



HAL
open science

La dépression en école vétérinaire : enquête auprès des étudiants vétérinaires français

Clémence Zunino

► **To cite this version:**

Clémence Zunino. La dépression en école vétérinaire : enquête auprès des étudiants vétérinaires français. Médecine vétérinaire et santé animale. 2024. dumas-04661963

HAL Id: dumas-04661963

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04661963v1>

Submitted on 25 Jul 2024

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

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

ANNEE 2024 THESE : 2024 – TOU 3 – 4014

LA DEPRESSION EN ECOLE VETERINAIRE : ENQUETE AUPRES DES ETUDIANTS VETERINAIRES FRANÇAIS

THESE D'EXERCICE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR VETERINAIRE

DIPLOME D'ETAT

*présentée et soutenue publiquement
devant l'Université Paul Sabatier de Toulouse*

par

ZUNINO Clémence

Directrice de thèse : Mme Christelle CAMUS

JURY

PRESIDENT :

M. Stéphane BERTAGNOLI

Professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE

ASSESEURS :

Mme Christelle CAMUS

Professeure à l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE

Mme Séverine BOULLIER

Professeure à l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE

MEMBRES INVITES :

Mme Florence SORDES

Maître de Conférences, Psychologie de la santé, UT 2 Jean Jaurès

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation

ECOLE NATIONALE VETERINAIRE DE TOULOUSE

Liste des directeurs/assesseurs de thèse de doctorat vétérinaire

Directeur : Professeur Pierre SANS

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

- M. **BAILLY Jean-Denis**, *Hygiène et industrie des aliments*
- M. **BERTAGNOLI Stéphane**, *Pathologie infectieuse*
- M. **BOUSQUET-MELOU Alain**, *Pharmacologie, thérapeutique*
- M. **BRUGERE Hubert**, *Hygiène et industrie des aliments d'origine animale*
- M. **CONCORDET Didier**, *Mathématiques, statistiques, modélisation*
- M. **DELVERDIER Maxence**, *Anatomie pathologique*
- M. **FOUCRAS Gilles**, *Pathologie des ruminants*
- Mme **GAYRARD-TROY Véronique**, *Physiologie de la reproduction, endocrinologie*
- M. **GUERIN Jean-Luc**, *Aviculture et pathologie aviaire*
- Mme **HAGEN-PICARD Nicole**, *Pathologie de la reproduction*
- M. **MEYER Gilles**, *Pathologie des ruminants*
- M. **SCHELCHER François**, *Pathologie médicale du bétail et des animaux de basse-cour*
- Mme **TRUMEL Catherine**, *Biologie médicale animale et comparée*

PROFESSEURS 1^{ère} CLASSE

- Mme **BOULLIER Séverine**, *Immunologie générale et médicale*
- Mme **BOURGES-ABELLA Nathalie**, *Histologie, anatomie pathologique*
- Mme **CADIERGUES Marie-Christine**, *Dermatologie vétérinaire*
- M. **DUCOS Alain**, *Zootecnie*
- M. **GUERRE Philippe**, *Pharmacie et toxicologie*
- M. **JACQUIET Philippe**, *Parasitologie et maladies parasitaires*
- Mme **LACROUX Caroline**, *Anatomie pathologique, animaux d'élevage*
- Mme **LETRON-RAYMOND Isabelle**, *Anatomie pathologique*
- M. **LEFEBVRE Hervé**, *Physiologie et thérapeutique*
- M. **MAILLARD Renaud**, *Pathologie des ruminants*
- Mme **MEYNADIER Annabelle**, *Alimentation animale*

PROFESSEURS 2^{ème} CLASSE

- Mme **CAMUS Christelle**, *Biologie cellulaire et moléculaire*
- M. **CORBIERE Fabien**, *Pathologie des ruminants*
- Mme **DIQUELOU Armelle**, *Pathologie médicale des équidés et des carnivores*
- M. **MATHON Didier**, *Pathologie chirurgicale*
- M. **MOGICATO Giovanni**, *Anatomie, imagerie médicale*
- M. **NOUVEL Laurent**, *Pathologie de la reproduction*
- Mme **PAUL Mathilde**, *Epidémiologie, gestion de la santé des élevages avicoles*
- M. **VOLMER Romain**, *Microbiologie et infectiologie*

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

- M. **BERGONIER Dominique**, *Pathologie de la reproduction*
Mme **BIBBAL Delphine**, *Hygiène et industrie des denrées alimentaires d'origine animale*
M. **JAEG Jean-Philippe**, *Pharmacie et toxicologie*
M. **LYAZRHI Faouzi**, *Statistiques biologiques et mathématiques*
Mme **PALIERNE Sophie**, *Chirurgie des animaux de compagnie*
Mme **PRIYMENKO Nathalie**, *Alimentation*

MAITRES DE CONFERENCES CLASSE NORMALE

- M. **ASIMUS Erik**, *Pathologie chirurgicale*
Mme **BRET Lydie**, *Physique et chimie biologiques et médicales*
Mme **BOUHSIRA Emilie**, *Parasitologie, maladies parasitaires*
M. **CARTIAUX Benjamin**, *Anatomie, imagerie médicale*
M. **COMBARROS Daniel**, *Dermatologie vétérinaire*
M. **CONCHOU Fabrice**, *Imagerie médicale*
Mme **DANIELS Hélène**, *Immunologie, bactériologie, pathologie infectieuse*
Mme **DAVID Laure**, *Hygiène et industrie des aliments*
M. **DIDIMO IMAZAKI Pedro**, *Hygiène et industrie des aliments*
M. **DOUET Jean-Yves**, *Ophthalmologie vétérinaire et comparée*
M. **FERCHIOU Ahmed**, *Economie de santé des bovins*
Mme **FERRAN Aude**, *Physiologie*
M. **FUSADE-BOYER Maxime**, *Microbiologie et infectiologie*
M. **GAIDE Nicolas**, *Anatomie pathologique*
Mme **GRANAT Fanny**, *Biologie médicale animale*
Mme **JOURDAN Géraldine**, *Anesthésie, analgésie*
M. **JOUSSERAND Nicolas**, *Médecine interne des animaux de compagnie*
Mme **LALLEMAND Elodie**, *Chirurgie des équidés*
Mme **LAVOUE Rachel**, *Médecine Interne*
M. **LE LOC'H Guillaume**, *Médecine zoologique et santé de la faune sauvage*
M. **LIENARD Emmanuel**, *Parasitologie et maladies parasitaires*
Mme **MEYNAUD-COLLARD Patricia**, *Pathologie chirurgicale*
Mme **MILA Hanna**, *Elevage des carnivores domestiques*
M. **VERGNE Timothée**, *Santé publique vétérinaire, maladies animales règlementées*
Mme **WASET-SZKUTA Agnès**, *Production et pathologie porcine*

INGENIEURS DE RECHERCHE

- M. **AUMANN Marcel**, *Urgences, soins intensifs*
M. **AUVRAY Frédéric**, *Santé digestive, pathogénie et commensalisme des entérobactéries*
M. **CASSARD Hervé**, *Pathologie des ruminants*
M. **CROVILLE Guillaume**, *Virologie et génomique cliniques*
Mme **DIDIER Caroline**, *Anesthésie, analgésie*
M. **DELPONT Mattias**, *Clinique Aviaire*
Mme **DUPOUY GUIRAUTE Véronique**, *Innovations thérapeutiques et résistances*
Mme **GAILLARD Elodie**, *Urgences, soins intensifs*
Mme **GEFFRE Anne**, *Biologie médicale animale et comparée*
Mme **GRISEZ Christelle**, *Parasitologie et maladies parasitaires*
Mme **JEUNESSE Elisabeth**, *Bonnes pratiques de laboratoire*
Mme **LAYSSOL-LAMOUR Catherine**, *Imagerie Médicale*
Mme **POUJADE Agnès**, *Anatomie pathologique Vétérinaire*
Mme **PRESSANTI Charline**, *Dermatologie vétérinaire*
M. **RAMON PORTUGAL Felipe**, *Innovations thérapeutiques et résistances*
M. **REYNOLDS Brice**, *Médecine interne des animaux de compagnie*
Mme **ROUCH BUCK Pétra**, *Médecine préventive*
Mme **SAADA Chloé**, *Gestion intégrée de la santé des ruminants*

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Christelle Camus

Professeure à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse
Biologie moléculaire

*Pour son soutien dans la réalisation de ce projet, pour sa disponibilité et ses conseils avisés.
Mes très sincères remerciements.*

A Monsieur le Docteur Stéphane Bertagnoli

Professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse
Virologie-maladies infectieuses

*Qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse.
Hommages respectueux.*

A Madame le Docteur Severine Boullier

Professeure à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse
Immunologie

*Qui m'a fait l'honneur d'accepter d'être assesseur pour cette thèse.
Sincères remerciements.*

A Madame Florence Sordes

Maitre de conférence en psychologie de la santé à l'Université de Toulouse Jean Jaurès

*Qui me fait l'honneur de sa participation à la soutenance et pour ses conseils dans la
réalisation de ce travail.
Sincères remerciements.*

Table des matières

INTRODUCTION	7
PREMIERE PARTIE : ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE	8
I) La dépression.....	8
1) Définition et diagnostic	8
2) Mécanismes et facteurs de risques	11
3) Récidives, rechute et chronicisation	15
4) Prise en charge	17
5) Epidémiologie et impact sociétal	20
II) Le métier de vétérinaire	21
1) Une profession en souffrance psychologique	21
2) Un métier exigeant	23
3) Des troubles préexistants à la pratique	28
III) La condition étudiante.....	32
1) Une population en souffrance psychologique	32
2) Les pressions qui s'exercent sur les étudiants	33
3) Une hygiène de vie dégradée à l'origine de troubles somatiques	36
4) La précarité étudiante	40
5) Le cas des étudiants vétérinaires	43
DEUXIEME PARTIE : ETUDE EXPERIMENTALE	48
I) Matériels et méthode.....	48
1) Choix de l'échelle utilisée	48
2) Construction du questionnaire et diffusion	49
II) Résultats	50
1) Population répondante	50
2) Résultats obtenus sur le questionnaire	54
III) Discussion.....	63
1) Diversité des méthodes de mesure	63
2) Etude des biais	66
3) Influence de la pandémie de Covid-19	68
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE.....	72
ANNEXES.....	90
Annexe 1 : Echelle de dépression CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)	90
Annexe 2 : Questionnaire	91

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Régulation de l'axe HPA sous l'effet du stress (Institut pharmaceutique de Lundbeck).....	12
Figure 2 : Proportion de répondants à l'étude dans chaque promotion.....	51
Figure 3 : Proportion d'étudiants dans chaque promotion dans les ENV françaises en 2023.....	51
Figure 4 : Proportion de répondants à l'étude issus de chaque voie d'admission.....	52
Figure 5 : Proportion d'étudiants vétérinaires issus de chaque voie d'admission en 2023.....	52
Figure 6 : Niveau de vie des répondants.....	53
Figure 7 : Pourcentage d'individus présentant une symptomatologie dépressive élevée en fonction du genre.....	58
Figure 8 : Pourcentage d'individus présentant une symptomatologie dépressive élevée en fonction de la promotion.....	59
Figure 9 : Pourcentage d'individus présentant une symptomatologie dépressive élevée en fonction de la situation financière.....	61
Figure 10 : Pourcentage d'individus présentant une symptomatologie dépressive élevée en fonction de la voie d'admission.....	62
Tableau 1 : diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé d'après le DSM V.....	9
Tableau 2 : diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé d'après l'OMS.....	9
Tableau 3 : Recommandation de bonnes pratiques de la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé, d'après la Haute Autorité de Santé (2017).....	18
Tableau 4 : Lien entre job étudiant et niveau de vie des répondants.....	53

INTRODUCTION

Le taux de mortalité due au suicide dans la profession vétérinaire serait quatre fois supérieur à celui observé dans la population générale, et deux fois supérieur à celui observé auprès des autres professionnels de santé. Alors que plusieurs travaux ont émergé ces dernières années au sujet de la santé mentale des vétérinaires praticiens, peu d'études se sont intéressées à la situation psychologique des étudiants vétérinaires. Les quelques données existantes révèlent pourtant une symptomatologie dépressive et une prévalence des pensées suicidaires supérieures à celles observées dans la population générale ainsi qu'auprès d'étudiants d'autres cursus. En France, aucune étude standardisée utilisant des outils validés n'a encore été réalisée au sujet de la santé mentale des étudiants vétérinaires.

Les troubles dépressifs représentent la première cause de suicide dans le monde et augmentent d'un facteur vingt le risque de suicide, d'autant plus lorsqu'ils deviennent chroniques. Dans cette étude, nous utiliserons l'échelle CES-D, questionnaire validé pour l'étude de la symptomatologie dépressive en population générale, pour réaliser un état des lieux des troubles dépressifs existants dans les écoles vétérinaires françaises. Nous procéderons tout d'abord à une étude bibliographique afin de redéfinir les mécanismes de cette maladie psychiatrique complexe et d'explorer les facteurs de risques s'appliquant aux populations de vétérinaires praticiens et étudiants. Ensuite, nous présenterons la méthodologie de l'enquête réalisée ainsi que les résultats obtenus.

PREMIERE PARTIE : ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

l) La dépression

1) Définition et diagnostic

La dépression est une maladie psychiatrique. La description établie par le DSM-V (manuel diagnostique et statistique des maladies mentales) des troubles dépressifs fait état d'une grande diversité des manifestations cliniques(1). On pourra ainsi observer :

- Des troubles de l'humeur avec une humeur triste, une sensation de vide, une irritabilité inhabituelle associée à du pessimisme voire du désespoir. Le sujet peut se trouver dans l'incapacité à éprouver du plaisir (anhédonie). On observe généralement une faible estime de soi et une tendance à la culpabilité.
- Des modifications somatiques avec une diminution de l'appétit, une perturbation du sommeil (insomnie ou au contraire hypersomnie), une perte du désir sexuel, des douleurs (musculaires, dorsales, céphalées...)
- Des modifications cognitives avec une capacité de concentration diminuée, une mémoire altérée, une bradypsychie (ralentissement de la pensée).

Parmi les troubles dépressifs, on distingue le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé, le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance/un médicament, et le trouble dépressif dû à une autre affection médicale. Nous nous intéresserons tout au long de cette thèse au trouble dépressif caractérisé, qui est l'affection la plus classiquement rencontrée (2). Ainsi, les mentions à venir de dépression, troubles dépressifs et épisodes dépressifs feront référence à l'épisode dépressif caractérisé.

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique et est défini dans la classification CIM-10 de l'OMS(2) ainsi que dans le DSM-V (1). Un épisode dépressif caractérisé est objectivé si les symptômes décrits dans les tableaux n°1 et n°2 sont présents durant au moins deux semaines presque quotidiennement, sont en opposition avec le fonctionnement habituel de l'individu et entraînent chez lui une détresse certaine.

