

2021-2022

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Psychiatrie

**EVALUATION DE L'INFLUENCE DU SERVICE
SANITAIRE D'ADDICTOLOGIE SUR LES
CONSOMMATIONS ET LES CROYANCES LIEES A
L'ALCOOL DES ETUDIANTS EN SANTE
D'ANGERS**

Brève exploration des autres toxiques

AURIAULT Anne-Sophie

Né le 16 juillet 1989 à Vannes (56)

Sous la direction de Mme ROZET Marine

Membres du jury

Madame le Professeur GOHIER Bénédicte | Président

Madame le Docteur ROZET Marine | Directeur

Madame le Professeur PETIT Audrey | Membre

Monsieur le Professeur DUVERGER Philippe | Membre

Soutenue publiquement le :
23 novembre 2021

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) AURIAULT Anne-Sophie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le 02/10/**2021**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine

GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine

UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie

PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

REMERCIEMENTS

A Madame le professeur Gohier, pour son accompagnement bienveillant et rigoureux tout au long de mon internat.

A Monsieur le professeur Duverger, pour m'avoir initié à la pédopsychiatrie au sein de son service.

A Madame le professeur Petit, pour avoir accepté de juger cette thèse.

Au docteur Rozet, pour avoir dirigé cette thèse et m'avoir rassurée à chaque étape.

Aux responsables du service sanitaire de la faculté d'Angers, en particulier à Madame Placet, pour avoir toujours répondu à mes sollicitations.

A tous les professionnels de santé que j'ai croisé pendant mon internat au CHU d'Angers, au Cesame, à Laval et au Mans pour m'avoir transmis leurs connaissances, leurs savoirs faire et leur humanité.

A toute l'équipe de psychiatrie de Cholet pour m'avoir aussi bien accueillie après mon internat. Vous avez fait grandir ma confiance en moi et mon expérience, ce pourquoi je vous serai toujours reconnaissante.

Aux co-internes que j'ai connu pendant mon internat pour avoir embelli mes stages et ces 4 années : les CHUvaliers, Arthur, Orianne, Nathalie, Yenofa, Florian et les autres.

A Jean-Mathieu, ma belette, pour être un merveilleux compagnon.

A mes parents, ma soeur, ma nièce, Luca, Annie et Philippe pour leur présence et leur soutien indéfectible.

A mes amis «de médecine» pour tous les bons moments qu'ils m'apportent : Serenna, Benjamin, Gwendoline, Camille, Jannick, Hélène, Maude, Adrien, Joséphine et Auguste. A ceux des premiers jours que je vois moins : Caroline, Laetitia, Clémence et Pauline.

Mention spéciale à Norah qui en plus d'être une très bonne amie, est ma statisticienne préférée !

A mes amis «d'ailleurs» parce-qu'il n'y a pas que la médecine dans la vie : Benoit, Angélique, Charles, Annaelle, Christophe, Yamile, Franck, Marie et Julien.

LISTE DES ABREVIATIONS

API	Alcoolisation Ponctuelle Importante
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
CSAPA	Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DCEM	Deuxième Cycle des Études de Médecine
LMDE	La Mutuelle Des Étudiants
NAMS	Negative Alcohol Metacognitions Scale
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ONDE	Observatoire national de la vie étudiante
PAMS	Positive Alcohol Metacognitions Scale
PCEM	Premier Cycle des Études de Médecine
SUMPPS	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

PLAN

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

1. Le Service Sanitaire

2. Épidémiologie des consommations d'alcool

2.1. Généralités

2.2. Dans les Pays de la Loire

2.3. Chez les étudiants

2.4. Influence du confinement

3. Dissonance cognitive et métacognitions sur l'alcool

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population

2. Procédure

3. Critère de jugement principal

4. Critères de jugement secondaires

4.1. Croyances liées à l'alcool

4.2. Consommations de toxiques autre que l'alcool

5. Analyse des résultats

RÉSULTATS

1. État des lieux des consommations de toxiques des étudiants

1.1. L'alcool

1.2. Les autres toxiques

2. Influence du service sanitaire : groupes Témoin et Étude

2.1. Consommations d'alcool

2.2. Croyances liées à l'alcool

2.3. Consommations des autres toxiques

DISCUSSION

1. Analyse de l'état des lieux des consommations

2. Analyse de l'influence du service sanitaire

2.1. Évolution du groupe Témoin

2.2. Évolution du groupe Étude

2.3. Hypothèses explicatives

3. Limites de l'étude

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction : La consommation d'alcool et de toxiques est un problème majeur de santé publique, notamment chez les jeunes. C'est pourquoi, en France, le gouvernement a créé le service sanitaire, assuré par les étudiants en santé français, pour promouvoir les comportements favorables à la santé dont la lutte contre les addictions.

Sujet et Méthode : Cette étude vise à observer l'influence du service sanitaire d'addictologie sur les étudiants en santé d'Angers engagés sur cette thématique. Pour cela un questionnaire (Q1) a été envoyé avant le début du service sanitaire et un questionnaire (Q2) a été envoyé 6 semaines après. Le groupe d'étude (n Q1 = 33 et n Q2 = 13) ayant reçu une formation sur les addictions a été comparé à un groupe témoin (n Q1 = 71 et n Q2 = 44). Les critères d'évaluation étaient : fréquence des consommations d'alcool, fréquence des binge-drinking, nombre moyen de verres par occasion, score AUDIT, score PAMS/NAMS, fréquence des consommations des autres toxiques.

Résultats : Dans le groupe Témoin, il n'est retrouvé aucune différence significative entre les deux questionnaires et ceci quelque soit le critère d'évaluation. Dans le groupe Étude, il n'existe aucune différence significative entre les deux questionnaires pour les consommations de toxiques, les croyances liées à l'alcool, le nombre moyen de verres par occasion et le score AUDIT. En revanche, il est retrouvé une hausse significative de la fréquence des consommations d'alcool ($p = 0,015$) et de la fréquence des binge-drinking ($p = 0,023$). Cependant, ceci est probablement un artefact dû au faible effectif et au défaut de chaînage entre les deux questionnaires.

Conclusion : L'hypothèse de départ est infirmée puisque les étudiants du groupe Étude n'ont pas modifié leurs comportements ou leurs croyances. Cependant l'hypothèse stipulant que sans éducation spécifique il n'y aurait pas de changement reste valable puisque le groupe Témoin n'a montré aucune évolution. Néanmoins les faibles effectifs ne permettent pas de conclure avec certitude et une reproduction de cette étude à plus grande échelle donnerait des résultats plus pertinents.

INTRODUCTION

1. Le Service Sanitaire

Depuis la rentrée 2018, en France, le gouvernement a mis en place un service sanitaire afin de répondre au premier axe de sa stratégie nationale de santé qui est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de comportements favorables à la santé. Ce projet est porté par le ministère des Solidarités et de la Santé ainsi que le ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation.

Il s'agit d'un module obligatoire de 6 semaines inclu dans la maquette de tous les futurs professionnels de santé inscrits dans les filières de médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie, kinésithérapie et infirmière, afin de les sensibiliser aux enjeux de la prévention. Ce module comprend une formation théorique sur un sujet spécifique accompagnée d'un entraînement aux aptitudes pédagogiques afin de générer des acteurs de prévention opérationnels pour les actions sur le terrain. Les différentes filières travaillent ensemble afin de favoriser l'interdisciplinarité.

Les thématiques abordées sont des sujets d'enjeux prioritaires pour la santé tels que la nutrition, l'activité physique, la santé sexuelle, la vaccination ou encore les addictions. Il s'agit d'une prévention sélective assurée auprès des publics les plus fragiles et les plus concernés par ces sujets. Ainsi les étudiants sont amenés à se déplacer dans des lieux préalablement désignés comprenant des établissements scolaires, des zones rurales, des EHPAD, des lieux de privation de liberté... Le but est également de répartir équitablement les interventions sur le territoire afin de réduire les inégalités d'accès à l'information et aux soins.

2. Épidémiologie des consommations d'alcool

2.1. Généralités

La consommation d'alcool en France est globalement en nette diminution depuis les années 1960, principalement via la moindre consommation de vin au quotidien (1). On observe ainsi que le volume d'alcool pur annuel par habitant est passé de 20 Litres en 1970 à 11,7 Litres en 2017. Cependant, la France reste l'un des pays les plus consommateurs d'alcool au monde, occupant la cinquième place sur les 38 pays de l'OCDE en 2021 (2). Ceci peut s'expliquer par des facteurs socioculturels qui associent l'alcool à une dimension festive et conviviale rendant la consommation d'alcool acceptable et même valorisée.

Pourtant, l'alcool reste l'une des causes majeures de mortalité évitable en France. Une étude de 2015 répertorie 41 000 décès attribuables à l'alcool, dont 30 000 décès chez les hommes et 11 000 décès chez les femmes, soit respectivement 11% et 4% de la mortalité des adultes de 15 ans et plus. Ceci inclut 16 000 décès par cancers, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.)(3). Aux dommages sanitaires engendrés par des consommations excessives d'alcool, s'ajoutent également des répercussions importantes sur l'entourage et le milieu professionnel (perte d'emploi, absentéisme, accident du travail...)(4).

2.2. Dans les Pays de la Loire

Concernant les Pays de la Loire, on remarque plusieurs points préoccupants en rapport avec les consommations d'alcool sur le dernier baromètre de santé publique de 2017(5). En effet, chez les Ligériens de 18 à 75 ans, même si les consommations quotidiennes d'alcool sont significativement inférieures à la moyenne nationale (8,1%

versus 10%), les consommations d'alcool hebdomadaires sont significativement supérieures à la moyenne nationale (43,7% versus 40%).

La consommation hebdomadaire d'alcools forts est la plus élevée de tout le territoire français avec 13,1%.

Chez les jeunes de 18 à 30 ans, on retrouve une prévalence des consommations hebdomadaires d'alcool très supérieure à la moyenne nationale (40,7% versus 32,5%). Les alcoolisations ponctuelles importantes (API = au moins 6 verres lors d'une même occasion) au moins une fois par mois restent cependant comparables au reste du territoire (11,3% versus 9%). Ces API concernent principalement les 18-35 ans (29%) et touchent beaucoup plus les hommes que les femmes. On note une légère diminution de ces API au cours des dernières années avec 25% en 2010, 22% en 2014 et 18% en 2017.

C'est chez les mineurs Ligériens de 17 ans que l'on retrouve les statistiques les plus inquiétantes concernant l'alcool avec des taux quasi systématiquement supérieurs à la moyenne nationale, faisant des Pays de la Loire la région française la plus à risque pour cette population (6). Ainsi, 92,2% des jeunes ont déjà expérimenté de l'alcool (versus 85,7% au niveau national), 11,9% déclarent un usage régulier de l'alcool au moins 10 fois par mois (versus 8,4%) et 22% déclarent avoir des alcoolisations ponctuelles importantes au moins 3 fois par mois (versus 16,4%).

2.3. Chez les étudiants

L'étude de Voigt et al de 2009, retrouve que les étudiants consommeraient plus d'alcool que les jeunes du même âge non étudiants (7).

Concernant les étudiants français, selon l'enquête LMDE de 2019, 84% des étudiants ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois et 58 % déclarent avoir consommé de l'alcool au moins une fois par semaine (8). Soixante-six pour cent des étudiants déclarent des API dont 7% au moins une fois par semaine. Parmi les consommateurs d'alcool, seulement 13 % ont le sentiment de se mettre en danger. Selon le test Deta de dépendance à l'alcool, 14% des étudiants sont en difficultés avec l'alcool, ce qui est supérieur aux données de la population générale (12%). En revanche, les jeunes semblent avoir une bonne connaissance des risques encourus avec la consommation d'alcool (risque de dépendance, de maladies graves, d'accidents de la route, d'échecs scolaires ou professionnels, risques financiers, risques d'isolement ou de dépression...) (9).

Si l'on se penche sur les étudiants en santé, malgré leur bagage éducatif sur l'addictologie, plusieurs études tendent à montrer que leur consommation est à minima aussi importante que les autres étudiants. En effet, le risque d'abus de substances addictives chez les étudiants est médié par plusieurs facteurs dont le changement de style de vie, la baisse du soutien parental et les situations stressantes (10).

Une étude de 2015 sur des étudiants en médecine français (11), retrouve une consommation d'alcool chez 97% d'entre eux. Le score AUDIT montrait une consommation à risque chez 11% des étudiants, une consommation nocive chez 28% des étudiants et l'absence de risque chez 68% des étudiants. Il note également que les étudiants en PCEM (47%) montrent plus fréquemment des consommations à risque ou nocives que les étudiants en DCEM (16%).

Deux études américaines retrouvaient des constatations similaires chez des étudiants en pharmacie avec respectivement 23,2% (12) et 25,2 % (13) d'étudiants présentant des consommations d'alcool à risque ou nocives.

