants bénéficie d'un suivi psychologique. Ceci représente un réel problème car ces troubles sont sous-diagnostiqués et donc sous-traités, ce qui peut mener à de nombreuses complications incluant d'autres pathologies (psychiatriques ou non) et l'échec académique.

Il convient ainsi de préserver le bien-être psychologique des étudiants en mettant en œuvre des mesures prévention des pathologies psychiatriques au niveau institutionnel et individuel pour tous les étudiants mais également de débloquent la communication sur le sujet et faire connaître les organismes de soutien existants.

MOTS CLES :

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Pr. Luc Ferrari	/	Expérimentale <input type="checkbox"/>
Dr. Anne Maheut-Bosser		Bibliographique <input type="checkbox"/>
		Travail personnel <input checked="" type="checkbox"/>

Thèmes

1 – Sciences fondamentales
3 – **Médicament**
5 - Biologie

2 – **Hygiène/Environnement**
4 – Alimentation – Nutrition
6 – Pratique professionnelle

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 07/02/2023

<p align="center">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : URAK Leyla.</p> <p><u>Sujet</u> : Etude de l'état anxieux de l'étudiant en pharmacie. "Enquête sur un échantillon de 253 étudiants de la faculté de Pharmacie de de Nancy"</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : Luc Ferrari, Professeur des universités. Directeur : Anne Maheut-Bosser, Docteur en médecine. Co-directeur : Luc Ferrari, Professeur des universités. Juges : Margaux Peugnet-Ravenel, Pharmacien d'officine. Carole Prenat-Kartener, Pharmacien d'officine.</p>	<p align="center">Vu,</p> <p>Directeur de thèse : Anne Maheut-Bosser, visa de validation le 19/12/2022.</p> <p>Président de jury : Luc Ferrari, visa de validation le 19/12/2022.</p> <p>Référent des thèses d'exercice, visa de validation le 02/01/2023.</p>
<p align="center">Vu et approuvé,</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">Pr. Raphaël DUVAL Nancy, le 13/01/2023</p>  	<p align="center">Vu,</p> <p align="center">La Présidente de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center">Hélène BOULANGER Nancy, le</p>   <p>N° d'enregistrement : 12849 C</p>