Tableau 1 : diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé d'après le DSM V(1)

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé	
<p>Au moins un des symptômes essentiels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humeur dépressive - Diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités 	<p>Au moins cinq symptômes parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humeur dépressive - Diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités - Perte ou gain de poids significatif - Insomnie ou hypersomnie - Agitation ou ralentissement psychomoteur - Fatigue ou perte d'énergie - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer - Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

Tableau 2 : diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé d'après l'OMS(2)

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé	
<p>Au moins deux symptômes principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humeur dépressive - Perte d'intérêt, abattement - Perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité 	<p>Au moins deux symptômes parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concentration et attention réduite - Diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi - Sentiment de culpabilité et d'inutilité - Perspectives négatives et pessimistes pour le futur - Idées et comportements suicidaires - Troubles du sommeil - Perte d'appétit

L'OMS distingue alors 3 degrés d'épisode dépressif caractérisé : le premier, léger, correspond à la présence de deux symptômes principaux et au moins deux autres symptômes, avec un retentissement léger sur le fonctionnement de l'individu. Le second, modéré, correspond à la présence de deux ou trois autres symptômes en plus de deux principaux, avec un

retentissement plus important sur le fonctionnement. Le degré le plus grave, l'épisode dépressif caractérisé sévère, se définit par la présence de trois symptômes principaux et d'au moins quatre autres symptômes avec une quasi-incapacité à mener les activités habituelles (sociales, professionnelles, domestiques). Un épisode sévère peut également être associé à des idées suicidaires et des symptômes psychotiques (hallucinations, délire)(1).

Plusieurs formes d'épisode dépressif caractérisé sont reconnues dans le DSM-V : la dépression mélancolique avec une anhédonie marquée, une faible réactivité aux stimuli habituellement agréables, un abattement profond ou encore une culpabilité excessive ; la dépression psychotique avec la présence d'hallucinations ou d'idées délirantes ; la dépression péri-partum lorsque les symptômes surviennent pendant la grossesse ou dans les quatre mois suivant l'accouchement ; la dépression anxieuse avec un sentiment inhabituel d'agitation ou de tension, la sensation qu'un événement dramatique va survenir ou encore des difficultés de concentration ; la dépression saisonnière récidivant toujours à la même période de l'année (liée à un manque de lumière naturelle), la dépression atypique avec une réactivité de l'humeur aux événements positifs, une hypersomnie, une sensation de lourdeur ; et enfin la dépression catatonique, plus rare, caractérisée par des troubles psychomoteurs importants (catalepsie, stupeur...).

Le diagnostic différentiel de la dépression comprend l'usage, l'abus, le sevrage de certains médicaments ou substances psychoactives, les autres troubles psychiatriques comme les troubles bipolaires ou anxieux, les maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson), les maladies endocriniennes (hypothyroïdie)... Un bilan sanguin ainsi que d'éventuels autres examens complémentaires doivent être réalisés pour explorer les causes possibles des symptômes présentés. Néanmoins, la découverte d'une affection comme celles précédemment citées pouvant expliquer les symptômes observés ne permet pas d'exclure la présence d'une dépression concomitante, qui devra toujours être recherchée.

Le deuil, qui peut se manifester par des symptômes similaires à la dépression et d'intensité sévère(3), n'est pas considéré comme un état dépressif car non pathologique : il s'agit d'un processus adaptatif qui fait suite à une perte significative, mais qui peut néanmoins se compliquer d'un épisode dépressif(4). En effet, 15% des veufs et veuves souffriraient de dépression un an après le décès de leur conjoint(5).

Risque suicidaire

La dépression est la première cause de suicide dans le monde(6). On estime qu'environ 20 à 35% des suicides sont liés à des troubles dépressifs majeurs(7). Cependant, les différentes données à ce sujet sont peu consensuelles, avec des estimations allant de 20 à 80% des suicides impliquant potentiellement une dépression(6, 8). Ces variations sont dues à des biais méthodologiques dans l'étude des psychopathologies des personnes suicidées, qui peuvent souvent être en situation d'isolement social et ne pas avoir consulté de médecin(8).

Il est néanmoins admis que le risque de suicide au cours d'un épisode dépressif serait 20 fois supérieur au risque existant dans la population non dépressive(9). Les comportements suicidaires peuvent survenir à tout moment de l'épisode dépressif caractérisé et doivent faire l'objet d'une réévaluation régulière au cours de la prise en charge. Chez un patient manifestant des idées suicidaires, il sera important de déterminer le degré d'urgence : le risque suicidaire est qualifié de faible lorsque le patient n'a pas établi de scénario précis et tente encore de faire face à la crise ; le risque est modéré lorsque le patient ne voit d'autre solution à sa souffrance que le suicide avec un scénario précis en place, mais un passage à l'acte non imminent. Le risque est élevé et constitue une urgence lorsque la planification est claire avec un passage à l'acte prévu dans les jours suivants(4).

2) Mécanismes et facteurs de risques

2.1 Mécanismes physiopathologiques

Une des premières hypothèses apparues à propos des mécanismes physiopathologiques de la dépression est l'hypothèse monoaminergique, qui s'intéresse au fonctionnement de trois neurotransmetteurs : la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. En effet, ces trois molécules ont une implication connue dans la régulation de l'humeur et des émotions, de la cognition, de l'attention, de la mémoire, de la motricité, de l'appétit et du sommeil ; tant d'éléments également impliqués dans la symptomatologie dépressive. L'hypothèse monoaminergique naît de la découverte fortuite des premiers traitements antidépresseurs dans les années 1950, qui avaient comme propriété commune de faciliter la neurotransmission

de la sérotonine et de la noradrénaline. La déduction a alors été faite que les symptômes dépressifs résultaient d'un déficit de neurotransmission sérotoninergique et noradrénergique(10). Cependant, les échecs thérapeutiques rencontrés ont fait suspecter d'autres mécanismes biologiques à l'origine des troubles dépressifs.

L'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HPA) est l'acteur principal de la réponse au stress et ses perturbations peuvent être associés aux troubles dépressifs. En effet, Heim & Nemeroff (2002) ont pu mettre en évidence des anomalies de l'axe HPA chez des adultes ayant subi des violences au cours de l'enfance, et de façon encore plus nette chez des sujets atteints de dépression(10). Plusieurs anomalies de l'axe HPA ont été observées chez des patients dépressifs, parmi lesquelles une hypersécrétion de CRH (*Corticotropin Releasing Hormone*) par l'hypothalamus, une dysfonction du système de rétrocontrôle négatif de l'axe du fait de la désensibilisation des récepteurs hypothalamiques et hypophysaires au cortisol, avec comme conséquence une hypertrophie des glandes surrénales et une hypercortisolémie persistante(11). Or l'hypercortisolémie a des effets neurotoxiques, notamment sur l'hippocampe et le cortex préfrontal, et va altérer la neurogénèse dans ces zones par inhibition d'un important facteur neurotrophique : le peptide BDNF (*Brain-Derived Neurotrophic Factor*).

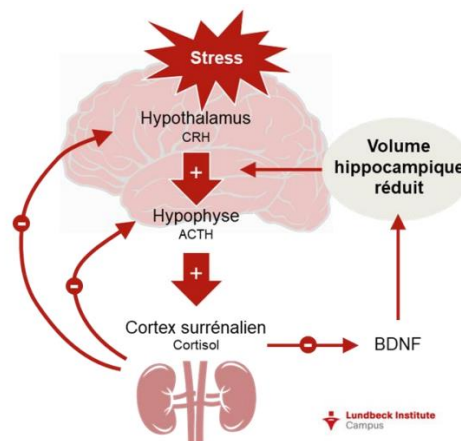


Figure 1 : Régulation de l'axe HPA sous l'effet du stress (Institut pharmaceutique de Lundbeck)

Les études de neuro-imagerie ont ainsi démontré, chez des patients atteints de dépression, une diminution du volume du cortex orbitofrontal qui intervient dans la gestion de l'émotion, du cortex préfrontal intervenant dans la cognition (concentration, mémoire) ainsi qu'une hyperactivité de l'amygdale, qui joue un rôle dans l'anxiété(12). La réduction du volume de

l'hippocampe (entre 10 à 20 % de réduction) impliqué dans les fonctions de mémorisation, de régulation émotionnelle et de réponse au stress a également été démontrée chez les patients atteints de dépression(13). Un cercle vicieux s'installe ensuite, la réduction du volume hippocampique entretenant la désinhibition de l'axe HPA.

Un autre système biologique mis en cause dans les troubles dépressifs est le système inflammatoire. Plusieurs observations ont conduit à formuler cette hypothèse : le fait que les patients souffrant de pathologies inflammatoires semblaient plus à risque de développer une dépression que d'autres patients, les symptômes dépressifs apparus chez des patients sous traitement interférons (activateurs de l'inflammation), l'augmentation de nombreuses cytokines inflammatoires circulantes chez les patients souffrants de dépression...(14). Les mécanismes physiopathologiques impliqués pourraient correspondre à une déviation du métabolisme de la sérotonine par les cytokines pro-inflammatoires, une stimulation de l'axe HPA par les cytokines, ainsi qu'une stimulation de facteurs neurotoxiques(15).

Ainsi, des dysfonctionnements des systèmes monoaminergiques, de l'axe HPA ou des voies de l'inflammation sont mis en cause dans le processus dépressif. La diversité des systèmes impliqués peut être mise en relation avec la diversité des profils cliniques de la dépression. L'altération d'un seul de ces systèmes peut suffire à induire des troubles psychiatriques, mais leurs interactions peuvent également conduire à des dysfonctionnements concomitants.

2.2 Facteurs de risques

Si les mécanismes physiopathologiques de la dépression restent en partie méconnus, de nombreuses études ont cherché à mettre en évidence les facteurs de risque augmentant la probabilité pour un individu d'être atteint de dépression. La génétique est un facteur de risque connu du déclenchement de la maladie. En effet, plusieurs études conduites sur des familles ont révélé un risque deux à trois fois supérieur de développer une dépression lorsqu'il existe un lien de parenté du premier degré avec un individu ayant subi un épisode dépressif. De plus, des études menées sur des jumeaux ont révélé une héritabilité de 37% des troubles dépressifs(16, 17). Les études d'association pangénomique (GWAS) réalisées sur de grands échantillons de personnes n'ont cependant pas pu mettre en évidence de loci responsables

des troubles dépressifs, et les études prônant une association entre certains gènes et l'apparition de troubles dépressifs ne parviennent pas à un consensus(18). Il semblerait alors que cette prédisposition génétique résulte de l'action concomitante de plusieurs gènes et de leurs interactions, en lien avec des facteurs environnementaux.

En effet, s'il semble exister des prédispositions génétiques à être atteint de dépression, le déclenchement de la maladie est souvent largement associé à des facteurs de risque environnementaux. Il a été montré que les violences et abus subis au cours de l'enfance augmentaient significativement la probabilité pour un individu d'être atteint de dépression à l'âge adulte(19). Young et al, en 1997, avait mis en évidence 35% de patients ayant subi des violences sexuelles, physiques ou émotionnelles au cours de l'enfance parmi 650 patients atteints de troubles anxieux dépressifs(20). D'autres événements comme la perte d'un être cher, des conflits récurrents avec les membres de la famille, une agression, les problèmes financiers ou légaux, et les difficultés dans la vie maritale (infidélité, séparation) sont autant de facteurs augmentant la probabilité de connaître un épisode dépressif majeur(21). Ainsi, environ 70% des premiers épisodes dépressifs seraient associés à la survenue d'événements difficiles(22).

Les troubles de l'usage d'alcool constituent également un facteur de risque important et avéré de la dépression. La méta-analyse de Boden & Fergusson (2011) révèle qu'un individu souffrant d'alcoolisme a deux fois plus de chance de souffrir de dépression et inversement. Si le lien de causalité entre les deux maladies est difficile à établir, il semblerait que la surconsommation d'alcool soit plutôt à l'origine de la dépression que l'inverse. Plusieurs explications pour cela sont possibles : des troubles de l'usage d'alcool peuvent conduire à des perturbations de la vie sociale et familiale, des difficultés dans la vie professionnelle, des problèmes de santé qui sont autant de facteurs de risques du développement d'une dépression. Il est également envisagé que la consommation d'alcool soit à l'origine de perturbations métaboliques pouvant à leur tour majorer le risque de dépression. L'interaction entre ces deux conditions reste néanmoins complexe et il est certain que la dépression entretient l'alcoolisme et vice-versa(23). Une étude de cohorte réalisée sur 17 000 canadiens ayant déjà subi un épisode dépressif majeur avait montré que les sujets dont la consommation d'alcool était élevée étaient trois fois plus nombreux à présenter une persistance ou des récurrences de leurs troubles dépressifs six et

seize ans après le premier épisode(24). Les mêmes constats ont été faits concernant l'usage de drogue comme facteur de risque de la dépression(25).

Un autre facteur de risque majeur du développement de troubles dépressifs est l'existence d'une maladie chronique. En effet, les personnes atteintes de diabète seraient deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression que les personnes non diabétiques(26). De plus, une étude menée sur la population canadienne avait mis en évidence 19,8% d'individus présentant des signes de dépression majeure parmi ceux ayant rapporté une dorsalgie chronique, contre 5,9% parmi ceux qui ne rapportant pas de douleur chronique, avec une plus grande prévalence dépressive dans les groupes rapportant des douleurs intenses(27). Le lien entre maladie chronique et troubles dépressifs a également été mis en évidence pour de nombreuses autres conditions comme le VIH, la maladie de Crohn(28, 29)... De la même façon que pour les troubles de l'usage d'alcool, une étude récente a mis en évidence l'existence d'une relation bidirectionnelle entre dépression et maladie chronique. En effet, les comportements associés à la dépression (comportements à risque, sédentarité, alcoolisme/tabagisme...) et les modifications psychobiologiques induites (effets sur les facteurs pro inflammatoires, l'axe hypothalamo-hypophysaire...) augmenteraient le risque de développer une maladie chronique et aggravent le pronostic médical chez des patients malades chroniques.(30).

Malgré le grand nombre de facteurs de risque évoqués, le plus important reste néanmoins l'existence d'antécédents psychiatriques et notamment d'épisodes dépressifs passés.

3) Récidives, rechute et chronicisation

Outre le risque suicidaire, les patients atteints de dépression sont exposés au risque de rechute, de récurrence et de chronicisation de la maladie.