Une étude anglaise de 2006 portant sur des étudiants en maïeutique et en soins infirmiers a montré que 86,5% avaient bu de l'alcool au moins une fois la semaine précédente. Parmi ces consommateurs, 74% avaient dépassés au moins une fois les recommandations journalières ce qui était plus que les 57% de la population générale (14).

2.4. Influence du confinement

Selon une enquête de l'ONDE sur 6130 étudiants français, 35,4% déclarait ne jamais consommer d'alcool, 29,9% avoir consommé moins d'alcool qu'habituellement, 20,2% avoir consommé autant d'alcool qu'habituellement et 14,5% avoir consommé plus d'alcool qu'habituellement (15).

Une autre étude portant sur 1467 étudiants de La Réunion a montré que parmi les étudiants qui consommaient de l'alcool, 44% ont gardé la même consommation, 45% ont diminué leur consommation et 10% ont augmenté leur consommation d'alcool. Les 10% ayant augmenté leur consommation d'alcool durant le confinement, avaient déjà une consommation à risque ou en faveur d'une dépendance pour 63% d'entre eux. Les principales raisons invoquées étaient le plaisir, devant l'ennui et le manque d'activité (16).

Les premiers résultats indiquent donc une tendance au maintien des habitudes de consommation voire une diminution des consommations d'alcool pendant les périodes de confinement chez les étudiants. Ceci s'est également observé dans la population générale où seulement 11% des participants déclaraient une augmentation de leur consommation d'alcool versus 65% de stabilité et 24% de diminution (17).

3. Dissonance cognitive et métacognitions sur l'alcool

Cette étude vise à faire un état des lieux des consommations d'alcool des étudiants en santé d'Angers. Puis, elle souhaite étudier l'influence de la formation en addictologie du service sanitaire sur la prise quantitative d'alcool et l'évolution des croyances liées à l'alcool.

Effectivement, des études ont déjà prouvé que les campagnes de prévention contre les toxiques menées par des pairs influençaient positivement les jeunes ciblés vers des comportements plus favorables à la santé (18). Ceci s'explique par le fait que le jeune public s'identifie facilement aux pairs via la proximité d'âge (19). Mais qu'en est-il de l'évolution du comportement de ces pairs vis à vis des toxiques ?

L'hypothèse principale supposerait que l'accès à une formation scientifique détaillée sur les toxiques et le fait de devenir eux-même des acteurs de la prévention contre ces toxiques influencerait les étudiants vers une modification de leurs croyances et donc de leurs consommations d'alcool. En effet, ces étudiants auront reçu l'élément clé de tout programme d'intervention de changement de comportement, à savoir l'éducation, c'est-à-dire l'accès à l'information pour augmenter ses connaissances sur un sujet (20).

Par ailleurs, cette hypothèse repose sur la Théorie de Festinger sur la dissonance cognitive (21). Cette dernière explique que la possession de cognitions incohérentes engendre un inconfort psychologique qui motive les gens à modifier leurs cognitions ou leurs comportements pour créer une plus grande cohérence. Cette dissonance cognitive serait ensuite accentuée par le statut d'agent de prévention auprès des plus jeunes car il semble que les actes contre-attitudinaux engendrent une

plus grande dissonance cognitive lorsqu'ils sont exécutés devant un public (22). Ce phénomène a déjà été observé dans des programmes de prévention sur les troubles du comportement alimentaire (23), sur l'usage du tabac (24) et sur les substances toxiques de manière générale (25).

Les travaux de Spada montrent également que les métacognitions influencent les comportements liés à l'alcool. Les métacognitions sont définies comme les structures psychologiques, les croyances, les événements et les processus impliqués dans le contrôle, la modification et l'interprétation de la pensée (26).

Ainsi, Spada a développé deux échelles mesurant les métacognitions positives (PAMS) et les métacognitions négatives (NAMS) sur l'alcool. La PAMS comprend deux facteurs que sont l'auto-régulation émotionnelle et l'auto-régulation cognitive. LA NAMS comprend deux facteurs que sont la perte de contrôle et les dommages cognitifs. Il a ainsi démontré que tous les facteurs de ces deux échelles étaient significativement et positivement corrélés à des consommations problématiques d'alcool (27). Cette conclusion se confirme quelque que soit la population étudiée (consommateurs festifs, consommateurs à risque ou alcoolo-dépendants), avec les scores les plus élevés chez les alcoolo-dépendant et les scores intermédiaires chez les consommateurs à risque (28). De plus, plusieurs études ont montré que les scores PAMS et NAMS étaient, après le genre, les facteurs prédictifs les plus puissants d'utilisation d'alcool et de binge-drinking (27, 29, 30, 31).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Population

Cette étude s'est déroulée du 5 octobre 2020 au 11 juin 2021, englobant 4 périodes de formation. La troisième période n'a pas été inclue car son déroulement a été interrompu par les restrictions sanitaires nationales. Les 3 périodes incluses dans l'étude comptabilisent 337 étudiants de 4 filières différentes (Médecine, Pharmacie, Maïeutique et Soins infirmiers). Parmi ces étudiants, 104 (30.9%) ont répondu au questionnaire 1 et 57 (16.9%) ont répondu au questionnaire 2.

Afin d'étudier l'impact du service sanitaire sur la thématique de l'addictologie sur le comportement addictif des étudiants, le groupe d'étudiant ayant effectué cette thématique est comparé à un groupe témoin constitué des étudiants ayant effectué les autres thématiques. Dans le groupe d'étude, 33 étudiants ont répondu au questionnaire 1 et 13 étudiants ont répondu au questionnaire 2. Dans le groupe témoin, 71 étudiants ont répondu au questionnaire 1 et 44 étudiants ont répondu au questionnaire 2.

2. Procédure

Après avoir recueilli l'autorisation du Comité d'éthique universitaire de la faculté d'Angers, les liens vers les questionnaires de cette étude ont été envoyés sur les adresses e-mail universitaires des étudiants participants au service sanitaire. Un e-mail renvoyant vers le questionnaire 1 a été envoyé juste avant le début du service. Puis, un deuxième e-mail renvoyant vers le questionnaire 2 a été envoyé à l'issue des 6 semaines du service. Chaque e-mail contenait systématiquement les coordonnées des CSAPA de la région et du SUMPSS afin d'orienter les étudiants qui le désiraient vers les lieux de soins appropriés.

Dans l'intervalle entre ces deux questionnaires, les étudiants ont reçu une formation théorique sur la thématique pour laquelle ils se sont engagés, puis ils sont intervenus dans les lieux de prévention qui leur ont été désignés.

Le groupe d'étude a bénéficié de cours dispensés par les addictologues du CHU d'Angers avant d'intervenir dans des collèges et des lycées des Pays de la Loire. Le contenu de l'enseignement comprenait les caractéristiques des substances addictives, les effets physiologiques à court et long terme, les mécanismes neurobiologiques, des notions de législations ainsi que des outils pour développer les compétences psychosociales.

3. Critère de jugement principal

L'impact du service sanitaire d'addictologie sur les comportements liés à l'alcool des étudiants a été évalué par la mesure de la fréquence des consommations d'alcool déclarée, le nombre de verres déclaré, la fréquence des binge-drinking ou API déclaré et le questionnaire AUDIT.

L'AUDIT (Annexe 1) est un auto-questionnaire de 10 questions mesurant un score de dépendance à l'alcool pouvant aller de 0 à 40. Les questions 1 à 3 interrogent les prises d'alcool, les questions 4 à 6 interrogent les signes de dépendance et les questions 7 à 10 interrogent les conséquences négatives des consommations. Pour la question numéro 2, interrogeant le nombre moyen de verres consommés lors d'une occasion, il n'existe normalement pas d'option «je ne bois pas». Cette option a donc été rajoutée pour les étudiants ne consommant jamais d'alcool et a été cotée «0».

Les seuils des scores sont soumis à discussion et peuvent varier selon les pays. En France, suite à la validation de cet outil en français (32), il peut être catégorisé en 3 groupes :

- 0 à 7 : faible risque de dépendance
- 8 à 12 : à risque de dépendance
- Supérieur à 12 : fort risque de dépendance

4. Critères de jugement secondaires

4.1. Croyances liées à l'alcool

L'impact du service sanitaire d'addictologie sur les croyances liées à l'alcool des étudiants a été évalué avec la traduction validée en français des questionnaires PAMS et NAMS (31).

La PAMS (Annexe 2) est une échelle d'auto-évaluation comprenant 12 items interrogeant les métacognitions positives concernant l'alcool. Elle comprend 2 facteurs : les métacognitions positives sur l'auto-régulation émotionnelle (questions 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 12) et les métacognitions positives sur l'auto-régulation cognitive (questions 3, 5, 6, 11). Chaque item est coté par une échelle de Lickert allant de 1 (pas d'accord) à 4 (très d'accord). Des scores plus élevés représentent des niveaux plus élevés de métacognitions positives sur la consommation d'alcool.

La NAMS (Annexe 3) est une échelle d'auto-évaluation comprenant 6 items interrogeant sur les métacognitions négatives concernant l'alcool. Elle comprend 2 facteurs : les métacognitions négatives sur la perte de contrôle (questions 1, 4, 6) et les métacognitions négatives sur les dommages cognitifs (questions 2, 3, 5). Chaque item est coté via une échelle de Lickert allant de 1 (pas d'accord) à 4 (très d'accord). Des scores plus élevés représentant des niveaux plus élevés de métacognitions négatives sur la consommation d'alcool.

4.2 Consommations de toxiques autre que l'alcool

L'impact de la formation d'addictologie sur les consommations des substances addictives autres que l'alcool a été évalué par la mesure de la fréquence des consommations déclarées. Les substances addictives interrogées ont été le tabac, le cannabis, la cocaïne, les stimulants (amphétamines,...), les solvants, les calmants (benzodiazépines, hypnotiques....), les hallucinogènes, les opiacés, le protoxyde d'azote et le poppers.

5. Analyse des résultats

Les données ont été recueillies sur des questionnaires Google Forms puis ont été extraites sur des tableurs Excel. Il s'agissait d'auto-questionnaires anonymes. La procédure a reçu un accord du comité d'éthique universitaire d'Angers.

Les résultats ont ensuite été soumis à des analyses statistiques via le logiciel R. Le test du Chi2 ou le test exact de Fisher (pour les petits effectifs) ont été utilisés pour les variables qualitatives et le test de Wilcoxon a été utilisé pour les variables quantitatives. Le risque de première espèce alpha a été arbitrairement fixé à 5 %, une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05. Pour certaines questions à choix multiples, il a été nécessaire de regrouper par deux les données dont l'assemblage était pertinent afin de rendre le critère interprétable.

RÉSULTATS

1. État des lieux des consommations de toxiques des étudiants

Pour cette partie, seules les réponses au premier questionnaire envoyé avant toute formation du service sanitaire ont été utilisées. Cela représentait 104 étudiants comprenant 27 hommes et 77 femmes. L'âge moyen était de 21,2 ans avec un minimum de 18 ans et un maximum de 37 ans, la médiane étant de 21 ans. Environ la moitié des étudiants était en Médecine (45,2%), un quart en Soins Infirmiers (26%), un huitième en Maïeutique (12,5%) et le dernier huitième en Pharmacie (16,3%).

La majorité (76,9%) avait déjà reçu des informations sur les addictions au cours de leur vie (dans les établissements scolaires, par des professionnels de santé,...). La plupart des étudiants avait déjà eu des cours d'addictologie dans le cadre de leurs études en santé (90,4%) mais seulement un tiers (35,6%) avait déjà effectué un stage pratique dans un service traitant les addictions. Les données démographiques sont visibles dans le Tableau I.

Tableau I. Caractéristiques démographiques des étudiants avant le début du service sanitaire

AGE	Hommes (n = 27)	Femmes (n= 77)	Total (n = 104)	p value
médiane	21	21	21	
moyenne	22,6	20,7	21,2	0,003**
min	19	18	18	
max	37	35	37	
FILIÈRE				
Pharmacie	6 (22,2%)	11 (14,3%)	17 (16,3%)	
Maïeutique	0	13 (16,9%)	13 (12,5%)	0,038**
Infirmier	5 (18,5%)	22 (28,6%)	27 (26%)	
Médecine	16 (59,3%)	31 (40,2%)	47 (45,2%)	
INFORMATION				
Oui	16 (59,3%)	64 (83,1%)	80 (76,9%)	
Non	11 (40,7%)	13 (16,9%)	24 (23,1%)	0,017**
COURS				
Oui	23 (85,2%)	71 (92,2%)	94 (90,4%)	
Non	4 (14,8%)	6 (7,8%)	10 (9,6%)	0,281
STAGE				
Oui	14 (51,9%)	23 (29,9%)	37 (35,6%)	
Non	13 (48,1%)	54 (70,1%)	67 (64,4%)	0,061

1.1. L'alcool

L'âge moyen du premier verre était de 14,9 ans avec un minimum de 8 ans et un maximum de 28 ans. Concernant l'âge de la première ivresse, 10 étudiantes ont déclaré n'avoir jamais expérimenté cet état et ont donc été retirées des calculs, amenant l'âge moyen à 16,7 ans avec un minimum de 14 ans et un maximum de 28 ans. Les résultats des comportements liés à l'alcool sont visibles dans le Tableau II.