Le DSM-V définit la rémission complète de la maladie comme l'absence de symptômes à un niveau significatif pendant une période d'au moins deux mois suivant la fin du dernier épisode dépressif. La rémission est considérée comme partielle si l'absence de symptômes n'est observable que sur une période inférieure à deux mois, ou si des symptômes persistent sur une période supérieure à deux mois sans pour autant remplir les critères de l'épisode dépressif caractérisé. Interviennent alors les notions de rechutes, de récurrence, et de persistance : la

rechute correspond à la réapparition d'un épisode dépressif caractérisé avant la rémission complète ou dans les six mois suivant la rémission, alors que la récurrence est définie par la réapparition d'un épisode dépressif après rétablissement complet du patient c'est-à-dire plus de six mois après la rémission. Le trouble dépressif persistant est, lui, sans interruption : il survient d'après le DSM-V lorsque le patient n'atteint pas de rémission complète pendant une période de deux ans, avec une humeur dépressive présente la majorité des jours pendant cette période et la persistance d'au moins deux symptômes parmi les troubles de l'appétit et du sommeil, la baisse d'énergie, la faible estime de soi, le sentiment de désespoir et les difficultés de concentration. Comme pour l'épisode dépressif majeur, un retentissement sur la vie sociale, professionnelle ou autre champ de fonctionnement important doit être impliqué.

D'après les études épidémiologiques, 50% des personnes ayant vécu un épisode dépressif en vivront un autre, et 70% de celles ayant connus deux épisodes en connaîtront au moins un autre(31). De plus, le délai entre les récurrences raccourcirait avec leur répétition : après un premier épisode, le délai moyen jusqu'à la première récurrence serait d'environ quatre ans contre un an et demi en moyenne pour les individus ayant connu plus de trois épisodes préalables(32).

Buckman et al. établit en 2018 une revue de la littérature sur les facteurs de risque impliqués dans les récurrences et rechutes de dépression. La persistance de symptômes résiduels ainsi que l'existence d'épisodes antérieurs sont décrites comme étant les facteurs de risque principaux de récurrence et de rechute des épisodes dépressifs. D'autres facteurs mis en cause sont l'âge lors du premier épisode ainsi que la sévérité de l'épisode, la présence de pathologies anxieuses concomitantes, ou encore certaines caractéristiques liées à la personnalité de l'individu comme la tendance à la rumination (ressassement d'événements pensés) ou le névrosisme (tendance aux émotions négatives)(33). Par ailleurs, l'association décrite dans le paragraphe 2.2 entre les événements de vie difficiles et l'apparition du premier épisode dépressif est de moins en moins vérifiée avec la répétition des épisodes. En effet, alors que la majorité des premiers épisodes dépressifs est précédée d'un événement difficile, une plus grande proportion des épisodes récidivants n'est pas associée à un tel événement (70% des premiers épisodes seraient associés à un événement difficile, contre 30 à 40% des épisodes récidivants)(22). Plusieurs hypothèses ont été évoquées pour expliquer ce phénomène : les patients ayant déjà été atteints d'épisodes dépressifs majeurs pourraient avoir développé une

sensibilité accrue au stress, avec de faibles niveaux de stress pouvant induire des troubles dépressifs de plus en plus facilement et donc ces patients ne rapporteront pas d'événements de vie majeur dans les enquêtes. Il est aussi envisagé que les épisodes dépressifs s'indépendantisent du stress au fil des épisodes, avec des épisodes dépressifs pouvant être déclenchés spontanément sans facteur stressant identifié et des événements stressants qui ne déclencheraient plus d'épisode dépressif. Les variabilités inter-individuelles (génétiques, de personnalité...) à l'origine de ces différences ne peuvent pas non plus être exclues.

Un patient sur cinq atteint d'épisode dépressif caractérisé développerait une forme chronique de la maladie. La durée moyenne d'une dépression chronique est de vingt ans(34). Les facteurs mis en cause dans le développement d'une dépression chronique sont notamment psychiques avec une influence du névrosisme et de la tendance à la rumination, sociaux avec un faible niveau d'extraversion, un faible entourage social ou encore la sensation d'avoir un faible contrôle sur sa vie(35). Certaines maladies chroniques ont également été associées aux troubles dépressifs chroniques comme la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, l'hypothyroïdie, laissant envisager un possible rôle des maladies chroniques affectant le système nerveux dans la chronicisation de la dépression. Les individus traversant un premier épisode dépressif à un jeune âge sont également plus susceptibles de développer des formes chroniques, comme ceux ayant connu des épisodes de longue durée(36). Une prise en charge thérapeutique inadaptée est également un facteur fréquent de chronicisation.

4) Prise en charge

La prise en charge des troubles dépressifs repose sur la collaboration entre le patient, le médecin généraliste et éventuellement un psychiatre ou d'autres professionnels de santé (psychothérapeutes, psychologues cliniciens). La première étape de la prise en charge consiste à évaluer la sévérité de la dépression ainsi que le risque suicidaire présenté par le patient. Le médecin évaluera également les facteurs de risques (consommation d'alcool, événement difficile...) et de protection (soutien de l'entourage, milieu social) du patient. Différentes recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en charge de la dépression sont alors énoncées par la Haute Autorité De Santé, résumées dans le tableau n°3.

Tableau 3 : Recommandation de bonnes pratiques de la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé, d'après la Haute Autorité de Santé (2017)(4)

Sévérité de la dépression	Légère	Modérée	Sévère
Psychothérapie de soutien	Oui	Oui	Oui
Avis psychiatrique	Selon le choix du médecin	Selon le choix du médecin	Oui
Traitement anti-dépresseur	Non	Selon le choix du médecin	Oui
Suivi et réévaluation toutes les 4 à 8 semaines	<p>-Rémission complète : guérison</p> <p>-Rémission partielle : poursuite du traitement et du suivi</p> <p>-Aggravation : dépression modérée</p>	<p>-Rémission complète : poursuite du traitement 6 à 12 mois et arrêt progressif</p> <p>-Rémission partielle : changement de traitement ou augmentation de posologie, réévaluation ultérieure</p> <p>-Aggravation : dépression sévère</p>	<p>-Rémission complète : poursuite du traitement 6 à 12 mois et arrêt progressif</p> <p>-Rémission partielle : reconsidération de la prise en charge +/- hospitalisation</p> <p>-Aggravation : idem rémission partielle</p>

La prise en charge s'articule alors en plusieurs axes : le maintien d'un mode de vie sain (activité physique régulière, respect des habitudes alimentaires et de sommeil, élimination de la consommation d'alcool), le recours à la psychothérapie et la mise en place d'un traitement antidépresseur dans le cas de certaines dépressions modérées et des dépressions sévères(37).

L'hospitalisation est recommandée si le patient présente un risque suicidaire sévère ou un risque immédiat d'automutilation, si le patient présente des symptômes psychotiques ou somatiques sévères, si le patient a un potentiel de violence envers autrui, présente une forte agitation ou une anxiété avec une absence de contrôle émotionnel(38). Dans le cas où le patient ne consentirait pas à cette mesure, la loi prévoit la possibilité d'une hospitalisation sous contrainte(39).

4.1 Mode de vie et prise en charge psychothérapeutique

Le maintien d'un mode de vie sain participe largement à la prise en charge de la dépression, avec un effet connu de l'alimentation, de l'exercice physique et la réalisation d'activités plaisantes, en particulier à l'extérieur, sur la santé mentale(40). Une étude hollandaise avait à ce sujet montré que la pratique d'une activité sportive telle que la course à pied, à raison de deux fois par semaine, pourrait présenter une efficacité similaire à celle des antidépresseurs(41). Cependant, les troubles dépressifs sont caractérisés en partie par les difficultés éprouvées par le patient à maintenir son fonctionnement habituel, d'où la nécessité d'autres approches thérapeutiques.

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée lors de troubles dépressifs. Elle peut être assurée par le médecin généraliste, un psychologue clinicien ou un psychiatre. Plusieurs études ont fait émettre l'hypothèse d'une équivalence des résultats quel que soit le type de psychothérapie mise en place. La réussite d'une psychothérapie reposerait alors davantage sur l'investissement du patient et la relation établie entre le thérapeute et son patient que sur l'approche psychothérapeutique décidée.(42)

Des études ont révélé que les psychothérapies présenteraient une efficacité similaire à celle des antidépresseurs dans la prise en charge des troubles dépressifs légers à modérés(43, 44), tout en réduisant de 20 à 30% de prix global de la prise en charge des patients(45). L'effet des psychothérapies semble d'autant plus important que leur durée augmente et que la fréquence des entretiens augmente.

Il a également été montré que la mise en place d'un protocole alliant traitement antidépresseur et psychothérapie était plus efficace que l'utilisation d'un traitement antidépresseur seul, et cela se vérifiait aussi dans la prévention des rechutes(46). En effet, ces deux approches thérapeutiques ont des modes d'action différents sur le système neurologique et il en résulte leur complémentarité dans la prise en charge des troubles dépressifs(47).

4.2 Prise en charge médicamenteuse

Les antidépresseurs prescrits en première intention en raison de leur bonne tolérance par les patients sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture présynaptique de la sérotonine (ISRS), comme la fluoxétine. En cas d'échec thérapeutique, des antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) pourront être prescrits en deuxième intention du fait de leur capacité d'inhibition de la recapture pré-synaptique de la sérotonine, de la noradrénaline et de la dopamine. Leur toxicité cardio-vasculaire justifie leur emploi en deuxième intention seulement. En dernier recours pourront être prescrits l'agomélatine qui a des propriétés hépatotoxiques, ou encore les IMAO-A, inhibiteurs sélectifs de la monoamine oxydase A, qui peuvent induire de nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses à l'origine de crises hypertensives⁴. Les benzodiazépines peuvent également être utilisées en début de traitement en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie sévère.

Les effets secondaires fréquemment rencontrés au cours d'un traitement antidépresseur sont la somnolence ou l'agitation, les sécheresses buccales, les troubles digestifs, la baisse de pression artérielle, des troubles du rythme, une prise ou perte de poids, ainsi qu'une perte de désir sexuel(48). Un électrocardiogramme ainsi qu'un bilan sanguin métabolique peuvent être réalisés avant l'introduction du traitement et au cours du suivi.

De plus, il a été montré que la poursuite du traitement antidépresseur durant une période de six à douze mois suivant la rémission ainsi que l'arrêt progressif du traitement permettaient de réduire drastiquement le risque de rechute ou de récurrence de la dépression(32, 49).

5) Epidémiologie et impact sociétal

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression touche environ 5% des adultes dans le monde(37). Les dernières enquêtes de l'Agence Nationale de la santé publique, menées entre 2017 et septembre 2023, révèlent qu'entre 10 et 16% de français seraient touchés par un épisode dépressif chaque année, avec une prédominance de la tranche d'âge de 15 à 44 ans parmi les personnes atteintes(50–52).

Le Panorama de la Santé en Europe réalisé par l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) rapporte plus de 84 000 décès européens liés aux troubles mentaux en 2018, avec des données probablement sous-estimées du fait de la non prise en compte des décès dues aux conduites alcooliques, aux maladies chroniques, aux mauvais pronostics de santé et tant d'autres facteurs pouvant être induits par un épisode dépressif sous-jacent(53). Le suicide est également la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans, des troubles dépressifs étant impliqués dans plus de la moitié des cas pour cette tranche d'âge.

La prévalence élevée des troubles dépressifs n'est pas sans conséquence sur le fonctionnement des sociétés. En effet, la dépression est la deuxième cause de morbidité mondiale selon l'OMS en 2019, en prenant en compte le nombre d'années vécues dans l'incapacité soit le nombre d'années vécues dans un état de santé non optimal(54). En 2018, l'OECD révèle que les coûts liés aux troubles dépressifs représentent 3,7% du PIB en France(53). Ces coûts sont expliqués par le taux d'emploi et la productivité moins élevés des personnes atteintes de troubles de la santé mentale, avec plus de 20% des arrêts de travail liés à des troubles dépressifs, ainsi que par les dépenses consacrées aux programmes de sécurité sociale. Ainsi, d'après le bilan effectué par la caisse nationale d'assurance maladie française, plus de 7,2 millions de personnes ont bénéficié de soins en rapport avec la santé mentale en 2016, et 13% des consultations réalisées chez un médecin généraliste sont liées aux troubles dépressifs ou anxieux. En 2022, les troubles dépressifs et anxieux étaient responsables d'une perte de trente-huit millions de journées de travail en France(55).

II) Le métier de vétérinaire

1) Une profession en souffrance psychologique

La profession vétérinaire est connue comme l'une des professions où le taux de suicide est le plus élevé. En effet, depuis les années 2000, plusieurs études internationales ont révélé des taux de suicides bien supérieurs à ceux obtenus dans la population générale : selon les

auteurs, le taux de mortalité proportionnelle¹ due au suicide serait entre deux et quatre fois supérieur à celui de la population générale, et deux fois supérieur à celui des autres professions de santé(56–58). En France, une équipe de recherche de l'Université de Bourgogne Franche Comté en collaboration avec le Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires et l'association Veto-Entraide a interrogé plus de trois mille vétérinaires français (17,5% des inscrits à l'Ordre) sur leur rapport au suicide. C'est ainsi que 23,2% des vétérinaires interrogés ont révélé avoir eu des pensées suicidaires au cours des semaines précédant l'enquête, avec 4,8% rapportant y avoir pensé « assez souvent », « fréquemment » ou « tout le temps ». Par ailleurs, 4,7% ont rapporté des tentatives de suicide dans les années précédentes(59). Ces chiffres surpassent largement ceux obtenus dans la population générale française, avec entre 4% et 5% des personnes déclarant avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, d'après l'enquête de l'agence nationale de santé publique en 2021(52).

Peu d'études se sont intéressées aux troubles dépressifs à proprement parler dans la profession vétérinaire. Cependant, comme énoncé dans la partie I)1), les troubles dépressifs sont impliqués dans une grande partie des suicides et la dépression, lorsqu'elle est sévère, conduit fréquemment à la manifestation d'idées suicidaires. Les études de Hawton et al, réalisées sur des médecins et infirmières anglais, ont mis en évidence l'implication de troubles psychiatriques, en particulier dépressifs, dans respectivement 86% et 75% des cas de suicides(60, 61). La grande prévalence des pensées suicidaires laisse donc imaginer l'importance des troubles dépressifs chez les vétérinaires.

Une étude menée en 2014 sur onze mille vétérinaires américains avait révélé que 31% des vétérinaires interrogés avaient connu un épisode dépressif depuis leur sortie d'école, et 17% avaient eu des pensées suicidaires dans la même période(62). De plus, au moment de l'enquête, 19% recevaient un traitement pour des maladies mentales et 9% présentaient des signes importants de détresse psychologique. Ces résultats étaient tous significativement supérieurs à ceux obtenus dans la population générale américaine. Une étude menée sur plus de deux mille vétérinaires australiens avait également mis en évidence une plus grande proportion d'individus présentant des degrés modérés à très élevés de stress, de symptômes

¹ Le taux de mortalité proportionnelle est le rapport entre le nombre de décès induit par une cause donnée (ici le suicide) et le nombre décès total

dépressifs et de détresse psychologique chez les vétérinaires que dans la population générale(62). De la même façon, au Royaume-Uni, des niveaux de symptomatologie anxieuse et dépressive supérieurs à ceux de la population générale ont été mis en évidence(63).