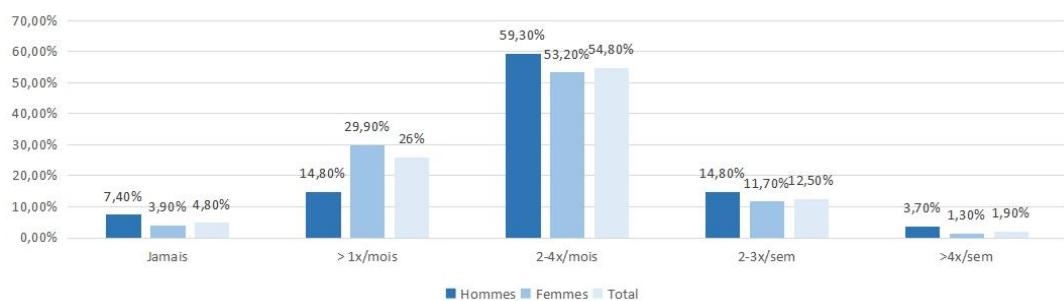
Tableau II. État des lieux des comportements liés à l'alcool

	Hommes (n = 27)	Femmes (n = 77)	Total (n = 104)	p value
moyenne	15,26	14,75	14,9	0,879
min	10	8	8	
max	28	18	28	
AGE 1er VERRE				
(n - jamais)	(n - 10)	(n - 0)	(n - 10)	0,623
moyenne	16,58	16,85	16,7	
min	14	14	14	
max	28	23	28	
AGE 1ere IVRESSE				
(n - jamais)	(n - 10)	(n - 0)	(n - 10)	0,623
moyenne	16,58	16,85	16,7	
min	14	14	14	
max	28	23	28	
FREQUENCE				
Jamais	2 (7,4%)	3 (3,9%)	5 (4,8%)	
> 1x/mois	4 (14,8%)	23 (29,9%)	27 (26%)	
2-4x/mois	16 (59,3%)	41 (53,2%)	57 (54,8%)	0,382
2-3x/sem	4 (14,8%)	9 (11,7%)	13 (12,5%)	
>4x/sem	1 (3,7%)	1 (1,3%)	2 (1,9%)	
VERRES				
1 ou 2	10 (37%)	44 (57,1%)	54 (51,9%)	
3 ou 4	8 (29,6%)	20 (26%)	28 (26,9%)	
5 ou 6	5 (18,5%)	7 (9,1%)	12 (11,5%)	
7 à 9	2 (7,4%)	3 (3,9%)	5 (4,8%)	0,193
> 10	1 (3,7%)	0	1 (0,9%)	
Jamais	1 (3,7%)	3 (3,9%)	4 (3,8%)	
BINGE				
Jamais	4 (14,8%)	21 (27,3%)	25 (24%)	
<1x/mois	10 (37,1%)	29 (37,7%)	39 (37,5%)	
1x/mois	9 (33,3%)	23 (29,9%)	32 (30,8%)	0,297
1x/sem	4 (14,8%)	4 (5,2%)	8 (7,7%)	
TLJ	0	0	0	
AUDIT				
0 à 7	14 (51,9%)	58 (75,3%)	72 (69,2%)	
8 à 12	8 (29,6%)	17 (22,1%)	25 (24%)	0,01**
> 12	5 (18,5%)	2 (2,6%)	7 (6,7%)	
Score moyen	7,56	5,12	5,75	0,035**
PAMS				
moyenne total	22,19	23,14	22,68	0,624
moy facteur 1	17,7	18,62	18,21	0,545
moy facteur 2	4,48	4,52	4,47	0,996
NAMS				
moyenne total	9,52	9,25	9,23	0,722
moy facteur 1	3,19	3,09	3,09	0,196
moy facteur 2	6,33	6,16	6,14	0,914
DESIR DE CHANGER				
Oui	0	3 (3,9%)	3 (2,9%)	0,566
Non	27 (100%)	74 (96,1%)	101 (97,1%)	

TLJ = Tous les jours ou presque

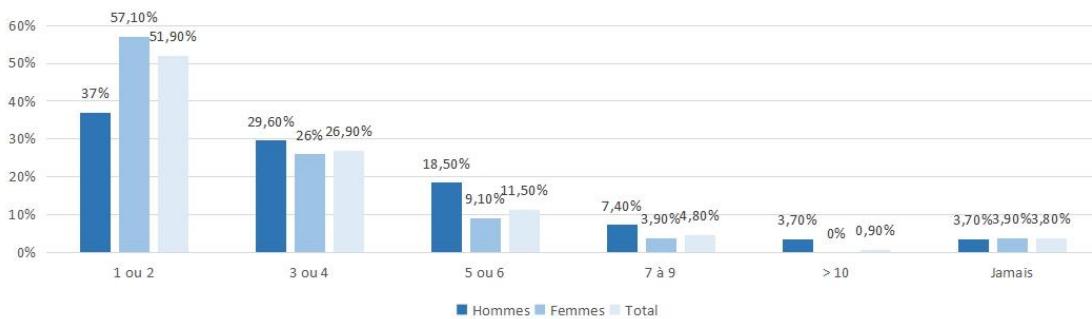
Seulement 5 étudiants ont rapporté ne jamais boire d'alcool. Plus de la moitié (54,8%) a déclaré consommer entre 2 et 4 fois par mois, un quart (26%) a déclaré consommer environ 1 fois par mois et un huitième (12,5%) a déclaré consommer 2 à 3 fois par semaine. Enfin, 2 étudiants ont déclarés consommer au moins 4 fois par semaine (Figure 1).

Figure 1. Répartition de la fréquence des consommations d'alcool



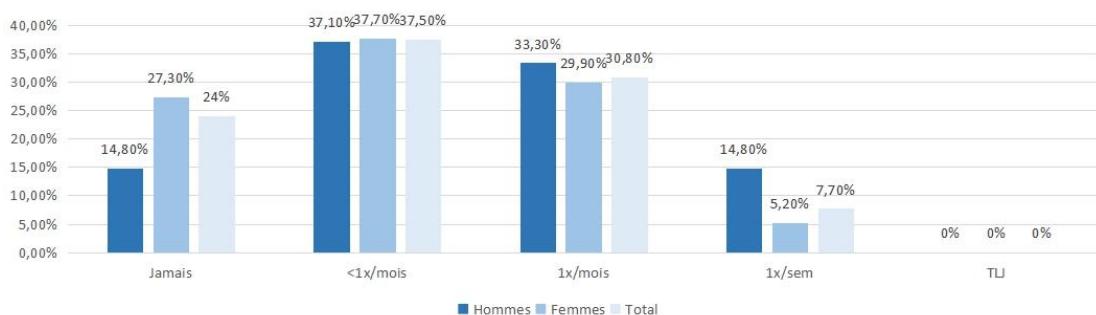
Concernant le nombre moyen de verres consommés au cours d'une occasion, la moitié (51,9%) a déclaré prendre 1 ou 2 verres. Un quart (26,9%) a déclaré prendre 3 ou 4 verres et un huitième (11,5%) a déclaré prendre 5 ou 6 verres. Cinq étudiants (4,8%) ont déclaré prendre 7 à 9 verres et 1 étudiant a déclaré prendre plus de 10 verres (Figure 2).

Figure 2. Répartition du nombre moyen de verres par occasion



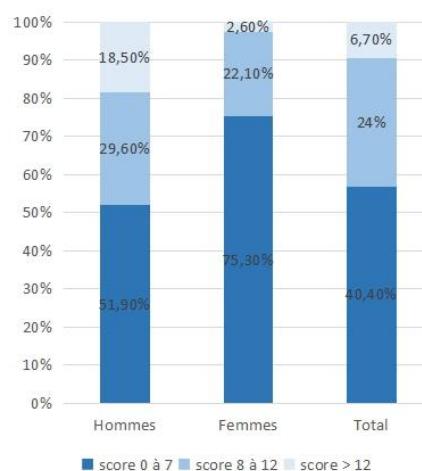
Un quart des étudiants (24%) décrivait ne jamais pratiquer le binge drinking (consommer au moins 6 verres lors d'une même occasion). Parmi les étudiants pratiquant le binge drinking, 37,5% rapporte une fréquence inférieure à 1 fois par mois, 30,8% rapporte une fréquence autour d'une fois par mois et 7,7% rapporte une fréquence autour d'une fois par semaine (Figure 3).

Figure 3. Répartition de la fréquence des binge drinking



L'AUDIT retrouve un score moyen à 5,75 avec une médiane à 5. D'après les seuils de l'étude, 40,4% des étudiants ne présentaient pas de consommation à risque. En revanche, 24 % présentait un score à risque et 6,7% présentait un risque fort de dépendance (Figure 4).

Figure 4. Répartition des scores AUDIT



Le questionnaire PAMS retrouvait un score moyen de 22,68 comprenant un score moyen de 18,21 pour les métacognitions positives sur l'auto-régulation émotionnelle et un score moyen de 4,47 pour les métacognitions positives sur l'auto-régulation cognitive. Le questionnaire NAMS retrouvait un score moyen de 9,23 comprenant un score moyen de 3,09 pour les métacognitions négatives sur la perte de contrôle et un score moyen de 6,14 pour les métacognitions négatives sur les dommages cognitifs.

Il est à noter, qu'aucun homme n'a exprimé vouloir changer ses habitudes de consommation d'alcool. Chez les femmes, seulement 3 étudiantes ont exprimé vouloir diminuer leur consommation d'alcool. Les raisons invoquées étaient le désir de limiter les effets de la «gueule de bois» et le fait de ne pas vouloir boire seule lors des périodes de restrictions sanitaires.

1.2. Les autres toxiques

Les résultats des consommations de toxiques sont visibles dans le Tableau III. Pour le tabac, 68,3% des étudiants était non-fumeur. Un huitième (12,5%) était des consommateurs quotidien. Le reste était des consommateurs occasionnels, 13,5% fumait une fois par mois, 2,9% fumait deux fois par mois et 2,9% fumait une fois par semaine. Pour le cannabis, 86,5% n'en consommait jamais et 13,5% était des consommateurs occasionnels entre une et deux fois par mois. Pour les calmants ou somnifères (utilisés hors ordonnance ou au-delà des posologies prescrites), 94,2% n'en consommait jamais. Quatre étudiants ont déclaré en consommer une fois par mois, 1 étudiante a déclaré en consommer deux fois par mois et 1 étudiant a déclaré en consommer tous les jours. Pour le protoxyde d'azote, 92,3% ont affirmé ne jamais en

utiliser et 7,7% ont affirmé en utiliser une fois par mois. Pour le poppers, 85,6% ont déclaré ne pas en utiliser et 14,4% ont déclaré en utiliser une à deux fois par mois.

Pour les autres substances addictives interrogées, la quasi totalité des étudiants n'en consommaient pas. A l'exception, de 2 étudiants déclarant prendre des opiacés environ deux fois par mois et 1 autre étudiant déclarant prendre des hallucinogènes environ une fois par mois.

Tableau III. État des lieux des consommations de toxiques

TABAC	Hommes (n = 27)	Femmes (n = 77)	Total (n = 104)	p value
Jamais	16 (59,3%)	55 (71,4%)	71 (68,3%)	
1x/mois	5 (18,5%)	9 (11,7%)	14 (13,5%)	
2x/mois	1 (3,7%)	2 (2,6%)	3 (2,9%)	0,497
1x/sem	0	3 (3,9%)	3 (2,9%)	
TU	5 (18,5%)	8 (10,4%)	13 (12,5%)	
CANNABIS				
Jamais	20 (74,1%)	70 (90,9%)	90 (86,5%)	
1x/mois	6 (22,2%)	7 (9,1%)	13 (12,5%)	
2x/mois	1 (3,7%)	0	1 (1%)	0,05
1x/sem	0	0	0	
TU	0	0	0	
COCAINE				
Jamais	27 (100%)	77 (100%)	104 (100%)	
1x/mois	0	0	0	
2x/mois	0	0	0	
1x/sem	0	0	0	
TU	0	0	0	
STIMULANTS				
Jamais	27 (100%)	77 (100%)	104 (100%)	
1x/mois	0	0	0	
2x/mois	0	0	0	
1x/sem	0	0	0	
TU	0	0	0	
SOLVANTS				
Jamais	27 (100%)	77 (100%)	104 (100%)	
1x/mois	0	0	0	
2x/mois	0	0	0	
1x/sem	0	0	0	
TU	0	0	0	
CALMANTS				
Jamais	24 (88,9%)	74 (96,1%)	98 (94,2%)	
1x/mois	2 (7,4%)	2 (2,6%)	4 (3,8%)	
2x/mois	0	1 (1,3%)	1 (1%)	0,2
1x/sem	0	0	0	
TU	1	0	1 (1%)	
HALLUCINOGENES				
Jamais	26 (96,3%)	77 (100%)	103 (99%)	
1x/mois	1 (3,7%)	0	1 (1%)	
2x/mois	0	0	0	0,26
1x/sem	0	0	0	
TU	0	0	0	
OPIACES				
Jamais	25 (92,6%)	77 (100%)	102 (98,1%)	
1x/mois	0	0	0	
2x/mois	2 (7,4%)	0	2 (1,9%)	0,066
1x/sem	0	0	0	
TU	0	0	0	
PROTOXYDE D'AZOTE				
Jamais	22 (81,5%)	74 (96,1%)	96 (92,3%)	
1x/mois	5 (18,5%)	3 (3,9%)	8 (7,7%)	
2x/mois	0	0	0	0,027**
1x/sem	0	0	0	
TU	0	0	0	
POPPERS				
Jamais	20 (74,1%)	69 (89,6%)	89 (85,6%)	
1x/mois	7 (25,9%)	5 (6,5%)	12 (11,5%)	
2x/mois	0	3 (3,9%)	3 (2,9%)	0,037**
1x/sem	0	0	0	
TU	0	0	0	

TU = Tous les jours ou presque

2. Influence du service sanitaire : groupes Témoin et Étude

Dans cette partie, le questionnaire 1 est comparé au questionnaire 2 pour le groupe Témoin puis pour le groupe Étude. Les caractéristiques démographiques des groupes sont présentées dans le Tableau IV.

Tableau IV. Caractéristiques démographiques des groupes Témoin et Étude

AGE	Groupe Témoin		Groupe Etude	
	Questionnaire 1 (n = 71)	Questionnaire 2 (n = 44)	Questionnaire 1 (n = 33)	Questionnaire 2 (n = 13)
Moyenne	20,97	21,68	21,7	22,15
GENRE				
F	48 (67,6%)	34 (77,3%)	29 (87,9%)	9 (69,2%)
M	23 (32,4%)	10 (22,7%)	4 (12,1%)	4 (30,8%)
FILIERE				
Pharmacie	14 (19,7%)	8 (18,2%)	3 (9,1%)	2 (15,4%)
Maïeutique	7 (9,9%)	9 (20,5%)	6 (18,2%)	3 (23,1%)
Infirmier	18 (25,4%)	9 (20,5%)	9 (27,3%)	1 (7,7%)
Médecine	32 (45,1%)	18 (40,9%)	15 (45,5%)	7 (53,8%)

2.1. Consommations d'alcool

Les résultats détaillés des consommations d'alcool du **groupe Témoin** sont visibles sur le Tableau V. Le Tableau VI reprend ces résultats en regroupant les données compatibles afin de permettre l'analyse statistique. La fréquence des consommations d'alcool, le nombre moyen de verres par occasion, la fréquence des binge-drinking et la répartition des scores AUDIT sont respectivement visibles dans les figures 5 à 8.

Tableau V. Consommations d'alcool du groupe Témoin

FREQUENCE	Q1 Témoin (n=71)	Q2 Témoin (n=44)
Jamais	3 (4,2%)	2 (4,5%)
> 1x/mois	19 (26,8%)	13 (29,6%)
2-4x/mois	37 (52,1%)	21 (47,7%)
2-3x/sem	10 (14,1%)	8 (18,2%)
>4x/sem	2 (2,8%)	0
VERRES		
1 ou 2	38 (53,5%)	26 (59,1%)
3 ou 4	16 (22,5%)	11 (25%)
5 ou 6	10 (14,1%)	4 (9,1%)
7 à 9	5 (7,1%)	1 (2,3%)
> 10	0	0
Jamais	2 (2,8%)	2 (4,5%)
BINGE		
Jamais	13 (18,3%)	14 (31,8%)
<1x/mois	27 (38%)	16 (36,4%)
1x/mois	24 (33,8%)	9 (20,4%)
1x/sem	7 (9,9%)	5 (11,4%)
TLJ	0	0
AUDIT		
0 à 7	45 (63,4%)	36 (81,8%)
8 à 12	20 (28,2%)	5 (11,4%)
> 12	6 (8,4%)	3 (6,8%)
Score moyen	6,2	5,3

TLJ = Tous les jours ou presque

Tableau VI. Évolution des consommations d'alcool du groupe Témoin

FREQUENCE	Q1 Témoin (n=71)	Q2 Témoin (n=44)	p value
Jamais	3 (4,2%)	2 (4,5%)	
1-4x/mois	56 (78,9%)	34 (77,3%)	1
> 2x/sem	12 (16,9%)	8 (18,2%)	
VERRES			
0 à 2	40 (56,3%)	28 (63,6%)	
3 à 6	26 (36,6%)	15 (34,1%)	0,554
> 7	5 (7,1%)	1 (2,3%)	
BINGE			
Jamais	13 (18,3%)	14 (31,8%)	
environ 1x/mois	51 (71,8%)	25 (56,8%)	0,194
1x/sem	7 (9,9%)	5 (11,4%)	
AUDIT			
0 à 7	45 (63,4%)	36 (81,8%)	
8 à 12	20 (28,2%)	5 (11,4%)	0,079
> 12	6 (8,4%)	3 (6,8%)	
Score moyen	6,2	5,3	0,118

Figure 5. Fréquence des consommations d'alcool du groupe témoin

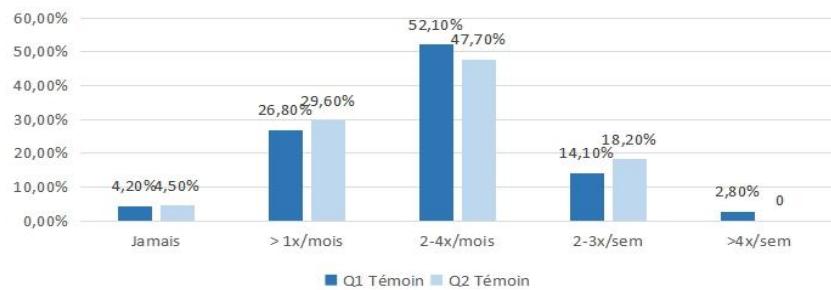


Figure 6. Nombre moyen de verres par occasion du groupe Témoin

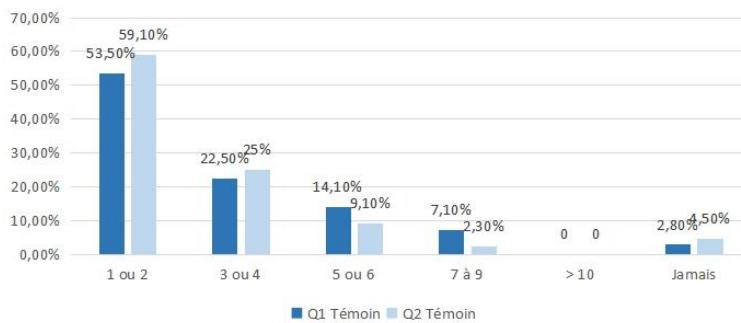


Figure 7. Fréquence des binge drinking du groupe Témoin

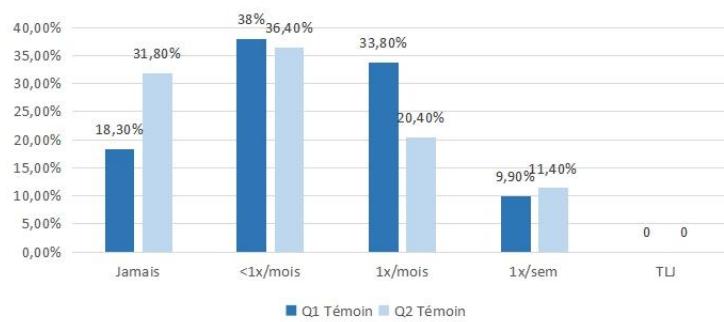


Figure 8. Répartition des scores AUDIT du groupe Témoin



Les résultats détaillés des consommations d'alcool du **groupe Étude** sont visibles sur le Tableau VII et l'analyse statistique est visible dans le Tableau VIII. La fréquence des consommations d'alcool, le nombre moyen de verres par occasion, la fréquence des binge-drinking et la répartition des scores AUDIT sont respectivement visibles sur les figures 9 à 12.

Tableau VII. Consommations d'alcool du groupe Étude

FREQUENCE	Q1 Etude (n= 33)	Q2 Etude (n= 13)
Jamais	2 (6,1%)	0
> 1x/mois	8 (24,2%)	0
2-4x/mois	20 (60,6%)	7 (53,8%)
2-3x/sem	3 (9,1%)	6 (46,2%)
>4x/sem	0	0
VERRES		
1 ou 2	16 (48,5%)	7 (53,8%)
3 ou 4	12 (36,4%)	4 (30,8%)
5 ou 6	2 (6,1%)	1 (7,7%)
7 à 9	0	1 (7,7%)
> 10	1 (3%)	0
Jamais	2 (6,1%)	0
BINGE		
Jamais	12 (36,4%)	1 (7,7%)
<1x/mois	12 (36,4%)	7 (53,8%)
1x/mois	8 (24,2%)	2 (15,4%)
1x/sem	1 (3%)	3 (23,1%)
TLJ	0	0
AUDIT		
0 à 7	27 (81,8%)	10 76,9%)
8 à 12	5 (15,2%)	1 (7,7%)
> 12	1 (3%)	2 (15,4%)
Score moyen	4,7	6,7

TLJ = Tous les jours ou presque

Tableau VIII. Évolution des consommations d'alcool du groupe Étude

FREQUENCE	Q1 Etude (n= 33)	Q2 Etude (n= 13)	p value
Jamais	2 (6,1%)	0	
1-4x/mois	28 (84,8%)	7 (53,8%)	0,015**
>2x/sem	3 (9,1%)	6 (46,2%)	
VERRES			
0 à 2	18 (54,5%)	7 (53,8%)	
3 à 6	14 (42,4%)	5 (38,5%)	0,748
> 7	1 (3%)	1 (7,7%)	
BINGE			
Jamais	12 (36,4%)	1 (7,7%)	
environ 1x/mois	20 (60,6%)	9 (69,2%)	0,023**
1x/sem	1 (3%)	3 (23,1%)	
AUDIT			
0 à 7	27 (81,8%)	10 76,9%)	
8 à 12	5 (15,2%)	1 (7,7%)	0,318
> 12	1 (3%)	2 (15,4%)	
Score moyen	4,7	6,7	0,279

Figure 9. Fréquence des consommations d'alcool du groupe Étude

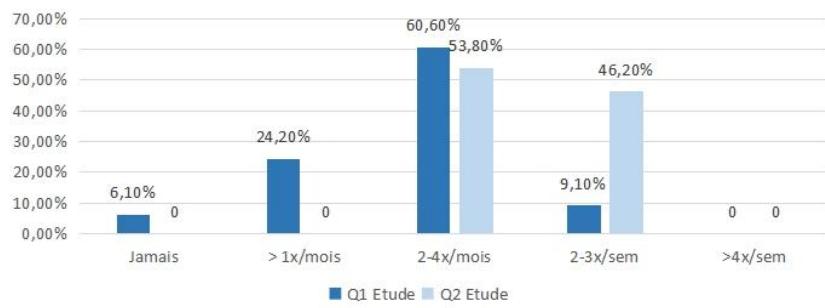


Figure 10. Nombre moyen de verres par occasion du groupe Étude

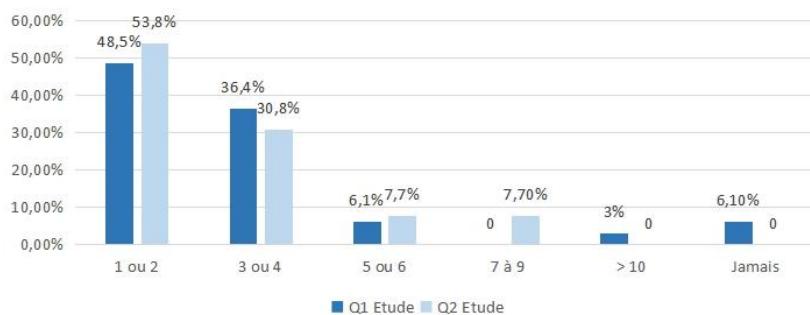


Figure 11. Fréquence des binge-drinking du groupe Étude

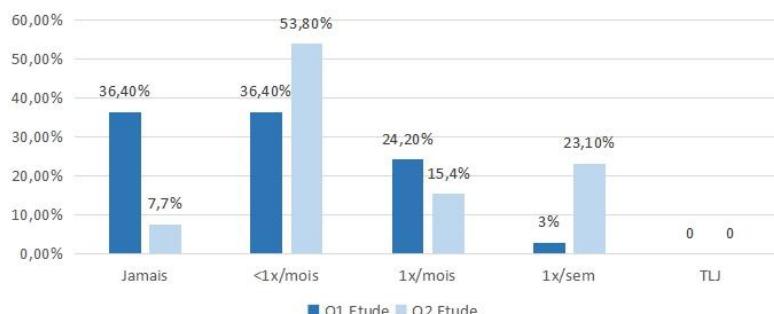
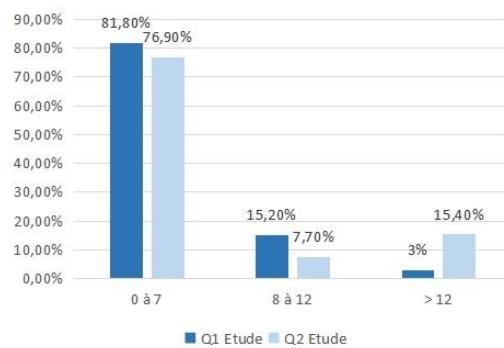


Figure 12. Répartition des scores AUDIT du groupe Étude



2.2. Croyances liées à l'alcool

Groupe Témoin

La moyenne du score PAMS est de 23,18 dans le questionnaire 1 et de 22,59 dans le questionnaire 2. Les moyennes du facteur 1 (métacognitions positives sur l'autorégulation émotionnelle) et du facteur 2 (métacognitions positives sur l'autorégulation cognitive) sont détaillées dans le Tableau IX. La moyenne du score NAMS est de 9,69 dans le questionnaire 1 et de 9,43 dans le questionnaire 2. Les moyennes du facteur 1 (métacognitions négatives sur la perte de contrôle) et du facteur 2 (métacognitions négatives sur les dommages cognitifs) sont détaillées dans le Tableau VII.