Si toutes les études internationales ne sont pas parfaitement consensuelles à ce sujet(64), il apparaît quasi unanimement une santé mentale plus dégradée dans les premières années de pratique : cela peut s'expliquer par la diminution de l'entourage social par rapport à la vie étudiante, par la pression de « faire ses preuves » avec une peur de l'erreur également majorée. Un autre constat commun aux différentes enquêtes citées précédemment est la santé mentale dégradée des praticiens en clientèle canine par rapport à ceux exerçant en clientèle rurale.

Dans l'étude menée en 2021 par le professeur Truchot, après la prise en compte des facteurs de personnalité et des événements de vie difficiles, huit facteurs de stress se sont démarqués comme pouvant expliquer une part significative de la variance de l'état d'épuisement émotionnel des vétérinaires interrogés, des idéations suicidaires et des troubles somatiques manifestés. On trouve, dans un ordre décroissant d'importance : la charge de travail et la difficulté de trouver un équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, la peur de l'erreur, le travail morcelé (interruptions et imprévus dans le travail), les tensions entre collègues, les inquiétudes financières, la confrontation à la souffrance animale et à la négligence ou maltraitance des propriétaires envers leurs animaux et enfin la crainte de se blesser(59). Ces stressors ont également ceux retrouvés dans les différentes études sur le sujet réalisées entre 1985 et 2019(65).

2) Un métier exigeant

D'après Melchior et al (2012), le fait d'exercer une profession exigeante (aussi bien en termes de charge horaire, de responsabilité ou que d'énergie physique et émotionnelle engagée) augmenterait d'au moins deux fois le risque de développer des troubles dépressifs et anxieux chez les personnes sans antécédents psychiatriques(66). Nous allons voir en quoi le métier de vétérinaire remplit les critères d'exigence évoqués.

2.1 Une charge de travail importante

Une charge de travail importante peut être associée à une fatigue physique et cognitive. Lors de l'enquête menée par le professeur Truchot en 2021, un tiers des vétérinaires déplorait un rythme trop intense et plus de 90% des vétérinaires interrogés se plaignaient de trop grandes amplitudes horaires(59). En effet, les vétérinaires libéraux travaillaient en moyenne 20% de plus (en termes d'heures travaillées par an) que les autres cadres et professions intellectuelles supérieures, avec plus de 50% des vétérinaires travaillant plus de 50h par semaine et une moyenne européenne à 47 heures de travail par semaine(67).

Plusieurs études ont montré que le niveau de détresse psychologique des vétérinaires augmente avec le nombre d'heures travaillées(68, 69). D'après Bartram et al (2009), une augmentation d'une heure du temps de travail hebdomadaire augmenterait le risque de pensées suicidaires de 1,9%(63). De plus, selon l'étude de Virginie Malvaso qui reprend les données de cinq enquêtes internationales menées dans les années 2000, entre 30% et 40% du stress ressenti par les vétérinaires serait dû à la surcharge de travail(70). Le deuxième temps de l'étude longitudinale du professeur Truchot mettait en évidence une association entre le nombre d'heures travaillées et les idéations suicidaires quinze mois plus tard(71).

Cette surcharge de travail peut conduire à des déséquilibres entre le temps et l'énergie alloués à la vie professionnelle et à la vie privée, qui constitue le premier motif de reconversion dans la profession. En effet, dans une étude récente interrogeant plus de 800 femmes vétérinaires, 95% des répondantes déploraient un mauvais équilibre entre les aspects privés et professionnels de leur vie, et les trois quarts estimaient ne pas être pleinement satisfaites du temps alloué à leur conjoint ou conjointe et leurs enfants(72). En Nouvelle Zélande, les problèmes de mariage et de couple étaient perçus comme le troisième contributeur au risque suicidaire des vétérinaires, devant le sentiment d'échec, le décès des patients et les problèmes financiers. Dans la même étude, l'isolement social était le deuxième facteur de stress le plus ressenti par les vétérinaires, derrière le fait d'avoir des horaires de travail mal adaptés à la vie sociale(73). De plus, dans l'étude du professeur Truchot, la charge de travail était associée à la sensation d'être un fardeau pour son entourage, variable elle-même fortement corrélée aux idéations suicidaires(71). L'entourage social étant un facteur protecteur des troubles

dépressifs, la difficulté de maintenir une vie personnelle équilibrée rend les vétérinaires particulièrement à risque.

Au-delà de la charge de travail objective, l'enquête réalisée par le professeur Truchot en 2021 révélait une plus grande influence du nombre de jours travaillés alors que l'état de santé aurait mérité du repos, et cette variable prédisait également les idéations suicidaires quinze mois plus tard(71). En effet, une corrélation a été observée entre cette variable et les pensées suicidaires, avec une association supérieure à celle observée pour le nombre objectif de jours ou d'heures travaillées ou encore le fait d'assurer des astreintes et des gardes(59).

Mais alors que la majorité des vétérinaires déplorent un rythme de travail trop intense, une partie non négligeable développe une relation de dépendance pathologique au travail, que Wayne Edwards Oates nomme « workaholisme » en 1968. Si l'on s'intéresse à nouveau à l'enquête du Didier Truchot (2021), on constate que 37,6% des vétérinaires interrogés présentent des signes de dépendance au travail, caractérisée par les efforts mis en place pour répondre à la charge de travail importante mais surtout une grande difficulté à s'en détacher et à prendre des jours de repos(59). Cette addiction au travail est associée, dans l'étude, à une plus forte manifestation de troubles psychologiques dont une plus forte tendance aux idées suicidaires et de plus amples troubles somatiques (troubles du sommeil, douleurs...) pour les professionnels concernés. Ceci est cohérent avec les études précédentes ayant déjà mis en évidence une association entre le workaholisme et les troubles dépressifs(74, 75). De plus, l'étude japonaise de Takashi Fujimoto distingue plusieurs composantes du workaholisme : la satisfaction au travail, l'investissement ou temps accordé au travail, et le dévouement au travail c'est-à-dire la difficulté à se détacher et à arrêter le travail(76). Cette dernière composante était celle avec l'impact le plus délétère sur la santé mentale, ce qui rejoint le constat précédent selon lequel le nombre de jour travaillés alors que du repos était nécessaire serait plus impactant que la quantité objective de travail(59).

Ainsi, si la surcharge de travail et ses conséquences sur la vie privée constituent des acteurs majeurs de la mauvaise santé mentale des vétérinaires, d'autant plus qu'ils peuvent faire naître une addiction au travail chez certains individus. On constate une certaine difficulté à se détacher psychologiquement du métier, qui peut s'expliquer par le haut niveau de responsabilité qu'impliquent la profession et la confrontation à des situations difficiles.

2.2 Le poids de la responsabilité et les dilemmes moraux

Au-delà de la charge de travail, une charge émotionnelle pèse sur les vétérinaires, associée au fait d'être confronté à la souffrance animale, à la mort et à la détresse des propriétaires(59). De plus, le métier de vétérinaire implique une responsabilité morale importante, tant dans les décisions d'euthanasie, la gestion des chiens dangereux, les questions de maltraitance animale avec la difficulté de dénoncer la maltraitance commise par un client de longue date, lui-même peut-être en situation de détresse.

Prenons l'exemple de l'euthanasie. Cette pratique est en France strictement réservée à la profession vétérinaire, engageant un niveau élevé de responsabilité, celle de vie ou de mort. Le Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires définit l'euthanasie comme « un acte vétérinaire consistant à provoquer la mort d'un animal [...] après avoir évalué sa nécessité et obtenu le consentement éclairé du détenteur. L'acte d'euthanasie animale peut être justifié par une raison médicale (un état de santé, une souffrance intense ressentie par l'animal ou son entourage), par une raison règlementaire, par une raison impérieuse d'intérêt général sanitaire ou environnementale »(77). Il incombe alors au vétérinaire la responsabilité de décider du niveau de souffrance pesant sur l'animal ou son propriétaire et légitimant l'euthanasie, en accord avec le propriétaire. La pratique de l'euthanasie est ainsi à l'origine du « caring-killing » paradoxe des vétérinaires, décrit par Arnold Arluke en 1994 comme le dilemme interne entre la mission de sauver des vies et celle d'y mettre fin(78).

Les euthanasies de convenance, c'est-à-dire demandées par le propriétaire pour un animal en bonne santé sans raison valable, sont interdites et constituent une infraction à l'article 521-1 du Code Pénal. Cependant, dans certaines situations, le vétérinaire se heurte à la possibilité que le propriétaire ne mette fin à la vie de son animal dans des conditions inacceptables (noyade, arme à feu, coups...). Les euthanasies pour raison financière, lorsque la situation du propriétaire ne lui permet pas d'explorer les options thérapeutiques proposées, pour raison comportementale, ou par manque de place dans les refuges et fourrières constituent également une source de stress, de culpabilité et de souffrance morale pour le vétérinaire(79, 80). Certains vétérinaires interrogés par Didier Truchot rapportaient des pensées intrusives et des cauchemars en lien avec la pratique de l'euthanasie(59). Au-delà du retentissement psychologique de l'euthanasie d'un animal de compagnie, les vétérinaires ruraux et

inspecteurs sanitaires impliqués dans les mesures d'abattages massifs (épidémies de grippe aviaire, dysfonctionnement des filières) subissent aussi les conséquences de leurs missions sur leur bien-être psychologique(81, 82). Ainsi, malgré la prédominance d'autres facteurs de stress comme la charge de travail, la pratique de l'euthanasie, et notamment la fréquence de celle-ci contribue au mal-être existant chez les vétérinaires(58, 83).

Refuser de pratiquer une euthanasie constitue, de plus, un conflit d'intérêt dans la relation avec le propriétaire(84). En effet, le travail du vétérinaire repose sur une double interaction : l'interaction avec le patient, l'animal qui reçoit les soins, et l'interaction avec le propriétaire. Les vétérinaires rencontrent chaque semaine, voire plusieurs fois par semaine, des dilemmes éthiques entre intérêt du patient et intérêt du propriétaire. Les limites financières des propriétaires sont évoquées comme la source la plus fréquente de ce conflit d'intérêt(85, 86), pouvant mener à une difficulté pour le vétérinaire à facturer ses soins voire à de la culpabilité(87). Dans la situation inverse, un propriétaire refusant l'euthanasie et souhaitant poursuivre des soins même s'ils impliquent une mauvaise qualité de vie pour l'animal constitue une autre situation éthiquement difficile pour le vétérinaire(86).

Dans le contexte du décès d'un animal, qu'il s'agisse ou non d'une euthanasie, le vétérinaire joue également le rôle d'interlocuteur privilégié pour le propriétaire. Ainsi, le vétérinaire qui est déjà soumis à la responsabilité de soin du patient, à la peur de l'erreur, à sa propre peine parfois à la suite du décès d'un patient de longue date, doit également répondre aux attentes des clients dans un rôle d'accompagnement et de soutien face à la perte d'un animal(88).

2.3 Fatigue physique et troubles somatiques

Outre la fatigue intellectuelle, émotionnelle et cognitive générée par le métier de vétérinaire, les vétérinaires sont sujets à d'importants troubles somatiques qui jouent un rôle dans le processus de la dépression.

Plus de la moitié des vétérinaires interrogés par Didier Truchot rapportaient des douleurs dorsales et lombaires et un tiers rapportaient des douleurs musculaires ou cervicales(59), ce qui est cohérent avec les résultats obtenus en 2017 dans une étude turque sur le même sujet(89). Ces douleurs peuvent être associées à la manipulation et à la contention des animaux qui impliquent des postures anormales, aux manipulations obstétriques et aux

palpations transrectales réalisées par les vétérinaires ruraux, ou encore au fait de porter régulièrement des animaux pouvant peser plusieurs dizaines de kilogrammes. Si nous avons déjà évoqué l'association entre les douleurs chroniques et les troubles dépressifs dans la partie I)2.2, ces dernières étaient également associées à une plus forte tendance aux idées suicidaires dans l'étude de Didier Truchot(59).

De plus, l'amplitude horaire du travail des vétérinaires ainsi que le fait d'assurer des astreintes de nuit peut être associé à des troubles du sommeil. L'étude de Steffey et al, qui reprend les études réalisées entre 2017 et 2022 à propos du sommeil chez les vétérinaires et autres professionnels de santé, met en évidence la charge de travail (nombres d'heures travaillées et nombres d'heures de repos entre les jours de travail) et les gardes de nuit comme facteurs de risque des troubles du sommeil, avec une conséquence sur la santé mentale(90). En effet, les professionnels qui rapportaient le plus faible nombre d'heures de sommeil étaient ceux pour lesquels on retrouvait le plus de symptômes dépressifs, avec une plus forte tendance à la chronicisation chez les personnes dormant peu(91). Dans l'étude du professeur Truchot, le second facteur le plus associé aux troubles du sommeil était la peur de l'erreur, avec une crainte récurrente chez les vétérinaires de ne pas être à la hauteur des responsabilités évoquées précédemment(59).

3) Des troubles préexistants à la pratique

3.1 Des personnalités perfectionnistes en constante remise en question

Aux facteurs professionnels s'ajoutent des facteurs de personnalité qui peuvent prédisposer les vétérinaires aux troubles dépressifs. Le perfectionnisme est défini comme un trait de personnalité impliquant de hautes exigences envers soi-même et son environnement ainsi qu'une évaluation de soi très critique(92). En effet, ce trait de personnalité est largement retrouvé chez les étudiants vétérinaires et il a été suggéré que la grande sélectivité du parcours scolaire en serait en partie responsable(93), avec entre 7 et 20% d'admis au concours d'entrée en France selon les voies et les années (et des étudiants déjà sélectionnés pour intégrer certaines voies d'admission)(94). L'étude de Zenner et al (2005) avait révélé chez les

étudiants vétérinaires des niveaux d'anxiété élevés, associés à la comparaison de leurs compétences avec celles des autres et la peur de l'échec(95). Une prédisposition pourrait également apparaître durant l'enfance chez les élèves ayant des facilités scolaires : en effet, l'entourage peut exercer une forme de pression sur l'individu à remplir son rôle d'étudiant ou de professionnel idéal et compétent(70). Ce perfectionnisme rendrait alors les vétérinaires exigeants avec eux-mêmes, avec une peur de l'erreur et une forte tendance à la dévalorisation(93). Plusieurs études ont montré une corrélation entre le perfectionnisme et les troubles dépressifs, d'autant plus lorsque ce trait est associé au névrosisme (tendance à certaines émotions négatives, au stress, à l'anxiété)(92, 96, 97), dont le lien avec les troubles dépressifs a été évoqué précédemment. Ceci est assez cohérent avec l'étude du professeur Truchot qui mettait en évidence la peur de l'erreur comme facteur de stress le plus associé aux idéations suicidaires. Le perfectionnisme rendrait également les vétérinaires plus sensibles aux facteurs de stress professionnels. En effet, ce type de personnalité aurait une moindre facilité à surmonter la peur de l'erreur et certains stress moraux comme le refus d'une prise en charge trop onéreuse par un propriétaire(97). Ainsi, les troubles psychologiques rencontrés chez les vétérinaires seraient le résultat de l'interaction entre les facteurs de stress professionnels et les facteurs de personnalité(98). Le deuxième temps de l'étude longitudinale du professeur Truchot mettait en évidence une corrélation entre l'estime de soi et la sensibilité aux facteurs de stress professionnels, avec le fait d'avoir une bonne estime de soi agissant comme un filtre protecteur(71).