Tableau IX. Métacognitions sur l'alcool du groupe Témoin

PAMS	Q1 Témoin (n=71)	Q2 Témoin (n=44)	p value
moyenne total	23,18	22,59	0,538
moy facteur 1	18,72	17,91	0,443
moy facteur 2	4,46	4,68	0,273
NAMS			
moyenne total	9,69	9,43	0,554
moy facteur 1	3,15	3,16	0,983
moy facteur 2	6,54	6,27	0,538

Groupe Étude

La moyenne du score PAMS est de 22,27 dans le questionnaire 1 et de 22,14 dans le questionnaire 2. La moyenne du score NAMS est de 8,52 dans le questionnaire 1 et de 9,14 dans le questionnaire 2. Les moyennes des sous-scores sont détaillées dans le Tableau X.

Tableau X. Métacognitions sur l'alcool du groupe Étude

PAMS	Q1 Etude (n = 33)	Q2 Etude (n = 13)	p value
moyenne total	22,27	22,14	0,456
moy facteur 1	17,67	17,19	0,478
moy facteur 2	4,61	4,36	0,659
NAMS			
moyenne total	8,52	9,14	0,057
moy facteur 1	3,03	2,86	0,49
moy facteur 2	5,48	6,29	0,062

2.3. Consommations des autres toxiques

Le détail des consommations des groupes Témoin et Étude est visible sur le Tableau XI. L'analyse statistique du groupe Témoin est visible dans le Tableau XII et celle du groupe Étude dans le Tableau XIII. Seuls les toxiques les plus consommés sont représentés dans les histogrammes ci-dessous : le tabac en Figure 13, le cannabis en figure 14, le poppers en Figure 15 et le protoxyde d'azote en Figure 16. Les consommations de cocaïne, de stimulants, de solvants, de calmants, d'hallucinogènes et d'opiacés étant très faibles pour tous les groupes et quelque soit le questionnaire.

Tableau XI. Consommations de toxiques des groupes Témoin et Étude

TABAC	Q1 Témoin (n=71)	Q2 Témoin (n=44)	Q1 Etude (n=33)	Q2 Etude (n=13)
Jamais	49 (69%)	32 (72,7%)	22 (66,7%)	10 (76,9%)
1x/mois	9 (12,7%)	3 (6,8%)	5 (15,2%)	0
2x/mois	2 (2,8%)	1 (2,3%)	1 (3%)	0
1x/sem	1 (1,4%)	3 (6,8%)	2 (6,1%)	1 (7,7%)
TLJ	10 (14,1%)	5 (11,4%)	3 (9,1%)	2 (15,4%)
CANNABIS				
Jamais	61 (85,9%)	41 (93,2%)	29 (87,9%)	12 (92,3%)
1x/mois	9 (12,7%)	0	4 (12,1%)	1 (7,7%)
2x/mois	1 (1,4%)	3 (6,8%)	0	0
1x/sem	0	0	0	0
TLJ	0	0	0	0
COCAINE				
Jamais	71 (100%)	43 (97,7%)	33 (100%)	13 (100%)
1x/mois	0	1 (2,3%)	0	0
2x/mois	0	0	0	0
1x/sem	0	0	0	0
TLJ	0	0	0	0
STIMULANTS				
Jamais	71 (100%)	43 (97,7%)	33 (100%)	13 (100%)
1x/mois	0	0	0	0
2x/mois	0	1 (2,3%)	0	0
1x/sem	0	0	0	0
TLJ	0	0	0	0
SOLVANTS				
Jamais	71 (100%)	44 (100%)	33 (100%)	13 (100%)
1x/mois	0	0	0	0
2x/mois	0	0	0	0
1x/sem	0	0	0	0
TLJ	0	0	0	0
CALMANTS				
Jamais	68 (95,8%)	41 (93,2%)	30 (90,9%)	13 (100%)
1x/mois	2 (2,8%)	1 (2,3%)	2 (6,1%)	0
2x/mois	1 (1,4%)	0	0	0
1x/sem	0	2 (4,5%)	0	0
TLJ	0	0	1 (3%)	0
HALLUCINOGENES				
Jamais	70 (98,6%)	44 (100%)	33 (100%)	13 (100%)
1x/mois	1 (1,4%)	0	0	0
2x/mois	0	0	0	0
1x/sem	0	0	0	0
TLJ	0	0	0	0
OPIACES				
Jamais	71 (100%)	43 (97,7%)	31 (93,9%)	12 (92,3%)
1x/mois	0	0	0	0
2x/mois	0	1 (2,3%)	2 (6,1%)	0
1x/sem	0	0	0	1 (7,7%)
TLJ	0	0	0	0
PROTOXYDE D'AZÔTE				
Jamais	67 (94,4%)	42 (95,5%)	29 (87,9%)	13 (100%)
1x/mois	4 (5,6%)	2 (4,5%)	4 (12,1%)	0
2x/mois	0	0	0	0
1x/sem	0	0	0	0
TLJ	0	0	0	0
POPPERS				
Jamais	60 (84,5%)	37 (84,1%)	29 (87,9%)	12 (92,3%)
1x/mois	10 (14,1%)	7 (15,9%)	2 (6,1%)	1 (7,7%)
2x/mois	1 (1,4%)	0	2 (6,1%)	0
1x/sem	0	0	0	0
TLJ	0	0	0	0

TLJ = Tous les jours ou presque

Tableau XII. Évolution des consommations de toxiques du groupe Témoin

TABAC	Q1 Témoin (n=71)	Q2 Témoin (n=44)	p value
Jamais	49 (69%)	32 (72,7%)	
1-2x/mois	11 (15,5%)	4 (9,1%)	0,6
> 1x/sem	11 (15,5%)	8 (18,2%)	
CANNABIS			
Jamais	61 (85,9%)	41 (93,2%)	
1-2x/mois	10 (14,1%)	3 (6,8%)	0,364
> 1x/sem	0	0	
COCAINE			
Jamais	71 (100%)	43 (97,7%)	
1-2x/mois	0	1 (2,3%)	0,82
> 1x/sem	0	0	
STIMULANTS			
Jamais	71 (100%)	43 (97,7%)	
1-2x/mois	0	1 (2,3%)	0,382
> 1x/sem	0	0	
SOLVANTS			
Jamais	71 (100%)	44 (100%)	
1-2x/mois	0	0	1
> 1x/sem	0	0	
CALMANTS			
Jamais	68 (95,8%)	41 (93,2%)	
1-2x/mois	3 (4,2%)	1 (2,3%)	0,266
> 1x/sem	0	2 (4,5%)	
HALLUCINOGENES			
Jamais	70 (98,6%)	44 (100%)	
1-2x/mois	1 (1,4%)	0	1
> 1x/sem	0	0	
OPIACES			
Jamais	71 (100%)	43 (97,7%)	
1-2x/mois	0	1 (2,3%)	0,382
> 1x/sem	0	0	
PROTOXYDE D'AZOTE			
Jamais	67 (94,4%)	42 (95,5%)	
1-2x/mois	4 (5,6%)	2 (4,5%)	1
> 1x/sem	0	0	
POPPERS			
Jamais	60 (84,5%)	37 (84,1%)	
1-2x/mois	11 (15,5%)	7 (15,9%)	1
> 1x/sem	0	0	

Tableau XIII. Évolution des consommations de toxiques du groupe Étude

TABAC	Q1 Etude (n = 33)	Q2 Etude (n = 13)	p value
Jamais	22 (66,7%)	10 (76,9%)	
1-2x/mois	6 (18,2%)	0	0,279
> 1x/sem	5 (15,1%)	3 (23,1%)	
CANNABIS			
Jamais	29 (87,9%)	12 (92,3%)	
1-2x/mois	4 (12,1%)	1 (7,7%)	1
> 1x/sem	0	0	
COCAINE			
Jamais	33 (100%)	13 (100%)	
1-2x/mois	0	0	1
> 1x/sem	0	0	
STIMULANTS			
Jamais	33 (100%)	13 (100%)	
1-2x/mois	0	0	1
> 1x/sem	0	0	
SOLVANTS			
Jamais	33 (100%)	13 (100%)	
1-2x/mois	0	0	1
> 1x/sem	0	0	
CALMANTS			
Jamais	30 (90,9%)	13 (100%)	
1-2x/mois	2 (6,1%)	0	1
> 1x/sem	1 (3%)	0	
HALLUCINOGENES			
Jamais	33 (100%)	13 (100%)	
1-2x/mois	0	0	1
> 1x/sem	0	0	
OPIACES			
Jamais	31 (93,9%)	12 (92,3%)	
1-2x/mois	2 (6,1%)	0	0,339
> 1x/sem	0	1 (7,7%)	
PROTOXYDE D'AZOTE			
Jamais	29 (87,9%)	13 (100%)	
1-2x/mois	4 (12,1%)	0	0,313
> 1x/sem	0	0	
POPPERS			
Jamais	29 (87,9%)	12 (92,3%)	
1-2x/mois	4 (12,1%)	1 (7,7%)	1
> 1x/sem	0	0	

Figure 13. Fréquence de la consommation de tabac selon les groupes et les questionnaires

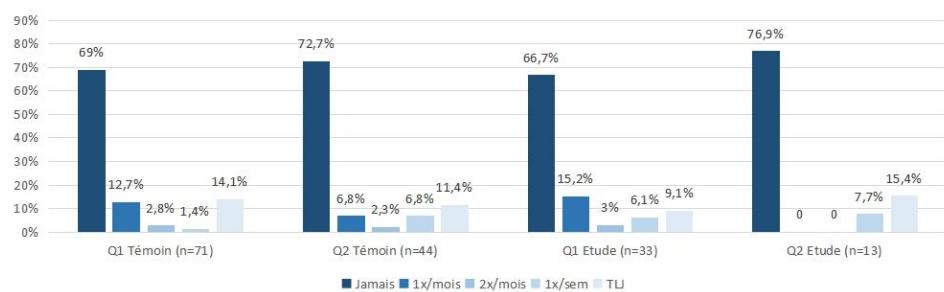


Figure 14. Fréquence de la consommation de cannabis selon les groupes et les questionnaires

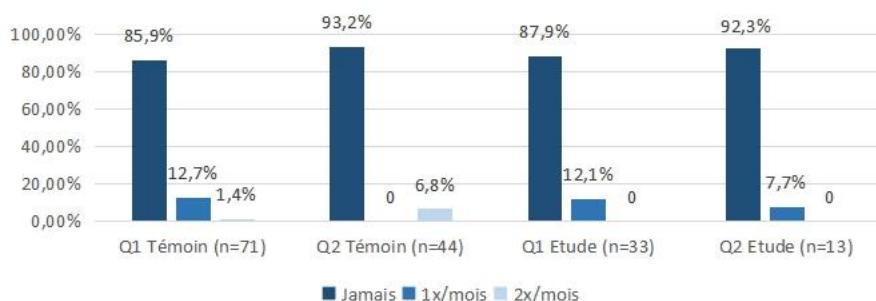


Figure 15. Fréquence de la consommation de poppers selon les groupes et les questionnaires

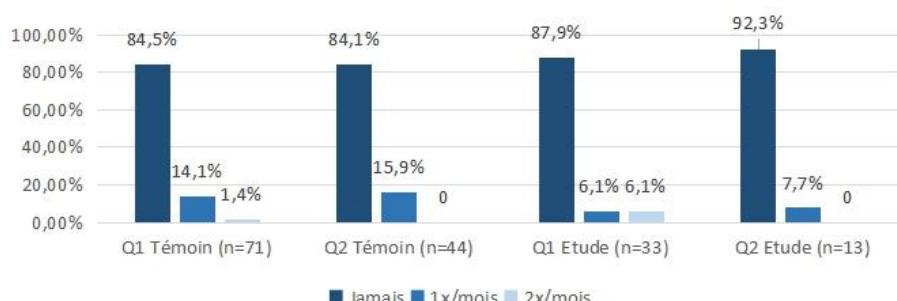
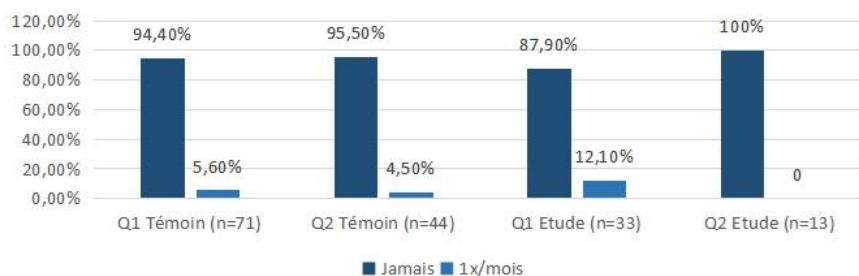


Figure 16. Fréquence de la consommation de protoxyde d'azote selon les groupes et les questionnaires



DISCUSSION

1. Analyse de l'état des lieux des consommations

L'étude montre que 95,2 % des étudiants consomme de l'alcool. Depuis 2019, les recommandations françaises préconisent de ne pas consommer plus de 10 verres par semaine et pas plus de 2 verres par jour. Ainsi, 44,2% des étudiants d'Angers dépassent régulièrement ces normes. De plus, 75,9% pratique le binge-drinking dont 7,7% au moins une fois par semaine. Ces résultats sont plus élevés que ceux de l'étude LMDE sur les étudiants français (8) et en accord avec les résultats des études sur les jeunes Ligériens (5, 6).

Selon l'AUDIT, 40,4% des étudiants ne présentent pas de consommation à risque et ne nécessitent donc pas d'intervention particulière. En revanche, 24 % présente un score à risque qui nécessiterait une intervention brève et 6,7% présente un risque fort de dépendance qui nécessiterait un avis spécialisé selon les recommandations de la société française d'addictologie (33).

Les sous scores de la PAMS et de la NAMS sont de manière rassurante inférieurs à ceux de l'étude de Clark sur des étudiants sélectionné pour leur profil de binge-drinker (30), sauf pour les métacognitions négatives sur les dommages cognitifs (moyenne de 6,14 versus 4,93). Ces métacognitions négatives sur les dommages cognitifs ont montré une association variable avec l'utilisation d'alcool étant positivement corrélées dans l'étude de Spada (34) et négativement corrélées dans l'étude de Gierski (31).

Les fumeurs quotidiens de tabac représentent 12,5% des étudiants et les fumeurs occasionnels 19,2% des étudiants, ce qui est similaire à l'enquête nationale LMDE montrant 15% de consommateurs quotidiens et 20% de consommateurs occasionnels (8). En revanche, il y a un peu plus de consommateurs mensuels de cannabis par rapport à l'échelle nationale LMDE (13,5% versus 8%). La consommation de poppers semble répandue (14,4%), allant dans le sens des enquêtes sur les jeunes français. Depuis 2014, ce produit est en deuxième place des produits illicites les plus consommés après le cannabis (35). Viennent ensuite les consommations de protoxyde d'azote (7,7%). Puis, les consommations de calmants, qui restent faibles (5,8%) reflétant les données nationales montrant que les consommations de médicaments psychotropes augmentent avec l'âge (36). Enfin, les consommations de cocaïne, de stimulants, de solvants, d'hallucinogènes et d'opiacés restent nulles ou anecdotiques ce qui diffère des résultats de l'enquête nationale IPSOS sur les 18-24 ans qui retrouve 3% de consommateurs hebdomadaires de cocaïne/ecstasy/MDMA/GHB (9).

Une comparaison des résultats selon le genre montre que la moyenne des scores AUDIT des hommes est significativement plus élevée que celle des femmes. Il y a en effet, de manière significative, plus d'hommes en zone très à risque de dépendance (score AUDIT > 12). Il existe peut-être un lien avec le fait que les femmes ont déclaré significativement plus que les hommes, avoir déjà reçu des informations sur les addictions avant leurs études de santé. De plus, cette comparaison retrouve également que les hommes consomment significativement plus de protoxyde d'azote et de poppers que les femmes. Il n'y avait pas de différence pour les autres toxiques, même si le cannabis était à la limite avec une valeur p à 0,05. Cette différence entre les genres concernant l'alcool correspond bien aux données de la littérature sur le sujet (37). Elle aurait même pu s'étendre à plus de toxiques comme le suggère des études

sur le cannabis (35) ou le tabac (38). A l'exception des calmants, qui de manière générale sont plus consommés par la population féminine (36).

Ces résultats confirment que dans le cadre d'une prévention sélective sur les addictions, les étudiants en santé d'Angers sont une cible privilégiée. En particulier la population masculine, plus susceptible de présenter des consommations problématiques d'alcool et potentiellement d'autres toxiques. Les substances à interroger en priorité sont l'alcool puis le tabac, le cannabis, le poppers et le protoxyde d'azote.

2. Analyse de l'influence du service sanitaire

2.1. Évolution du groupe Témoin

Après analyse statistique, il n'est pas retrouvé de différence significative entre le questionnaire 1 et le questionnaire 2 et ceci, pour tous les critères de jugement : fréquence des consommations d'alcool, nombre moyen de verres par occasion, fréquence du binge-drinking, score AUDIT, score PAMS/NAMS et fréquence des consommations de toxiques.

Il semble donc que les comportements addictifs des étudiants du groupe Témoin, n'ayant pas reçu de formation sur les addictions, soient restés stables. Ceci confirme le résultat attendu supposant que sans éducation spécifique, il n'y a pas de changement de comportement.

2.2. Évolution du groupe Étude

L'analyse statistique ne retrouve pas de différence entre les questionnaires 1 et 2 pour les scores AUDIT et le nombre moyen de verres par occasion. En revanche, il est retrouvé une différence de fréquence des consommations d'alcool ($p = 0,015$). Ceci est probablement un artefact dû au faible effectif (13 étudiants pour le questionnaire 2) et au défaut de chaînage entre les deux questionnaires (Cf limites de l'étude ci-dessous). Le même phénomène est observé pour la fréquence des binge-drinking ($p = 0,023$), ce qui pourrait indiquer que les étudiants pratiquaient le binge-drinking plus souvent à la fin du service sanitaire. Ces résultats concernant les consommations d'alcool ne confirment pas l'hypothèse de départ qui imaginait une baisse des consommations en réaction à l'éducation reçue sur les addictions.

Les croyances liées à l'alcool ne semblent pas avoir évolué au décours de la formation (aucune différence significative aux sous-scores de la PAMS ou de la NAMS). A nouveau, l'hypothèse de départ est infirmée. En revanche, l'hypothèse qu'il n'existerait pas de changement de consommation d'alcool sans changement des métacognitions liées à l'alcool reste plausible sans pouvoir être confirmée.

Les consommations de toxiques, toutes substances confondues, ne semblent pas avoir évoluées non plus. L'hypothèse de modification des consommations vers une baisse n'est pas confirmée.

2.3. Hypothèses explicatives

L'absence de changement dans les comportements liés à l'alcool et aux toxiques des étudiants du groupe Étude pourrait s'expliquer de plusieurs manières.

Tout d'abord, il faut explorer plus précisément la théorie de la dissonance cognitive. Festinger (21), en créant cette théorie, a également imaginé une équation permettant de mesurer ce taux de dissonance cognitive, qui se définit comme le rapport de l'ensemble des cognitions dissonantes (D) sur la somme de l'ensemble des cognitions dissonantes et des cognitions consonantes (D + C). Chaque cognition étant également pondérée par son importance (w).

$$\text{Taux de dissonance} = \Sigma D w / (\Sigma D w + \Sigma C w)$$

Plusieurs études ont montré par la suite que ce taux de dissonance revêtait une importance majeure dans l'obtention d'une persuasion suffisante pour amorcer un changement (39, 21). En résumé, une menace faiblement impliquante, ne génère pas suffisamment de dissonance pour éveiller une motivation permettant de modifier ses attitudes et/ou ses comportements. Il est prouvé que le seuil pouvant déclencher un inconfort suffisant est variable d'un individu à l'autre (40, 41, 42). Lorsque ce seuil est atteint l'individu pourrait réduire la dissonance cognitive ressentie en adoptant une rationalisation cognitive (changer ses croyances de départ vers des croyances plus consonantes avec les informations reçues)(43) ou une rationalisation en acte (changer son comportement de départ vers un comportement plus en accord avec les informations reçues)(44). Cependant, certains chercheurs ont également mis en avant qu'une dissonance trop forte peut générer une peur si inconfortable que le consommateur se met à développer des stratégies de défense (45, 46). Ce phénomène a beaucoup été étudié en psychologie. Voici les stratégies de défense les plus courantes, évoquées par Perloff (47) :

- Le renforcement. L'individu va alors contrebalancer les informations dissonantes reçues en augmentant le poids des informations consonantes et se focaliser sur la satisfaction ressentie à la pratique du comportement problématique.
- Le rejet. L'individu va renier les informations reçues, les minimiser, les juger trop fatalistes, faire appel au biais d'optimisme («ça n'arrive qu'aux autres») ou encore rester dans l'évitement des autres messages dissonants allant dans le même sens.
- La non implication consiste à se rassurer en se persuadant que l'on est capable d'arrêter notre comportement problématique à tout moment lorsque l'on en ressentira réellement l'envie ou la nécessité.
- La trivialisation (48) est le fait de dévaloriser le comportement problématique pour en diminuer son importance et ainsi contribuer à diminuer le taux de dissonance pour le rendre plus tolérable.
- L'effet boomerang peut être vu dans des cas extrêmes où le message de prévention est si déstabilisant qu'il agace le consommateur qui décide alors de renforcer son comportement problématique de base.

Il convient donc de trouver un juste taux de dissonance pour obtenir l'effet escompté, ce qui est bien représenté dans les études de Janis (45) et de Mc Guire (46) sur l'éveil de la peur, sous la forme d'une courbe en U inversé. Ainsi, les chances d'amorcer un changement augmentent à mesure que l'on se rapproche du seuil de tolérance du consommateur mais au-delà de ce seuil, la situation s'inverse et la personne rentre de plus en plus en résistance. Les modèles dits de la motivation à se protéger (49, 50) et de processus parallèles étendus (51) suggèrent qu'un message de prévention doit intégrer, à côté de la menace sévère et impliquante qui provoque une dissonance, des éléments relatifs à l'efficacité de la solution qui existe pour échapper au danger présenté.

Il est possible d'imaginer que le service sanitaire d'addictologie n'a pas su éveiller suffisamment de dissonance chez les étudiants qui ne se sont pas senti directement concerné par le message de prévention imaginé pour le public mineur. Ou alors, il est possible que pour certains étudiants, le fait de délivrer un message de prévention à des adolescents alors qu'ils n'appliquaient pas ces recommandations pour eux-mêmes a créé une telle dissonance qu'ils ont développé des stratégies de défense. Enfin, il est possible que pour certains étudiants, le juste taux de dissonance ait été atteint mais que l'absence de solution simple et efficace à disposition pour lutter contre le comportement problème ait freiné leur processus de changement.

Un autre élément important des campagnes de prévention contre les toxiques auprès des jeunes est le type d'intervention. Il existe des programmes variés mais qui n'auraient pas tous la même efficacité sur ce public. Plusieurs études américaines ont été menées sur des étudiants mandatés par leur faculté pour suivre des interventions brèves sur l'alcool dans les suites d'une infraction liée à l'alcool dans l'enceinte de leur campus universitaire. La méta-analyse de Carey (52) sur cette littérature retrouve que ces interventions brèves sont globalement efficaces à court terme sur la diminution de la fréquence et/ou de la quantité d'alcool consommée. Néanmoins les effets s'estomperaient avec le temps et il ne serait pas retrouvé de changement à un an de l'intervention. Par ailleurs, cette méta-analyse met en avant qu'un type d'intervention est inefficace, voir contre-productif, il s'agit des éducations simples et explicites sur l'alcool. A contrario, les interventions comprenant une approche plus personnalisée avec des défis à relever montraient de bons résultats dans la réduction des consommations d'alcool. On peut citer l'établissement d'objectif (Goal setting) qui est une stratégie d'autogestion connues pour faciliter le changement de comportement (53,

54). Le feedback personnalisé a quant à lui montré qu'il pouvait sensibiliser les élèves qui ne se rendaient pas compte qu'ils accumulaient des problèmes liés à l'alcool. La prise de conscience est capitale dans un processus de changement comportemental comme le décrit le modèle transthéorique de Prochaska et Diclemente (55). Les interventions basée sur la mise en place de challenges (expectancy challenge) ont également montré une bonne efficacité dans la réduction des consommations d'alcool à court terme (56, 57).