Si les vétérinaires sont nombreux à déplorer un manque de reconnaissance de leur travail(59, 99), leur tendance à l'autocritique rend ces derniers sujets au syndrome dit « de l'imposteur ». Ce syndrome a été défini pour la première fois par Clance et Imes en 1978 comme un sentiment d'incompétence persistant malgré la réussite professionnelle, qui est alors attribuée à la chance ou à des circonstances particulières(100). Il se manifeste par une incapacité à s'attribuer une réussite, une impression de tromper l'entourage sur ses compétences et la peur d'être démasqué(101). Une étude réalisée sur plus de 600 vétérinaires anglais, américains et néozélandais a révélé que deux tiers des vétérinaires souffraient du syndrome de l'imposteur, ce qui dépasse les chiffres obtenus chez les professionnels de la médecine humaine (entre 20 et 50% de personnes concernées)(102, 103). Les femmes étaient alors plus touchées que les hommes, mais d'autres études n'ont pas mis en évidence de

différence en fonction du genre. En France, une étude menée en 2023 sur les étudiants vétérinaires mettait en évidence 72% d'étudiants se considérant comme des imposteurs, un résultat supérieur à ceux obtenus chez les étudiants en médecine(104, 105). Une association entre les troubles dépressifs et le syndrome de l'imposteur a été mise en évidence à plusieurs reprises dans la littérature, même si un lien de causalité n'a pas pu être établi(106, 107).

3.2 Un mal être déjà présent chez les étudiants vétérinaires

Les étudiants vétérinaires sont confrontés, dès leurs années étudiantes, aux facteurs de stress professionnels comme la charge de travail importante, le travail parfois de nuit et le week-end, la confrontation à la souffrance animale et aux dilemmes moraux même s'ils n'en sont pas encore les acteurs principaux(108, 109). Le rapport de l'association Veto Entraide sur le bien-être et la santé des étudiants vétérinaires en 2018 indique que trois quarts des étudiants ayant entamé leurs rotations cliniques y consacrent plus de quarante heures par semaine, et plus de la moitié rapporte des inquiétudes fréquentes sur leurs compétences(110). Les personnalités perfectionnistes sélectionnées lors des concours d'entrée sont également mises à rude épreuve. En effet, Bartram et al (2009) décrit le sentiment d'incompétence et l'autocritique pouvant se manifester à l'entrée en école vétérinaire chez ces étudiants, sélectionnés étroitement et habitués à surpasser leurs pairs, qui se trouvent pour la première fois confrontés à des camarades avec des résultats équivalents(63).

Une étude menée en 2017 sur des étudiants vétérinaires américains avait mis en évidence des symptômes dépressifs significatifs chez 66% des interrogés, ce qui représente entre deux et trois fois plus d'étudiants concernés que dans les populations d'étudiants en médecine soumis au même test(111–113). Les étudiants vétérinaires, allemands et autrichiens seraient également entre 45 et 55% à souffrir de dépression modérée à sévère.(114, 115). Des taux plus faibles ont été enregistrés en Australie, avec 35% d'étudiants vétérinaires montrant des signes de dépression modérée à sévère, ce qui était cette fois équivalent aux résultats obtenus auprès des étudiants australiens non vétérinaires. Cette dernière étude a cependant mis en évidence de niveaux de stress plus importants pour les étudiants vétérinaires par rapport aux étudiants d'autres cursus, ainsi qu'une importante stigmatisation de leur santé mentale

associée à la peur d'être considérés comme incapables d'assumer les responsabilités d'un vétérinaire compétent(116).

En France, 52% des étudiants vétérinaires interrogés par l'association Veto-Entraide en 2018 rapportaient une période de déprime ou de désintérêt dans les relations interpersonnelles et les hobbies (contre 31,9% dans la population générale étudiante en 2016(117)), et 39% estimaient avoir eu ce ressenti pendant plus de deux semaines. Un étudiant sur cinq rapportait des comportements d'agressivité auto-dirigée, comprenant la mutilation, la blessure ou mise en danger volontaire(118).

Précédemment, nous avons vu que 50% des personnes ayant traversé un épisode dépressif seront victimes d'un nouvel épisode, et que 20% pourraient développer une maladie dépressive chronique. De plus, il a été suggéré dans plusieurs études qu'un jeune âge lors du premier épisode pourrait constituer un facteur de risque de récurrence, même si les différentes études à ce sujet ne sont pas consensuelles(119). Ainsi, on pourrait envisager qu'une partie des troubles dépressifs observés chez les vétérinaires praticiens résulte de formes de chronicisation d'une dépression survenue au cours de la période étudiante, entretenue par les stressors professionnels évoqués précédemment. Parmi les vétérinaires répondants à l'étude de Nett et al (2015) ayant rapporté des troubles dépressifs associés à des idées suicidaires ou tentatives de suicide, 36% indiquaient avoir déjà connu des épisodes dépressifs au cours de leur formation(62).

Le passage de la vie étudiante à la vie de vétérinaire praticien représente également une période à risque(64) avec un changement de l'entourage social, qui a pu jusqu'à lors constituer un facteur protecteur, un défaut d'accompagnement et une peur de l'erreur accrue dans les premières années de pratique(120).

III) La condition étudiante

1) **Une population en souffrance psychologique**

En France, une étude publiée en 2021 sur plus de 1400 étudiants de l'Université d'Amiens a révélé que 20,3% présentaient des symptômes compatibles avec une dépression modérée et 22,8% avec une dépression sévère (121). En 2016, l'Observatoire national de la Vie Etudiante (OVE) décèle parmi 19 000 étudiants interrogés un taux de 8% ayant déjà eu des pensées suicidaires(122). L'analyse réalisée en 2021 des résultats obtenus avec la cohorte i-Share, étude longitudinale qui s'intéresse à la santé mentale étudiante en France depuis 2013, a quant à elle révélé que 21% des étudiants interrogés avaient déjà eu des pensées suicidaires(123). Il faut néanmoins prendre en compte que ce dernier résultat a pu être influencé par la période de confinement consécutive à la pandémie de covid-19, dont l'impact sur la santé mentale étudiante est connu(124).

Les résultats précédents sont supérieurs à ceux recueillis en 2017 par Santé Publique France sur la tranche d'âge de 18 à 24 ans, avec une prévalence de 11,7% pour les épisodes dépressifs caractérisés, ainsi qu'à ceux obtenus sur l'ensemble des 18-75 ans avec une prévalence de l'épisode dépressif caractérisé de 9,8%(51).

Dans d'autres pays occidentaux, les études menées sur les populations universitaires entre 2016 et 2021 révélaient une symptomatologie dépressive élevée pour 34% à 49% des étudiants interrogés(125–127), ainsi qu'une prévalence des pensées suicidaires entre 8 et 17% (128–130). Ces résultats sont à nouveau supérieurs à ceux obtenus sur la population générale des 18-29 ans, avec une prévalence de l'épisode dépressif caractérisé de 15,4% aux Etats-Unis, et une symptomatologie dépressive modérée à élevée pour 15% des britanniques de la même tranche d'âge(131).

Malgré la pluralité des méthodes de mesure utilisées dans les différentes études, la cohérence des résultats obtenus fait envisager que les étudiants représentent une population particulièrement à risque de développer des troubles dépressifs, et notamment plus que la population générale de la même tranche d'âge. Cependant, pour confirmer cette hypothèse, il faudrait disposer d'études comparant les troubles dépressifs observés chez des populations

étudiantes et non étudiantes de la même tranche d'âge et avec la même méthode de recueil des données.

Les difficultés psychologiques éprouvées par les étudiants peuvent s'expliquer par les différentes pressions qui s'exercent sur eux, à la fois dans la réussite de leurs études, dans leurs relations sociales ainsi que dans les nombreux défis que représente le passage de l'adolescence à l'âge adulte.

2) Les pressions qui s'exercent sur les étudiants

2.1 La pression académique

Un des facteurs de stress le plus fréquemment évoqué par les étudiants dans les différentes études est la pression liée à leur cursus universitaire, avec une grande importance du facteur temps. En effet, dans l'étude de Robotham (2008), les facteurs de stress académiques décrits impliquent notamment les échéances de travaux à rendre dans des délais ressentis comme trop courts et la sensation d'être noyé dans la charge de travail, avec un temps insuffisant pour en remplir les exigences(132). La pression académique est également le troisième facteur de stress le plus fréquemment rapporté dans les quarante études analysées par Hurst et al en 2021(133), juste après le manque de ressources qui implique également le manque de temps au quotidien pour gérer conjointement la vie universitaire, sociale et les tâches quotidiennes. Les examens sont également une source de mal-être pour les étudiants, avec à nouveau un rapport négatif à la contrainte de temps plutôt qu'à l'examen lui-même, que cela soit vis-à-vis de la durée limitée des épreuves ou des délais dans lesquels les connaissances doivent être assimilées(132–134). Ainsi, 60% des étudiants participant à l'enquête de la mutuelle française SMEREP déclaraient s'être déjà sentis submergés dans leur quotidien, et 94% exprimaient un stress important vis-à-vis des périodes d'examens, qui constituaient alors le premier facteur de stress rapporté dans l'étude(135). Parmi les étudiants en santé de l'université de Tours, 62% considéraient la pression des examens comme néfaste(136).

Ce stress peut également être à l'origine de troubles somatiques comme des insomnies, des nausées, des troubles de l'appétit, renforçant le mal être ressenti (133, 134, 137).

Si la relation entre stress et troubles dépressifs avait déjà été établie(138), plusieurs études ont mis en évidence une association entre le niveau de stress académique ressenti par les étudiants et les troubles dépressifs(139, 140), avec un plus grand niveau de stress académique étant associé à de plus amples symptômes dépressifs. Le niveau de stress académique a également été associé à un moindre bien-être psychologique(141, 142).

De plus, ce phénomène s'inscrit dans un cercle vicieux : le stress académique dégrade la santé mentale, et les étudiants dont la santé mentale se dégrade éprouveront plus de difficultés à maintenir leur niveau scolaire, avec de plus grandes difficultés de concentration et une baisse de leur motivation. Ils sont également les plus susceptibles de quitter l'université en cours de cursus(134).

2.2 La pression sociale

Les relations sociales constituaient le facteur de stress le plus fréquemment rapporté par les étudiants dans les quarante études internationales analysées par Hurst et al en 2012(133). Cela impliquait les relations familiales avec l'impact de quitter le domicile familial pour la première fois et l'éloignement géographique potentiel, les relations amoureuses avec les difficultés du couple et les déceptions sentimentales, ainsi que les relations amicales avec l'éloignement géographique des amis connus auparavant ainsi qu'un certain sentiment d'isolement. Les relations sociales avec le personnel encadrant constituaient également une source de stress mentionnée dans plusieurs études(133).

Il est admis que l'entourage social joue un rôle protecteur face aux facteurs de stress académiques, et les étudiants bénéficiant d'un bon entourage social sont moins susceptibles de développer une dépression(143). A l'inverse, un faible entourage social diminue la qualité de vie des étudiants et contribue à l'apparition des troubles dépressifs.

Ainsi, alors que l'entourage social est considérablement modifié lors de la transition entre vie lycéenne et vie universitaire, les étudiants en première année doivent relever le défi de construire de nouvelles relations et renouveler ce socle protecteur, ce qui peut s'avérer difficile dans les institutions dans lesquelles les étudiants se retrouvent en très grand nombre, ce qui ne favorise pas la construction d'un lien social privilégié (144). Le fait d'étudier dans la même

université que des amis connus précédemment était alors décrit comme un soulagement par certains étudiants interrogés Awang et al en 2014 (145), ce qui est cohérent avec la corrélation significative que l'on retrouve dans l'étude de Acharya et al (2018) entre les troubles dépressifs et le fait de travailler avec des inconnus ou le changement dans les activités sociales (127).

Le fait de développer des relations sociales satisfaisantes au cours des études supérieures renforce également le sentiment d'appartenance(146), troisième pilier de la pyramide des besoins de Maslow(147), et décrit comme la sensation de connexion et d'intégration à son environnement. Le fait d'éprouver un sentiment d'appartenance permettrait de limiter les abandons d'études et favoriserait non seulement le bien être psychologique mais également la réussite scolaire(146).

2.3 De l'adolescence à la vie d'adulte, un période critique

La période étudiante est une période charnière dans la construction d'un individu, et est souvent associée à l'émergence des troubles psychiatriques. En effet, d'après la méta-analyse publiée par Solmi et al (2022) les troubles dépressifs apparaissent généralement autour de 19 ans(148), et plusieurs études ont montré une prévalence de ces troubles plus importante dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans que pour les tranches d'âge supérieures. La période de transition entre la vie lycéenne et la vie universitaire est aussi celle de l'adolescence à l'âge adulte, et plusieurs études la décrivent comme une période d'exploration de son identité indépendante ainsi que de sa personnalité(143, 149). C'est aussi le temps des premières prises de décisions autonomes, de la découverte des premières responsabilités du quotidien et de la confrontation aux difficultés financières, tout en devant maintenir les performances scolaires face à des exigences grandissantes(132). C'est une période d'instabilité où les relations et les situations professionnelles peuvent être incertaines(149). Ainsi, cette phase de construction et de développement du rapport à soi, aux autres, et de son avenir peut constituer une source importante de stress et de questionnements, susceptibles d'intervenir dans le développement des troubles anxieux et dépressifs(149).

Mais alors que le développement de leur vie sociale, professionnelle et personnelle occupe une place centrale dans la vie des étudiants, le maintien d'une hygiène de vie saine ne semble pas toujours évident malgré son importance dans la santé psychologique.

3) Une hygiène de vie dégradée à l'origine de troubles somatiques

3.1 L'activité physique des étudiants, un facteur protecteur

Il est admis que l'activité physique est un facteur protecteur des troubles dépressifs, et les explications pour cela sont multiples avec notamment l'amélioration de l'estime de soi, du rapport à son corps, le temps passé dans des espaces naturels, la réduction du stress ou encore les effets du sport sur la qualité du sommeil(150, 151). En effet, la pratique d'une activité physique correspondant aux recommandations faites par les institutions de santé réduirait de 25% le risque de développer une dépression(151). Une enquête réalisée sur onze mille lycéens européens avait mis en évidence une diminution de la symptomatologie dépressive avec l'augmentation de l'activité physique hebdomadaire(152). Ce rapport s'inversait pour les fréquences d'activité les plus élevées, pour lesquelles la symptomatologie dépressive pouvait augmenter, ce qui peut s'expliquer par le fait que les personnes surentraînées ou pratiquant une activité physique quotidienne sont susceptibles de souffrir de troubles du comportement alimentaire ou d'autres pathologies mentales.