Il se pourrait donc que dans le cadre de notre étude, les étudiants n'aient pas eu l'occasion de se pencher suffisamment sur leurs consommations personnelles puisqu'ils étaient concentrés sur un apprentissage plus théorique avec l'idée d'être capable de retransmettre ce savoir. Il a bien été montré plus tôt que l'éducation seule ne suffisait pas et qu'il fallait ensuite intégrer de l'autoanalyse et des challenges pour opérer un changement, ce qui n'est pas l'objectif du service sanitaire. En ce sens, les résultats de notre travail semblent donc cohérents.

Concernant la technique de feedback, consistant à analyser les conséquences de ces comportements : les questionnaires de notre étude contenaient une rubrique interrogeant sur les conséquences négatives liées à l'alcool (conduite en état d'ivresse, relation sexuelle non protégées, blessures, conflits interpersonnels, manquement de cours ou de stage...etc...). Cette rubrique n'a pas été utilisée dans les résultats car les étudiants ont en très grande majorité répondu qu'ils n'expérimentaient pas ce type de déconvenues. Ceci pourrait expliquer le peu de motivation au changement des étudiants de notre étude. Par ailleurs, le questionnaire 2 interrogeait explicitement les étudiants sur l'influence perçue du service sanitaire d'addictologie sur eux. Dans le groupe Étude, seulement 1 étudiant sur 13 a évoqué une influence qu'il attribue

principalement au fait d'être devenu agent de prévention dans les établissements scolaires. Cependant, il signale plutôt une prise de conscience de certains de ses comportements plutôt qu'une modification de ceux-ci.

3. Limites de l'étude

Le fait que les questionnaires 1 et 2 ne soient pas chaînés est l'une des limites majeures de ce travail. L'anonymisation des questionnaires sur Google forms n'a pas permis d'identifier les étudiants et donc de comparer les réponses entre les deux questionnaires pour chaque étudiant. Cette information manquante a erroné les analyses statistiques en sous estimant probablement la valeur p. Un système permettant de tracer chaque étudiant sans lever leur anonymat devrait être appliqué à l'avenir, si une étude similaire se mettait en place.

Les faibles effectifs sont une autre limite importante, faisant diminuer la puissance de ce travail. Le groupe Étude en particulier comprend peu d'étudiants. La population d'étude de départ est initialement assez faible puisqu'elle ne concerne que les étudiants engagés sur la thématique des addictions. Cette population d'étude aurait donc pu recevoir les questionnaires de manière plus personnalisée que via un e-mail. Il est possible d'imaginer que la distribution d'un questionnaire papier pendant leur formation puis pendant leur retour d'expérience aurait permis d'obtenir un meilleur taux de participation. Mais cela soulève toujours la question de maintenir le chaînage tout en gardant l'anonymat.

Les restrictions sanitaires liées au Sars-Cov-2 ont perturbé le déroulement de l'étude en obligeant le retrait de la troisième période du service sanitaire et en modifiant les modalités d'apprentissage. En effet, certaines sessions se sont faites en

visioconférence avec une formation aux ateliers pédagogiques via une vidéo didactique. Par ailleurs, les restrictions sanitaires ont aussi probablement changé les habitudes de consommation des étudiants. Effectivement, l'accès aux lieux de consommations habituels s'est vu limité voir interdit (bars, restaurants, boîtes de nuit, festivals....). Le couvre-feu et les jauge lors des réunions ont également pu limiter les temps conviviaux propices à la consommation et au partage de substances addictives. Les restrictions sanitaires, ayant variées au cours de l'année écoulée, ont pu influencer différemment les 4 périodes du service sanitaire. Ainsi, les résultats épidémiologiques obtenus dans cette étude sont difficilement comparables avec les statistiques retrouvées dans des études antérieures à 2020. Cela pourrait possiblement expliquer les consommations assez faibles de toxiques autres que l'alcool.

Les questionnaires PAMS et NAMS sont des outils concis et facile d'utilisation. Cependant, ils ne sont pas utilisés fréquemment dans les études et il n'existe pas à notre connaissance de classification permettant d'identifier des seuils de risque plus ou moins important. L'utilisation de ces questionnaires dans de nouvelles études permettrait d'en renforcer la pertinence.

CONCLUSION

Cette étude a permis de confirmer les hypothèses identifiant les étudiants en santé d'Angers comme une population à risque de mésusage d'alcool et d'autres toxiques. De plus, nous avons montré que la formation intensive sur les addictions et le statut d'agent de prévention, composant le service sanitaire d'addictologie, n'a pas eu d'effet sur les consommations de toxiques ou les croyances liées à l'alcool. Ce résultat serait tout de même à confirmer à plus grande échelle en supprimant la limite de l'absence de chaînage.

Il convient donc de cibler cette population étudiante, en particulier les hommes, dans un autre cadre afin de faire naître chez eux une prise de conscience de leurs consommations potentiellement problématiques et par la suite, engendrer une motivation suffisante pour modifier leur comportement. Les étudiants en santé partent avec l'avantage éducatif sur le sujet, il faudrait donc parvenir à intégrer un suivi plus personnalisé impliquant des objectifs. Cet accompagnement pourrait s'effectuer pendant les visites médicales de routines en médecine générale, en médecine du travail ou universitaire (SUMPPS) et être relayé par la suite, selon les besoins, vers des consultations jeunes consommateurs dans les CSAPA. Les interventions sur internet ou applications mobile pourraient également être des solutions intéressantes pour toucher un maximum d'étudiants de manière économique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Besson D. Boissons alcoolisées: 40 ans de baisse de consommation. Insee Première. 2004;(966):14.
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/309/1/ip966.pdf>
2. OCDE (2021), Consommation d'alcool (indicateur). doi: 10.1787/76d00e13-fr
3. Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):89-97.
4. Inserm. (2003). Alcool : dommages sociaux : abus et dépendance. Expertise collective. Les éditions Inserm. 550 p.
5. Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, et al. Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(10-11):180-7.
6. Philippon A, Le Nézet O, Janssen E, Cogordan C, Andler R, Richard JB, et al. Consommation et approvisionnement en alcool à 17 ans en France : résultats de l'enquête ESCAPAD 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):109-15.
7. Voigt, K., Twork, S., Mittag, D., Göbel, A., Voigt, R., Klewer, J., . . . Bergmann, A. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). BMC Health Services Research, 2009, 9, Article 219
8. LMDE. La santé des étudiants en France. 5ème enquête nationale. 2018. [Internet]
<https://www.lmde.fr/documents/20184/0/ENSE---LMDE.pdf/e1ffb87a-6af7-4807-9148-79e1f7725720>

9. Enquête IPSOS. Les addictions chez les jeunes (14-24 ans). 2018. <https://www.fage.org/ressources/documents/3/5753-Consommations-chez-les-15-24-ans.pdf>
10. Tosevski, D.; Milovancevic, M.; Gajic, S. Personality and psychopathology of university students. *Curr. Opin. Psychiatry* 2010, 23, 48-52
11. Gignon, M., Havey, E., Ammirati, C., Traullé, S., and Manaouil, C. Alcohol, cigarette and illegal substance consumption among medical students: a cross-selectional survey. *Workplace Health Saf*, 2015, vol 63: p 54-63
12. Oliver W, McGuffey G, Westrick SC, Jungnickel PW, Correia CJ. Alcohol Use Behaviors Among Pharmacy Students. *Am J Pharm Educ*. 2014 Mar 12;78(2):30
13. English C, Rey JA, Schlesselman LS. Prevalence of hazardous alcohol use among pharmacy students at nine US schools of pharmacy. *Pharm Pract*. 2011;9(3):162-168
14. Watson H, Whyte R, Schartau E, Jamieson E. Survey of student nurses and midwives: smoking and alcohol use. 2016. *Br J Nurs*, 15(22), 1212-1216.
15. ONDE, La vie d'étudiant confiné, 2020, <http://www.oe-national.education.fr/wp-content/uploads/2020/10/La-vie-detudiant-confine-Sante.pdf>
16. Menec S. État des lieux de la consommation d'alcool chez les étudiants à l'Université de La Réunion en 2019-2020. Thèse d'exercice. 2020. Université de Bordeaux.
17. Santé Publique France. Covid-19: une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant le confinement. 2020. [Internet] www.etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquête-pour-suivre-l'évolution-descomportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-le-confinement

18. Georgie J M, Sean H, Deborah M C, Matthew H, Rona C. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2016 Mar;111(3):391-407.
19. Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addict Behav*, 2002, vol 27: p 1009-1023.
20. Beard, E., West, R., Lorencatto, F., Gardner, B., Michie, S., Owens, L., and Shahab, L. What do cost-effective health behaviour-change interventions contain ? A comparison of six domains. *PLoS ONE*, vol 14, e0213983
21. Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Palo AHO, CA: Stanford University Press
22. Green, M., Scott, N., Diyankova, I., Gasser, C., & Pederson, E. Eating disorder prevention: An experimental comparison of high level dissonance, low level dissonance, and no-treatment control. *Eating Disorders*, 2005, vol 13: p157–170.
23. Stice, E., H. Shaw, C. Becker, and P. Rohde. Dissonance-based interventions for the prevention of eating disorders: Using persuasion principles to promote health. *Prevention Science*, 2008, 9: 114–28.
24. Simmons, V. N., M. S. Webb, and T. H. Brandon. College-student smoking: An initial test of an experiential dissonance-enhancing intervention. *Addictive Behaviors*, 2004, 29(6): 1129–36.
25. Golonka M.M., Pairs K.F., Malone P.S., Grimes C.L., Costanzo P.R. Natural Peer Leaders as Substance Use Prevention Agents: the Teens' Life Choice Project. *Prev Sci*, 2017, vol 18: p 555-566.
26. Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906–911.
27. Spada, M.M., Wells, A., 2008. Metacognitive beliefs about alcohol use: development and validation of two self-report scales. *Addict. Behav.* 33, 515–527

28. Spada, M.M., Wells, A., 2010. Metacognitions across the continuum of drinking behaviour. *Pers. Individ. Dif.* 49, 425–429.
29. Spada, M.M., Moneta, G.B., Wells, A., 2007. The relative contribution of metacognitive beliefs and expectancies to drinking behaviour. *Alcohol Alcohol.* 42, 567–574.
30. Clark, A., Tran, C., Weiss, A., Caselli, G., Nikcević, A.V., Spada, M.M., 2012. Personality and alcohol metacognitions as predictors of weekly levels of alcohol use in binge drinking university students. *Addict. Behav.* 37, 537–540.
31. Gierski F, Spada M.M, Fois E, Picarda A, Naassila M, Van der Linden M. Positive and negative metacognitions about alcohol use among university students: Psychometric properties of the PAMS and NAMS French versions. *Drug and Alcohol Dependence*, 2015, 153 : 78-85.
32. Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., Daeppen, J.B., 2005. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 29, 2001-2007
33. Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. <http://www.sfalcoologie.asso.fr/download/RBP2014-SFA-Mesusage-AA.pdf>
34. Spada, M.M., Caselli, G., Wells, A., 2013. A triphasic metacognitive formulation of problem drinking. *Clin. Psychol. Psychother.* 20, 494–500
35. Spilka S., Richard J.-B., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Andler R., Cogordan C. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. *Tendances, OFDT*, 2018, n° 128, 6 p.

36. Cadet-Taïrou A., Brisacier A.-C., Médicaments psychotropes non opioïdes, dans OFDT (Dir.), *Drogues et addictions, données essentielles*.Paris, OFDT, 2019, p. 147-150.
37. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Nov 1;156:1-13.
38. Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Richard J.-B., Arwidson P., Nguyen-Thanh V., Groupe Baromètre santé La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *BEH - Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2018, n° 14-15, p. 265-273.
39. Best J.A. et Steffy R.A. (1971): «Smoking modification procédures tailored to subject characteristics », *Behavior Therapy*, vol. 2 n°2, april, pp. 177-191.
40. Kiesler C.A. (1971), *The psychology of commitment*, New-York, Academic Press, 160 p
41. Aronson E. (1973), *The rationalizing animal*, *Psychology Today*, Mai, 46-51
42. Sweeney J.C., Hausknecht D. et Soutar G.N. (2000), Cognitive dissonance after purchase : a multidimensional scale, *Psychology and Marketing*, 17, 5, 369-395.
43. Martinie M.E. et Joule R.V. (2004), Changement d'attitude et fausse attribution : effet de centration sur le comportement de soumission, *L'année psychologique*, 104, 3, 517-535.
44. Beauvois J.L., Joule R.V. et Brunetti F. (1993), Cognitive rationalization and act rationalization in an escalation of commitment, *Basic and Applied Social Psychology*, 14, 1- 17.
45. Janis I.L. (1967) : « Effects of Fear Arousal on Attitude: Récent Developments in Theory and Research », *Advances in Expérimental Psychology*, vol. 4, pp. 166-224.