D'après l'enquête menée en 2018 par la mutuelle SMEREP, 64% des étudiants pratiqueraient une activité physique au moins une fois par semaine(135). L'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Santé (ONAPS) indiquait que 94% des étudiants étaient concernés par une activité physique hebdomadaire, mais il faut prendre en compte la probable surestimation de ce résultat du fait de la proportion d'étudiants en licence de sport (plus d'un cinquième des répondants) ainsi que la prise en compte de la mobilité active (déplacement à vélo ou à pied)(153). Les deux études indiquent cependant le même taux d'inactifs de 10%. L'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire (INJEP), lui, indique que 80% d'étudiants pratiquaient une activité physique hebdomadaire en 2022, ce qui représente 6 points de plus que les non étudiants de la même tranche d'âge. A titre de comparaison, 65% des personnes

âgées de plus de 15 ans pratiqueraient une activité physique hebdomadaire dans la même enquête (154).

Le principal frein rencontré par les étudiants dans la pratique d'une activité sportive serait le manque de temps, suivi du manque d'entourage avec qui pratiquer. Il a également été montré que le stress, et notamment pendant les périodes d'examens, pouvait induire une baisse de l'activité physique(155). Mais malgré une sédentarité d'environ huit heures quotidiennes(153), les études précédemment décrites montrent que les étudiants restent une population assez active physiquement, ce qui pourrait constituer un facteur protecteur des troubles dépressifs.

3.2 Une alimentation déséquilibrée

D'après l'enquête menée en France en 2017 par la société Harris Interactive, 78% des étudiants français estiment avoir une alimentation de bonne qualité, contre 84% de la population générale(156). Cependant, malgré un taux de satisfaction élevé, les premiers critères de choix évoqués par les étudiants concernant leur alimentation sont le goût des aliments ainsi que leur prix. Le budget alloué à l'alimentation serait de neuf euros en moyenne par jour, ce qui représente quasiment trois euros de moins que le budget alloué par la population générale des plus de 25 ans(135).

Le cumul d'un emploi étudiant, des heures passées à l'université ainsi que des potentielles activités physiques ne laisse que peu de place aux activités culinaires : selon une enquête réalisée par l'UNSEM en 2009, 44% des étudiants déclaraient ne pas manger équilibré par manque de temps(157). Ce manque de temps conduit alors les étudiants à sauter des repas ou à choisir des aliments pour leur facilité de préparation plutôt que pour leur qualité. En effet, les enquêtes récentes révèlent qu'entre 48 et 60% des étudiants sauteraient des repas régulièrement (122, 135, 156), le repas le plus souvent impacté étant le petit déjeuner. De plus, plus des deux tiers des étudiants consomment moins de fruits et de légumes qu'ils ne le souhaiteraient par manque de temps pour les cuisiner et en raison d'un prix trop élevé(135). En 2019, 24% des étudiants interrogés déclarent ne manger aucun fruit, 35% aucun légume et 14% ni fruits ni légumes au quotidien(157). Pour faire face à la contrainte de temps, les étudiants se tournent vers la restauration rapide (sandwicheries, pizza...) avec environ 30% des

étudiants en consommant plus d'une fois par semaine, contre 18,1% pour la population active globale(158). Cette situation s'amplifie durant les périodes de stress comme les examens, à l'occasion desquelles plus de la moitié des étudiants constatent une dégradation de la qualité de leur alimentation (156).

Une étude coréenne a montré un impact négatif des mauvaises habitudes alimentaires, dont la consommation de fast-food et l'absence de petit déjeuner, sur la santé mentale des lycéens et collégiens, avec une association significative entre de telles habitudes et les pensées suicidaires ainsi qu'un sentiment de déprime(159). Une implication de la consommation de fast-food et de nourriture ultra-transformée dans le développement des troubles dépressifs a également été décrite à plusieurs reprises (160, 161), et la consommation de fruits et légumes était associée à un meilleur bien être psychologique dans une étude longitudinale menée sur plus de 45 000 britanniques entre 2010 et 2017(162). Le fait de ne pas prendre de petit déjeuner a également été associé à une plus forte prévalence des troubles dépressifs (163).

Ainsi, les mauvaises habitudes alimentaires des étudiants décrites ci-dessus pourraient être impliquées dans le développement des troubles dépressifs. Cette hypothèse doit néanmoins être nuancée par la difficulté d'établir un lien de causalité entre ces phénomènes et notamment le fait que les troubles dépressifs peuvent à l'inverse induire de mauvaises habitudes alimentaires, avec une moindre motivation à prendre soin de sa santé et également au travers d'un mécanisme de récompense encourageant les personnes subissant un épisode dépressif à trouver le réconfort dans une nourriture riche en graisse ou en sucre(164).

3.3 La consommation excessive d'alcool

Une autre habitude de consommation délétère pour les étudiants est leur consommation d'alcool. En effet, 40% des étudiants en consomment au moins une fois par semaine en 2018(122), et 31% des 18-25 ans déclarent un épisode de « binge-drinking », défini par la consommation d'au moins six verres d'alcool à une occasion donnée, dans le mois précédent l'enquête de l'Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives (OFTD) en 2014 (165). Une étude réalisée en 2018 sur une population de deux mille étudiants français a révélé 57% d'étudiants présentant une consommation d'alcool à risque de dommages physiques ou psychiques(166). Ceci peut s'expliquer en partie par la pression sociale qui s'exerce sur les étudiants et la perception que la consommation d'alcool faciliterait leur intégration(167). La

consommation d'alcool est alors maximale dans les premières années de vie étudiante, pendant lesquelles il s'agit pour les nouveaux entrants de créer de nouveaux liens affectifs. Cependant, une consommation excessive d'alcool durant la première année rendrait également les étudiants plus à risque de maintenir un niveau de consommation anormal au cours des années suivantes(168, 169).

Le lien entre une consommation abusive d'alcool et les troubles dépressifs a déjà été décrit dans la partie I)2, mais ces observations portaient majoritairement sur l'alcoolisme (impliquant la dépendance). Une étude australienne a mis en évidence un lien entre consommation excessive d'alcool, performances académiques et santé mentale, avec les étudiants consommant le plus d'alcool étant ceux présentant le plus de difficultés académiques et la plus grande détresse psychologique(170). En Finlande, une consommation excessive d'alcool impliquant notamment le binge-drinking (plus que la fréquence de consommation) a été corrélée à une santé mentale dégradée chez les étudiants(171). Enfin, il semblerait que les conséquences de la consommation d'alcool sur un individu, qui peuvent être cognitives, académiques, sociales ou physiques, soient plus fortement associées aux troubles dépressifs que la quantité et fréquence de consommation en elles-mêmes(172).

3.4 Les troubles du sommeil

L'étude menée par la mutuelle étudiante SMEREP en en 2018 a mis en évidence des troubles de sommeil chez 56% des étudiants interrogés, se manifestant par des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes ou précoces. Un quart des étudiants rapportait des nuits de moins de six heures(135), alors que la Sleep Association recommande entre sept et neuf heures de sommeil quotidiennes pour les adultes(173). Ces chiffres sont très proches de ceux publiés par une autre mutuelle étudiante, la société Heyme, qui indique des problèmes de sommeil chez 55% des étudiants et des nuits de moins de six heures pour 27% d'entre eux en semaine(174). La majorité des étudiants expliquent leurs troubles du sommeil par l'appréhension des examens et les réflexions sur leurs études et leur avenir, avec le manque de temps lié au fait de jongler entre leurs études, d'éventuels emplois étudiants ainsi que leurs activités sociales.

Les troubles du sommeil constituent à la fois un symptôme et un facteur de risque de la dépression : trois quarts des patients dépressifs présenteraient des troubles du sommeil, et le risque de développer une dépression serait entre trois et quatre fois supérieur pour les individus rapportant des épisodes fréquents d'insomnie(175). Nous avons également vu précédemment qu'un sommeil insuffisant constituait un facteur de risque de chronicisation de la dépression(91).

Ainsi, l'hygiène de vie des étudiants, à travers une alimentation parfois peu équilibrée, une consommation excessive d'alcool et un temps de sommeil insuffisant, pourrait constituer un facteur risque du développement des troubles dépressifs. Néanmoins, il est difficile d'établir un lien de causalité étant donné la relation bidirectionnelle existant entre ces facteurs hygiéniques et les troubles dépressifs. En effet, la consommation d'alcool, le manque d'attention envers l'alimentation ainsi que les troubles du sommeil peuvent aussi être induits par la maladie dépressive. Finalement, ces différents facteurs s'entretiennent et une dégradation de l'hygiène de vie participe au développement ou à la persistance des troubles psychologiques rencontrés par les populations étudiantes.

De plus, si le manque de temps et le stress ont été évoqués comme difficultés principales dans le maintien d'une bonne hygiène de vie, la question financière n'en reste pas moins au cœur des préoccupations des étudiants.

4) La précarité étudiante

4.1 Revenus et job étudiant

Le seuil de pauvreté est fixé à 60% du niveau de vie médian de la population. Selon l'Insee, 16% des 18-29 ans vivent sous le seuil de pauvreté en 2021(176). En 2014, 59% des étudiants français décohabitants, c'est-à-dire ne vivant pas avec leur parents, vivaient sous le seuil de pauvreté, avec un taux de pauvreté en condition de vie² de 31%(177). Un étudiant sur deux

² La pauvreté en condition de vie se définit par une privation dans au moins cinq des secteurs de dépenses suivants : les vêtements, la voiture ou la moto, les voyages ou les vacances, l'équipement du logement, les ordinateurs ou consoles de jeux, l'achat de livres ou de musique, les sorties culturelles, les sorties en boîte de nuit, au restaurant ou dans les bars, l'achat de matériel de sport, le téléphone ou l'abonnement téléphonique, les transports en commun, la nourriture, ainsi que l'épargne

déclarait à la SMEREP avoir eu des difficultés financières, avec 30% des concernés ayant souffert de ces difficultés au moins la moitié de l'année(135). Un quart des étudiants interrogés par l'institut de sondage IFOP pour l'association de solidarité étudiante Cop1 vivrait avec moins de cinquante euros par mois une fois les charges payées(178).

Les difficultés financières des étudiants se répercutent majoritairement sur leur alimentation, considérée comme un poste de dépense sur lequel des économies peuvent être faites. Ainsi, entre 20 et 36% des étudiants sauteraient régulièrement des repas pour faire des économies (135, 178) et près d'un étudiant sur deux réduirait les quantités de leur repas pour des raisons financières(178).

Plusieurs études transversales ont mis en évidence le lien entre les difficultés financières des étudiants et les troubles dépressifs. Sheldon et al publie en 2021 une méta-analyse reprenant les résultats de soixante-six études internationales sur la santé mentale des étudiants et les résultats convergent vers un risque majoré de dépression pour les étudiants rencontrant des difficultés financières et pour les étudiants rapportant le plus d'inquiétudes quant à leurs finances. Le risque suicidaire était également majoré pour ces étudiants(128). Chez les étudiants en médecine français, la prévalence de l'épisode dépressif majeur était deux fois supérieure chez les étudiants rapportant de graves difficultés financières par rapport à ceux n'en décrivant pas(179). Une étude longitudinale menée sur des étudiants anglais tend à dire que malgré l'existence d'une relation bidirectionnelle, ce sont les problèmes financiers qui conduiraient, en lien avec d'autres facteurs, à une dégradation de la santé mentale(180).

Pour pallier leurs difficultés financières, les étudiants ont recours à des activités rémunérées. L'observatoire national de la vie étudiante (OVE) a publié en 2020 une enquête selon laquelle 40% des étudiants exerceraient une activité rémunérée en parallèle de leurs études, dont 51% estiment qu'elle est indispensable à leur vie, et malgré un impact négatif sur leur bien-être et leurs études rapporté par la moitié des concernés. Plus d'un tiers des étudiants exerçant une activité rémunérée occupe un poste au moins à mi-temps(181). Or nous l'avons vu précédemment, un des facteurs de stress principal pour les étudiants est le manque de temps, qui induit une majoration de la pression académique, de mauvaises habitudes alimentaires et un temps sommeil insuffisant (d'autant plus que les inquiétudes financières sont elles-mêmes à l'origine de troubles du sommeil pour 21% pour des concernés(135)). Les étudiants qui rencontrent des difficultés financières et ayant la nécessité de travailler en plus de leurs études

pourraient alors être d'autant plus sujets à cette sensation d'être dépassés, et donc pourraient être d'autant plus sujets aux troubles de la santé mentale(182, 183). D'autres études ont mis en évidence un impact positif des emplois étudiants notamment au travers de l'apprentissage du travail en équipe, de la gestion du temps, de la confiance en soi et d'une meilleure aisance dans les relations sociales, malgré une réduction du temps libre et une fatigue accrue avec des conséquences sur les performances universitaires(184, 185).

4.2 Un faible accès aux soins

La situation financière des étudiants ainsi que les disponibilités restreintes engendrées par les emplois étudiants peuvent constituer des obstacles dans l'accès aux soins. En effet, 83% des étudiants ne visiteraient pas de médecin en cas de besoin et auraient tendance à pratiquer l'automédication ou à « attendre que cela passe »(135). Près d'un tiers des étudiants déclare avoir renoncé à des soins ou des examens médicaux pour des raisons financières au cours des 12 mois précédant l'enquête menée par l'OVE en 2018(122). Cependant, ces chiffres sont similaires à ceux obtenus sur la population générale française avec environ 29% de renoncement aux soins pour raisons financières en 2019(186). Néanmoins, il est intéressant de constater que les populations rencontrant des difficultés financières renoncent plus fréquemment aux soins que les autres, et ce par contrainte, alors que ceux disposant de situations financières plus aisées auront plus tendance à renoncer volontairement aux soins (perçus comme inutiles, avec des habitudes d'automédication au premier plan). Les étudiants exerçant une activité rémunérée étaient également plus susceptibles de renoncer aux soins par manque de temps(187).

Les troubles de la santé mentale n'échappent pas au phénomène de renoncement aux soins. En effet, seul un étudiant sur deux souffrant de dépression caractérisée aurait recours aux soins pour ces difficultés, contre deux tiers des concernés dans la population générale(188). Un étudiant sur deux considère pouvoir faire face seul à ses difficultés psychologiques, tandis qu'un sur quatre estime que le prix est un facteur limitant(189).

Alors que l'efficacité des prises en charge médicamenteuse et psychothérapeutique est connue et a été discutée dans la partie I)4, les effets délétères d'une prise en charge tardive des

troubles dépressifs ont également été décrits, avec une meilleure réponse aux traitements et de meilleurs taux de rémission pour les patients ayant bénéficié d'une prise en charge précoce(190). Ainsi, le fait qu'une proportion significative des étudiants renoncent aux soins, notamment psychologiques, les rend d'autant plus à risque de développer des troubles dépressifs persistants ou sévères.

5) Le cas des étudiants vétérinaires

5.1 Un rythme intense qui peut être difficile à supporter

En 2022, plus d'un tiers des étudiants répondant au questionnaire de Veto-Entraide aurait déjà pensé à quitter le cursus, et 15% y aurait songé plusieurs fois. La proportion d'étudiants s'interrogeant régulièrement à ce sujet augmente avec les années d'études, alors même que ces derniers se rapprochent du diplôme(191). L'association Veto-Entraide établit alors un lien avec le phénomène « d'aversion de la perte », décrit en psychologie sociale, et selon lequel un individu attribuerait plus d'importance à une perte qu'à un gain équivalent. Dans le cas des étudiants vétérinaires, si la tentation est grande de quitter le cursus juste avant l'obtention du diplôme, cela signifierait que le gain envisagé surpasse la perte du temps et de l'énergie investis pour en arriver à ce stade, et qu'il relèverait alors d'une urgence pour l'étudiant de sortir de cette situation(191).

Le fait de songer à quitter le cursus était alors associé à un décalage entre les attentes et la réalité concernant le rythme de travail. En effet, lors des rotations cliniques, les étudiants travailleraient en moyenne 51 heures par semaine, soit trois heures de plus que les horaires légaux préconisées par l'organisation mondiale du travail. Les rotations cliniques sont d'autant plus mal vécues que leur charge horaire est importante, et cela passe par une augmentation de la souffrance psychologique et des idées noires lorsque la charge horaire augmente, avec un effet particulièrement délétère au-delà des soixante heures hebdomadaires.

Le temps alloué aux activités extra-scolaires, le temps de sommeil et l'activité physique diminuaient également avec l'augmentation de la charge de travail, témoignant d'un moins bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée, que l'on peut aussi mettre en lien avec

une volonté majorée de quitter le cursus au cours des dernières années (pendant laquelle la charge de travail augmente) et un vécu négatif des rotations cliniques(191).

5.2 Un manque de confiance en soi marqué

La peur de l'incompétence est une thématique très récurrente dans le mal-être des étudiants vétérinaires. Si l'on a vu précédemment que les vétérinaires praticiens souffraient de la peur de l'erreur, Veto-Entraide révèle que 89% des étudiants craignent de ne pas être de bons vétérinaires et ces inquiétudes sont fréquentes pour plus d'un étudiant sur deux(191). Le niveau de stress était également croissant avec les années, avec les trois facteurs de stress les plus évoqués étant les facteurs académiques (appréhension des examens, du niveau de compétences générales, et de la charge de travail)(118). Une étude menée sur plusieurs écoles vétérinaires européennes n'avait cependant pas pu mettre en évidence de corrélation significative entre des facteurs précis et le niveau de stress ressenti, faisant conclure à une origine multifactorielle du stress ressenti par les étudiants(192).

Le niveau d'inquiétudes quant aux compétences est croissant avec les années et les étudiants en dernière année seraient affectés par la peur d'être de mauvais vétérinaires quelque soit la perception de leur niveau académique, c'est-à-dire que même les étudiants considérant leur niveau comme supérieur à la moyenne craignent de ne pas être suffisamment bons. La proximité avec la vie active pourrait alors intensifier la crainte de ne pas pouvoir en remplir les exigences.

De la même façon, alors que la peur d'être un mauvais vétérinaire est indépendante de la voie d'admission, les élèves en provenance du concours C en sont inquiets quelque soit la perception de leur niveau académique, contrairement à ceux issus des concours A et B pour lesquels la peur de l'incompétence est associée à la perception d'avoir un niveau inférieur à la moyenne. De plus, malgré une mauvaise estime générale de leur niveau académique, les élèves en provenance du concours A ont une meilleure estime de leur niveau que ceux issus du concours B, eux même ayant une meilleure estime de leur niveau que les étudiants issus du concours C(191).

La peur d'être de mauvais vétérinaires relève directement d'un manque de confiance en soi. En effet, l'impression de ne pas disposer de capacités intellectuelles ou émotionnelles suffisantes est énoncée plus fréquemment comme source d'inquiétudes que la qualité de la formation qu'ils suivent. Un manque de confiance en soi général est également constaté, la peur d'être un mauvais vétérinaire étant également associée au fait de se trouver moins beau ou moins intelligent.

Ce phénomène implique une dégradation de la santé mentale, la peur d'être un mauvais vétérinaire et la perception d'avoir un niveau académique inférieur à la moyenne étant associés à une forte propension aux idées noires ainsi qu'à un sentiment de tristesse plus marqué(191). Ceci rappelle le constat effectué dans l'enquête du professeur Truchot selon lequel la peur de l'erreur est très fortement corrélée aux pensées suicidaires chez les vétérinaires praticiens(59).

5.3 Une hygiène de vie dégradée

La sensation de fatigue est également largement ressentie par les étudiants vétérinaires : 76% l'évoquent dans l'enquête de Veto-Entraide(118), contre 60% des étudiants de la population générale interrogés par l'Observatoire nationale de la Vie Etudiante (OVE) en 2016(117). Trois-quarts des étudiants dorment moins de huit heures par nuit, et près d'un sur trois dort moins de sept heures. Les élèves déclarant ne pas dormir suffisamment sont aussi ceux qui ont une estime de leur niveau académique plus faible.

L'alimentation et la consommation d'alcool restent des facteurs de risque pour les étudiants vétérinaires. Ainsi, seuls 44% estiment avoir une alimentation équilibrée, et 42% boivent de l'alcool plus d'une fois par semaine, avec plus de trois verres par occasion pour 70% des consommateurs. Une association significative a également été observée entre le fait de dormir peu, d'avoir une alimentation de mauvaise qualité et la volonté de quitter le cursus(118).

5.4 Impact du facteur financier et du job étudiant

Le facteur financier constitue une source de stress important pour un tiers des étudiants vétérinaires, tandis qu'un tiers n'est pas du tout inquiet à ce sujet. 33% des étudiants déclarent que leurs finances représentent une source de stress majeure, et 36,9% des étudiants exercent une activité rémunérée toutes les semaines, le temps moyen alloué à l'activité rémunérée étant de quatre heures et trente minutes (118).

Les étudiants issus du concours C sont plus souvent boursiers et ils sont plus nombreux à exercer une activité rémunérée plus de six heures par semaine que ceux issus du concours A. L'impact de l'activité rémunérée n'est pas majoritairement ressenti comme négatif, ce qui rejoint les hypothèses émises au paragraphe III)4). Cependant, plus d'un tiers de la population concernée pense en subir des conséquences négatives ou très négatives et la charge horaire de l'emploi est corrélée à l'assiduité aux cours magistraux, au temps de travail personnel et au temps de sommeil(191).

Les étudiants boursiers ou ayant eu recours à un emprunt se croient également moins intelligents que les autres et sont plus nombreux à avoir reçu un traitement pour des problèmes de santé mentale.

5.5 Les activités sociales, associatives et physiques comme facteur protecteur

Les étudiants vétérinaires maintiennent un bon niveau d'activité physique, malgré les emplois du temps chargés, avec entre 66 et 82% d'étudiants en pratiquant au moins une fois par semaine(118, 191). Les étudiants qui pratiquent le plus de sport ont également moins peur d'être de mauvais vétérinaires et ont une meilleure estime de leur niveau académique. On retrouve ici l'impact positif de l'activité sportive sur l'estime de soi, qui constitue alors un facteur protecteur pour les étudiants vétérinaires(191).

La consommation excessive d'alcool décrite précédemment peut être mise en relation avec la vie associative très présente sur les campus vétérinaires. Plus d'un étudiant sur deux participe à la vie associative, et 86% estiment être bien entourés et utilisent la force de cet entourage social pour faire face aux facteurs de stress(118). Le temps alloué aux activités extra-scolaires

ou associatives est associé à un meilleur vécu des rotations cliniques, or ce temps diminue avec les années, en lien avec l'augmentation de la charge de travail, rendant d'autant plus difficile les dernières années d'études(191).

La vie associative ainsi que la consommation d'alcool sont associées à une moindre assiduité aux cours magistraux et à une diminution du temps de travail personnel. Cependant, les élèves ne consommant pas d'alcool et manifestant une meilleure assiduité sont plus tristes et expriment plus d'idées noires, avec une estime d'eux même également dégradée.

Ainsi, malgré un impact parfois négatif sur le temps alloué aux études, la vie associative et extra-scolaire, qu'elle soit festive, sportive ou sociale constitue un facteur protecteur essentiel pour les étudiants vétérinaires pour faire face psychologiquement aux exigences de leur parcours universitaire. La réduction du temps alloué à ces activités, lorsque la charge de travail augmente et notamment lors des dernières années, contribue à un vécu négatif des rotations cliniques, à une mauvaise image de soi, à la dégradation de la santé mentale et à l'envie de quitter le cursus(191). L'étude menée en 2018 sur les différentes écoles européennes avait également mis en évidence un bien-être plus faible chez les étudiants en quatrième année par rapport à ceux de première année, avec un niveau d'expression de symptômes dépressifs plus important, une perception du stress en école vétérinaire plus élevée et une hygiène de vie moins bonne (192).

DEUXIEME PARTIE : ETUDE EXPERIMENTALE

Les rares données disponibles dans la littérature internationale au sujet de la santé mentale des étudiants vétérinaires montrent une symptomatologie dépressive et une fréquence des pensées suicidaires plus élevées que celles observées dans la population générale, et parfois même que chez les étudiants d'autres disciplines. En France, aucune étude standardisée utilisant des outils validés n'a encore été réalisée à ce sujet.

I) Matériels et méthode

1) Choix de l'échelle utilisée

Il existe différents outils pour caractériser la symptomatologie dépressive dans une population. Certains utilisent des auto-questionnaires, des hétéro-questionnaires, ou des entretiens structurés. L'utilisation d'un auto-questionnaire a été privilégiée ici, en considérant le grand nombre de personnes interrogées ainsi que le biais de la présence d'un interlocuteur face aux sujets personnels abordés. Parmi les auto-questionnaires existants et validés, on utilisera la Center For Epidemiologic Studies Depression Scale. Cette échelle a été développée par le National Institute of Mental Health (NIMH) aux Etats-Unis, à partir de plusieurs échelles de la dépression validées, pour être utilisée dans des études épidémiologiques concernant la symptomatologie dépressive en population générale(193). Ce questionnaire implique l'humeur dépressive, les affects positifs, les plaintes somatiques et les relations interpersonnelles, avec une composante émotionnelle plus importante que dans d'autres échelles comme celles de Beck et de Zung, également largement utilisées. Ces caractéristiques rendent l'échelle CES-D plus adaptée à son utilisation pour la détection des états dépressifs sur des populations non cliniques, qui auront tendance à manifester plus de signes émotionnels que comportementaux.

Le questionnaire comporte 20 items. Le sujet évalue à quelle fréquence il a ressenti des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression au cours de la semaine écoulée, avec quatre réponses proposées et associées à une cotation : jamais (0), rarement (0), occasionnellement (1), assez souvent (2), fréquemment (3), ou tout le temps (3). Pour

quatre items, la cotation est inversée (items 4,8,12 et 16). Le score final est compris entre 0 et 60, avec un score élevé correspondant à une symptomatologie dépressive importante. D'après la version originale de l'échelle de L.S Radloff (1977), un score final supérieur ou égal à 16 indique une symptomatologie dépressive élevée.

L'échelle est utilisable seulement si au moins 16 des items ont été complétés par le participant, et ne s'interprète qu'en termes de niveau de symptômes dans une population. Elle ne peut en aucun cas être utilisée comme un outil de diagnostic individuel(194).

De plus, les propriétés psychométriques de la version française de l'échelle proposée par Furher et Rouillon (1989)(195), ont été validées dans l'étude de Morin et al en 2011(196).

Le seuil utilisé pour définir une symptomatologie élevée doit être celui offrant le meilleur compromis entre sensibilité et spécificité. D'après l'étude de Morin et al (2011) réalisée sur la version française de l'échelle, le seuil permettant la meilleure précision est celui de 20 chez les femmes avec une sensibilité de 84,1 % et une spécificité de 85,2 %, de 16 chez les hommes avec une sensibilité de 86,5 % et une spécificité de 87,1 %, et de 19 si l'on travaille sans distinction de genre, avec une sensibilité de 85,3% et une spécificité de 85,9%.

Ainsi dans notre étude, nous utiliserons le seuil de 20 pour les femmes, 16 pour les hommes, et le seuil de 19 pour les répondants n'ayant pas souhaité renseigner de genre.

2) Construction du questionnaire et diffusion

Le questionnaire a été établi via la plateforme Sphinx. Il comporte 29 questions avec obligation de réponse, dont 20 correspondent aux 20 items de l'échelle CES-D. Les réponses sont anonymes.

Sept questions préalables de caractérisation de la population répondante ont été ajoutées et concernent : le genre, la voie d'accès aux écoles vétérinaires empruntée, l'école fréquentée, l'année d'études, la situation financière, ainsi que les perspectives professionnelles. Une question portant sur les emplois étudiants vient compléter l'interrogation sur les revenus. En effet, pour deux étudiants parvenant à payer leurs charges fixes, le niveau de bien-être d'un étudiant qui aurait un emploi occupant la majorité de son temps libre serait inférieur à celui

de l'étudiant n'ayant pas la nécessité de travailler pour maintenir son niveau de vie(197). La décision a été prise d'évaluer les revenus de façon qualitative plutôt que quantitative, du fait de la différence du coût de la vie entre les différentes villes fréquentée par les étudiants.

Deux questions supplémentaires sont ajoutées à la fin du questionnaire. La première porte sur les idéations suicidaires, afin de confronter les résultats obtenus aux chiffres connus sur les taux de suicide au sein de la profession, ainsi que dans d'autres communautés étudiantes non vétérinaires. Avec la dernière question, les étudiants doivent estimer s'ils se sentent plus déprimés depuis leur entrée à l'école vétérinaire ou non.

Toutes les questions n'appartenant pas strictement à l'échelle CES-D ne comportent pas de barème et ne sont pas incluses dans le calcul du score.

Le questionnaire a été diffusé le 1^e Novembre 2023 via mail sur les adresses universitaires de tous les étudiants de la deuxième à la sixième année dans les quatre écoles nationales françaises, ainsi que sur les réseaux sociaux à travers des groupes d'étudiants vétérinaires français. Une relance a été réalisée une semaine plus tard par les mêmes biais. La date de diffusion du questionnaire a été choisie de sorte à être suffisamment éloignée de la rentrée scolaire et des périodes d'examens(198) de fin de semestre, susceptibles de biaiser les résultats.

La décision a été prise d'inclure à l'étude les étudiants de la deuxième à la sixième année. Les étudiants en première année, sélectionnés par la voie post bac mise en place en 2021, n'ont pas été intégrés considérant que ces étudiants sont encore en cours d'accès aux écoles vétérinaires et n'en font pas encore pleinement partie. De même, les internes n'ont pas été inclus à l'étude, étant donné leur statut particulier et leur faible effectif par rapport aux autres promotions.