46. McGuire E.W.J. (1968): « Personality and Susceptibility to Social Influence », in *Handbook of Personality Theory and Research*, E. Borgatta and W. Lambert, 1968, eds. Chicago, Rand McNally.
47. Perloff R.M. (1993) : *The dynamics of persuasion*, Hillsdale, NJ: Erlbaum .
48. Simon L., Greenberg J. et Brehm J. (1995), Trivialization : the forgotten mode of dissonance reduction, *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 2, 247-260.
49. Rogers R.W. (1983) : « Cognitive and Physiological Processes in Fear Appeal and Attitude Change : A Revisited Theory of Protection Motivation », dans *Social Psychophysiology*, J. Cacioppo and R. Petty, eds. New York : Guilford Press, pp.153-176.
50. Sturges J.W. et Rogers R.W. (1996) : « Préventive Health Psychology from a Developmental Perspective : An Extension of Protection Motivation Theory », *Health Psychology*, vol. 15, pp. 158-166.
51. Witte K. (1998) : « Fear as Motivator, Fear as Inhibitor : Using the Extended Parallel Process Model to Explain Fear Appeal Successes and Failures », dans *Handbook of Communication and Emotion : Research, Theory, Applications and contexts*, Académie Press, pp. 423-450.
52. Carey KB, Scott-Sheldon LA, Garey L, Elliott JC, Carey MP. Alcohol interventions for mandated college students: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(7):619-632. doi:10.1037/a0040275
53. Hester RK. Behavioral self-control training. In: Hester RK, Miller WR, editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. 2nd. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1995. pp. 148-159.
54. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*. 2002;57(9):705-717.

55. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992;47(9):1102–1114.
56. bbe AK, Maisto SA. Alcohol expectancy challenges for college students: a narrative review. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(4):673–683.
57. Scott-Sheldon LAJ, Carey KB, Elliott JC, Garey L, Carey MP. Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82:177–188.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Répartition de la fréquence des consommations d'alcool.....	22
Figure 2. Répartition du nombre moyen de verres par occasion.....	22
Figure 3. Répartition de la fréquence des binge drinking.....	23
Figure 4. Répartition des scores AUDIT.....	23
Figure 5. Fréquence des consommations d'alcool du groupe témoin.....	28
Figure 6. Nombre moyen de verres par occasion du groupe Témoin.....	28
Figure 7. Fréquence des binge drinking du groupe Témoin.....	28
Figure 8. Répartition des scores AUDIT du groupe Témoin.....	28
Figure 9. Fréquence des consommations d'alcool du groupe Étude.....	30
Figure 10. Nombre moyen de verres par occasion du groupe Étude.....	30
Figure 11. Fréquence des binge-drinking du groupe Étude.....	30
Figure 12. Répartition des scores AUDIT du groupe Étude.....	30
Figure 13. Fréquence de la consommation de tabac selon les groupes et les questionnaires.....	35
Figure 14. Fréquence de la consommation de cannabis selon les groupes et les questionnaires.....	35
Figure 15. Fréquence de la consommation de poppers selon les groupes et les questionnaires.....	35
Figure 16. Fréquence de la consommation de protoxyde d'azote selon les groupes et les questionnaires.....	35

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES ÉTUDIANTS AVANT LE DÉBUT DU SERVICE SANITAIRE.....	20
TABLEAU II. ÉTAT DES LIEUX DES COMPORTEMENTS LIÉS À L'ALCOOL.....	21
TABLEAU III. ÉTAT DES LIEUX DES CONSOMMATIONS DE TOXIQUES.....	25
TABLEAU IV. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES GROUPES TÉMOIN ET ÉTUDE.....	26
TABLEAU V. CONSOMMATIONS D'ALCOOL DU GROUPE TÉMOIN.....	27
TABLEAU VI. ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL DU GROUPE TÉMOIN.....	27
TABLEAU VII. CONSOMMATIONS D'ALCOOL DU GROUPE ÉTUDE.....	29
TABLEAU VIII. ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS D'ALCOOL DU GROUPE ÉTUDE.....	29
TABLEAU IX. MÉTACOGNITIONS SUR L'ALCOOL DU GROUPE TÉMOIN.....	31
TABLEAU X. MÉTACOGNITIONS SUR L'ALCOOL DU GROUPE ÉTUDE.....	31
TABLEAU XI. CONSOMMATIONS DE TOXIQUES DES GROUPES TÉMOIN ET ÉTUDE.....	33
TABLEAU XII. ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE TOXIQUES DU GROUPE TÉMOIN.....	34
TABLEAU XIII. ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE TOXIQUES DU GROUPE ÉTUDE.....	34

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ.....	7
INTRODUCTION.....	9
1. Le Service Sanitaire.....	9
2. Épidémiologie des consommations d'alcool.....	10
2.1. Généralités.....	10
2.2. Dans les Pays de la Loire.....	10
2.3. Chez les étudiants.....	11
2.4. Influence du confinement.....	13
3. Dissonance cognitive et métacognitions sur l'alcool.....	14
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	16
1. Population.....	16
2. Procédure.....	16
3. Critère de jugement principal.....	17
4. Critères de jugement secondaires.....	18
4.1. Croyances liées à l'alcool.....	18
4.2. Consommations de toxiques autre que l'alcool.....	19
5. Analyse des résultats.....	19
RÉSULTATS.....	20
1. État des lieux des consommations de toxiques des étudiants.....	20
1.1. L'alcool.....	21
1.2. Les autres toxiques.....	24
2. Influence du service sanitaire : groupes Témoin et Étude.....	26
2.1. Consommations d'alcool.....	26
2.2. Croyances liées à l'alcool.....	31
2.3. Consommations des autres toxiques.....	32
DISCUSSION.....	36
1. Analyse de l'état des lieux des consommations.....	36
2. Analyse de l'influence du service sanitaire.....	38
2.1. Évolution du groupe Témoin.....	38
2.2. Évolution du groupe Étude.....	39
2.3. Hypothèses explicatives.....	39
3. Limites de l'étude.....	44
CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAPHIE.....	47
LISTE DES FIGURES.....	54
LISTE DES TABLEAUX.....	55
ANNEXES.....	57

ANNEXES

Annexe 1.

Questionnaire AUDIT

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 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 avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 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'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
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'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

Annexe 2.

Positive Alcohol Metacognitions Scale (PAMS)

	<i>Do not agree</i>	<i>Agree slightly</i>	<i>Agree moderately</i>	<i>Agree very much</i>
1. Drinking makes me more affectionate Boire me rend plus affectueux(se)	1	2	3	4
2. Drinking makes me more confident Boire me rend plus confiant(e)	1	2	3	4
3. Drinking makes me think more clearly Boire me fait penser plus clairement	1	2	3	4
4. Drinking makes me feel more relaxed Boire me fait me sentir plus détendu(e)	1	2	3	4
5. Drinking helps me to control my thoughts Boire m'aide à contrôler mes pensées	1	2	3	4
6. Drinking makes my negative thoughts more bearable Boire rend mes idées noires plus supportables	1	2	3	4
6. Drinking reduces my anxious feelings Boire réduit mon anxiété	1	2	3	4
7. Drinking makes me more sociable Boire me rend plus sociable	1	2	3	4
8. Drinking reduces my self-consciousness Boire me rend moins gêné(e)	1	2	3	4
9. Drinking makes me feel happy Boire me fait sentir heureux(e)	1	2	3	4
10. Drinking helps me focus my mind Boire m'aide à me concentrer	1	2	3	4
11. Drinking helps me fit in socially Boire m'aide à m'intégrer socialement	1	2	3	4

Annexe 3.

Negative Alcohol Metacognitions Scale (NAMS)

	<i>Do not agree</i>	<i>Agree slightly</i>	<i>Agree moderately</i>	<i>Agree very much</i>
1. I have no control over my drinking Je n' ai aucun contrôle sur ma consommation d' alcool	1	2	3	4
2. If I cannot control my drinking I will cease to function Si je n' arrive pas à contrôler ma consommation d' alcool, je vais en mourir	1	2	3	4
2. Drinking will damage my mind Boire endommagera mon cerveau	1	2	3	4
4. My drinking persists no matter how I try to control it Ma consommation d' alcool persiste, quel que soit l' effort que je fais pour la contrôler	1	2	3	4
5. Drinking will make me lose control Boire me fera perdre le contrôle	1	2	3	4
6. Drinking controls my life Le fait de boire contrôle ma vie	1	2	3	4

RÉSUMÉ

Introduction : La consommation d'alcool et de toxiques est un problème majeur de santé publique, notamment chez les jeunes. C'est pourquoi, en France, le gouvernement a créé le service sanitaire, assuré par les étudiants en santé français, pour promouvoir les comportements favorables à la santé dont la lutte contre les addictions.

Sujet et Méthode : Cette étude vise à observer l'influence du service sanitaire d'addictologie sur les étudiants en santé d'Angers engagés sur cette thématique. Pour cela un questionnaire (Q1) a été envoyé avant le début du service sanitaire et un questionnaire (Q2) a été envoyé 6 semaines après. Le groupe d'étude (n Q1 = 33 et n Q2 = 13) ayant reçu une formation sur les addictions a été comparé à un groupe témoin (n Q1 = 71 et n Q2 = 44). Les critères d'évaluation étaient : fréquence des consommations d'alcool, fréquence des binge-drinking, nombre moyen de verres par occasion, score AUDIT, score PAMS/NAMS, fréquence des consommations des autres toxiques.

Résultats : Dans le groupe Témoin, il n'est retrouvé aucune différence significative entre les deux questionnaires et ceci quelque soit le critère d'évaluation. Dans le groupe Étude, il n'existe aucune différence significative entre les deux questionnaires pour les consommations de toxiques, les croyances liées à l'alcool, le nombre moyen de verres par occasion et le score AUDIT. En revanche, il est retrouvé une hausse significative de la fréquence des consommations d'alcool ($p = 0,015$) et de la fréquence des binge-drinking ($p = 0,023$). Cependant, ceci est probablement un artefact dû au faible effectif et au défaut de chaînage entre les deux questionnaires.

Conclusion : L'hypothèse de départ est infirmée puisque les étudiants du groupe Étude n'ont pas modifié leurs comportements ou leurs croyances. Cependant l'hypothèse stipulant que sans éducation spécifique il n'y aurait pas de changement reste valable puisque le groupe Témoin n'a montré aucune évolution. Néanmoins les faibles effectifs ne permettent pas de conclure avec certitude et une reproduction de cette étude à plus grande échelle donnerait des résultats plus pertinents.

Mots-clés : service sanitaire, alcool, addictions, étudiants

ASSESSMENT OF THE INFLUENCE OF THE ADDICTOLOGY HEALTH SERVICE ON THE CONSUMPTION AND BELIEFS RELATED TO ALCOHOL OF ANGERS HEALTH STUDENTS

ABSTRACT

Introduction: The consumption of alcohol and drugs is a major public health problem, especially among young people. In France, the government created the «Service sanitaire», provided by French health students, to promote behavior favorable to health, including the fight against addictions.

Subject and Method: This study aims to observe the influence of the addictology «Service sanitaire» on the Angers health students engaged in this topic. For this, a survey was sent before the start (Q1) and after the «Service sanitaire» (Q2), 6 weeks later. The study group (n Q1 = 33 and n Q2 = 13) trained in addiction was compared with a control group (n Q1 = 71 and n Q2 = 44). The evaluation criteria were: frequency of alcohol consumption, frequency of binge-drinking, average number of drinks per occasion, AUDIT score, PAMS / NAMS score, frequency of consumption of other drugs.

Results: In the control group, no significant difference was found between the two surveys, regardless of the criteria. In the Study group, there was no significant difference between the two surveys for drug consumption, beliefs related to alcohol, the average number of drinks per occasion and the AUDIT score. On the other hand, there was a significant increase in the frequency of alcohol consumption ($p = 0.015$) and in the frequency of binge-drinking ($p = 0.023$). However, those results are probably due to the small number of participants and the lack of chaining between the two surveys.

Conclusion: The students in the study group did not modify their behaviors or their beliefs. However, the hypothesis that without specific education there would be no change remains valid since the control group showed no evolution. However, the small number of participants does not allow a firm conclusion and a reproduction of this study on a larger scale would give more relevant results.

Keywords : health service, alcohol, addictions, students