II) Résultats

1) Population répondante

Neuf cent cinquante-huit réponses ont été obtenues, ce qui représente 27% de participation sur l'ensemble des étudiants vétérinaires français, avec une population théorique de 3500

étudiants. L'échantillon est donc représentatif avec un intervalle de confiance à 99% et une marge d'erreur à 4%(199). De plus, 98% des réponses ont été enregistrées entre le 1^{er} et le 10 Novembre 2023, avec une dernière réponse enregistrée le 17 Novembre.

81% des répondants sont des femmes, 18% des hommes et 1% n'a pas souhaité renseigner de genre. Ces résultats sont assez cohérents avec la proportion de femmes en école vétérinaire en France, qui atteint 75% en 2020(200).

L'école pour laquelle le plus de réponses ont été obtenues est celle de Toulouse, avec 30% des réponses, et la moins représentée est celle de Maison Alfort avec 20% des répondants. L'école vétérinaire de Nantes et celle de Lyon comptabilisent respectivement 24% et 26% des réponses. Malgré une légère sur-représentativité des étudiants toulousains et une légère sous représentativité des étudiants parisiens, la proportion d'étudiants issus de chaque école reste assez proche des proportions réelles.

Quasiment la moitié des répondants sont inscrits en deuxième ou troisième année (24% et 23% respectivement). On compte 18% de répondant en quatrième année, 15% en cinquième année (promotion la moins représentée), et 19% en dernière année (*figure 2*). Les taux de répondants en deuxième et dernière année sont cohérents avec leur représentation dans les écoles vétérinaires en 2023 (*figure 3*). Les étudiants en troisième année sont légèrement surreprésentés tandis que ceux en quatrième et cinquième année sont légèrement sous-représentés dans l'étude.

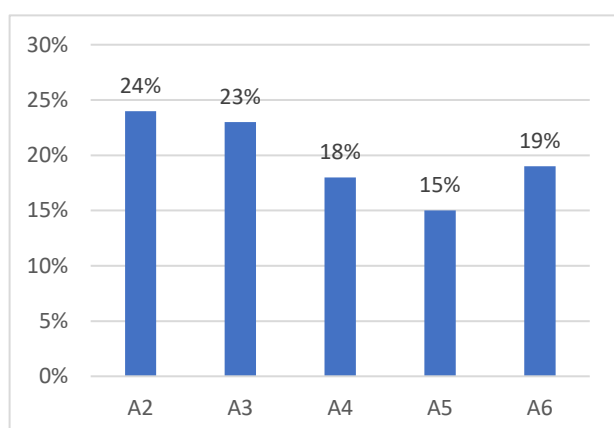


Figure 2 : Proportion de répondants à l'étude dans chaque promotion

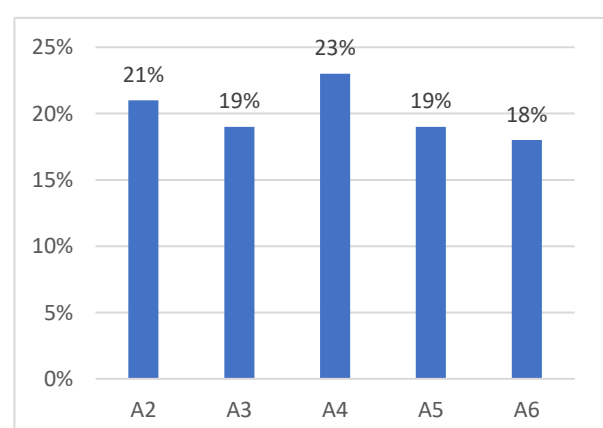


Figure 3 : Proportion d'étudiants dans chaque promotion dans les ENV françaises en 2023

La majorité des répondants (60%) sont entrés à l'école vétérinaire via le concours A, correspondant aux classes préparatoires. Viennent ensuite les voies C (étudiants issus des DUT) à 14% de représentation et post bac à 12% de représentation. Les étudiants issus de licence représentent 11% des répondants, tandis que les voies A-TB, E, et D sont très minoritaires avec 1% maximum des réponses pour chaque voie (figure 4). Ces proportions sont très proches des représentations réelles des différentes voies d'accès en école vétérinaire au moment de la diffusion de l'enquête (promotions de 2019 à 2023)(figure 5).

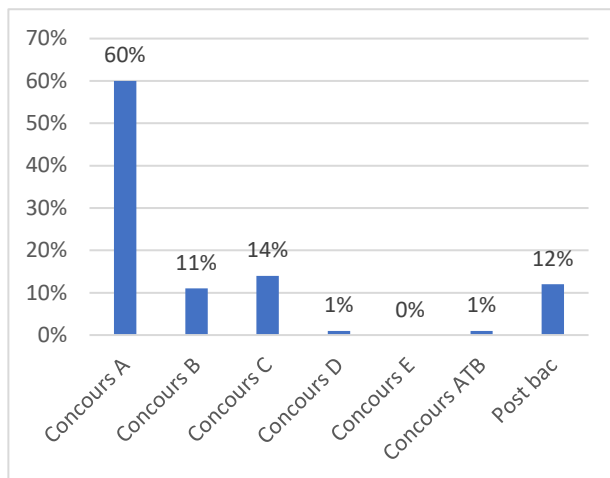


Figure 4 : Proportion de répondants à l'étude issus de chaque voie d'admission

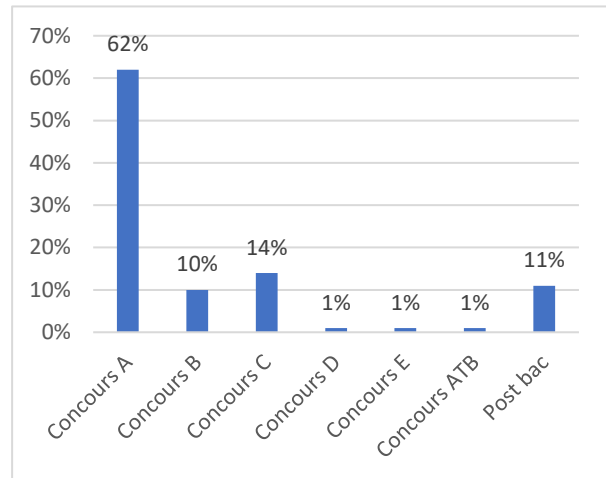


Figure 5 : Proportion d'étudiants vétérinaires issus de chaque voie d'admission en 2023

Les observations de genre, de promotion, et de voies d'admission permettent de dire que l'échantillon répondant est assez représentatif de la population totale d'étudiants vétérinaires en France en 2023.

Concernant les revenus des étudiants, 95% des étudiants interrogés ne rapportent pas de difficultés à payer leurs charges fixes et plus des deux tiers peuvent allouer de l'argent à leurs loisirs (figure 6). En 2018, l'association Veto Entraide révélait que 33% des étudiants vétérinaires français seraient particulièrement inquiets par leurs finances (118), un résultat qui peut être rapproché des 30% d'étudiants de notre étude pour lesquels la totalité du revenu mensuel est dédié aux charges fixes ou qui rencontrent des difficultés à les payer. De plus, une enquête réalisée sur 100 000 étudiants français scolarisés dans différents établissements d'enseignements supérieurs en 2020 avait révélé que 26% des étudiants estiment avoir des

difficultés à couvrir leurs besoins mensuels(201), contre 5% dans notre étude. Les étudiants vétérinaires seraient donc globalement confrontés à moins de difficultés financières que la population générale étudiante française. Une explication possible est un milieu social d'origine plus aisé, avec une grande proportion des étudiants ayant au moins un parent appartenant à la catégorie socio-professionnelle des cadres et professions intellectuelles supérieures(202).

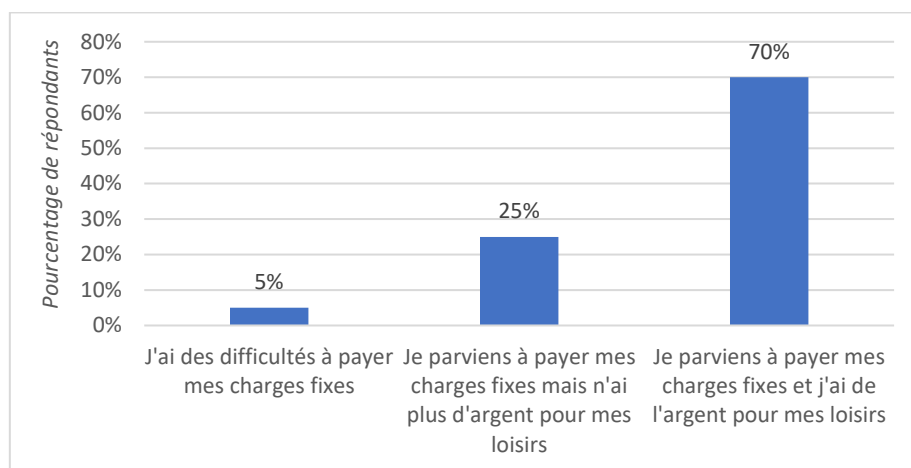


Figure 6 : Niveau de vie des répondants

En croisant ces données avec celles obtenues sur les emplois étudiants (tableau 4), on constate que parmi les étudiants qui peinent à payer leurs charges fixes la majorité ont un emploi occupant plus de quatre heures par semaine. De plus, parmi les étudiants pouvant allouer de l'argent à leurs loisirs, ils sont une minorité à occuper un emploi plus de quatre heures par semaine.

Tableau 4 : Lien entre job étudiant et niveau de vie des répondants

CONCERNANT MES REVENUS :	CONCERNANT LES JOBS ÉTUDIANTS :		
	JE N'AI PAS DE JOB ÉTUDIANT	J'AI UN JOB ÉTUDIANT QUI ME PREND MOINS DE 4 HEURES PAR SEMAINE	J'AI UN JOB ÉTUDIANT QUI ME PREND 4 HEURES OU PLUS PAR SEMAINE
J'ai des difficultés à payer mes charges fixes	43%	9%	48%
Je parviens à payer mes charges fixes mais je n'ai plus d'argent pour mes loisirs	50%	23%	27%
Je parviens à payer mes charges fixes et il me reste de l'argent pour mes loisirs	54%	22%	24%

■ Éléments sous-représentés ■ Éléments sur-représentés

La relation est très significative. $p\text{-value} < 0,01$; $\text{Chi}^2 = 14,1$; $\text{ddl} = 4$.

Ainsi, on pourra considérer que les étudiants pouvant allouer de l'argent à leurs loisirs ont effectivement un niveau de bien-être supérieur en ce sens par rapport à ceux qui éprouvent des difficultés financières, étant donné que leur niveau plus confortable de revenu est faiblement associé à un risque de surmenage (par association travail-étude) tandis que ceux éprouvant des difficultés financières sont aussi ceux qui travaillent le plus. Dans notre étude cependant, le fait d'exercer une activité rémunérée n'était pas associé à l'expression de symptômes dépressifs.

Enfin, 91% des répondants prévoient de s'orienter vers une pratique en clientèle après leurs études. Les 9% restant correspondent aux profils de futurs enseignants, chercheurs, ou autre projet non renseigné.

2) Résultats obtenus sur le questionnaire

Dans un souci de pertinence et de clarté de cette partie, en plus de la description des résultats obtenus, ceux-ci seront confrontés aux données issues d'autres travaux de recherche (bien que cette étape soit généralement réservée à la discussion).

2.1 Résultats obtenus sur l'ensemble des répondants

Sur le total des individus interrogés, 51% ont obtenu un score CES-D supérieur aux seuils de symptomatologie dépressive élevée établis dans la partie 2.1.1, avec un score moyen de 21,4. De plus, 28% des étudiants interrogés rapportent avoir déjà eu des pensées suicidaires au cours de leur scolarité.

Prévalence des pensées suicidaires

Plusieurs études menées depuis le début des années 2000 sur la santé mentale étudiante se sont intéressées à la prévalence des pensées suicidaires dans ces populations. L'étude de Boujut et al (2009) qui reprend les données de plusieurs études menées au début des années 2000 sur la santé mentale étudiante en France et aux Etats Unis rapporte une prévalence des pensées suicidaires entre 9 et 15%(203). Les études de Auerbach et al en 2016 (129),

Bruffaerts et al en 2019 (130); et Sheldon et al en 2021(128) réalisées sur des populations étudiantes de différents pays occidentaux ont également mis en évidence une prévalence des pensées suicidaires entre 8 et 17%.

En France en 2016, l'Observatoire national de la Vie Etudiante (OVE) décèle parmi 19 000 étudiants interrogés un taux de 8% ayant déjà eu des pensées suicidaires l'année précédant l'enquête(122). L'analyse réalisée en 2021 des résultats obtenus avec la cohorte i-Share, étude longitudinale qui s'intéresse à la santé mentale étudiante en France depuis 2013, a quant à elle révélé que 21% des étudiants interrogés avaient déjà eu des pensées suicidaires(123).

Concernant les étudiants en médecine pour lesquels la prévalence importante des troubles dépressifs et suicidaires est connue, une étude, réalisée en 2019 sur plus de 1500 étudiants en santé français, a mis en évidence la survenue de pensées suicidaires chez 15% des étudiants interrogés(136). En 2021, l'Intersyndicale nationale des internes révèle que plus de 23% des internes en médecine interrogés ont déjà eu des pensées suicidaires(204).

Ainsi, malgré la pluralité des résultats obtenus dans les différentes études réalisées sur les populations étudiantes françaises et occidentales dont les étudiants en santé humaine, aucun des taux publiés d'étudiants ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur scolarité ne semble dépasser celui de 28% mis en évidence aujourd'hui chez les étudiants vétérinaires français. Il faut néanmoins prendre en compte une potentielle surestimation des résultats, les étudiants vétérinaires étant ici interrogés sur leur situation depuis l'entrée en école, alors que certaines des études mentionnées précédemment ne s'intéressent qu'aux douze derniers mois.

De plus, l'étude du professeur Truchot avait mis en évidence des pensées suicidaires survenues au cours des semaines précédant l'enquête chez 23% des vétérinaires interrogés(59). Le fait que ces résultats soient similaires à ceux obtenus auprès des étudiants vétérinaires depuis leur entrée à l'école, donc à l'échelle de plusieurs mois ou années, laisse présager que la prévalence des pensées suicidaires chez les vétérinaires praticiens est nettement supérieure à celle observée chez les étudiants.

Symptomatologie dépressive

Concernant les résultats obtenus avec l'échelle CES-D, l'étude similaire réalisée sur les étudiants vétérinaires américains en 2017 avait révélé 66% de scores au-dessus du seuil de symptomatologie élevée, avec une moyenne cependant très proche de celle obtenue ici (21,5 dans l'étude américaine)(111). La forte proportion de scores supérieurs au seuil dans cette étude nord-américaine peut s'expliquer par l'utilisation du seuil unique de 16 recommandé dans la version anglaise et sans différenciation de genre, pouvant conduire à une surestimation des résultats obtenus pour les femmes interrogées. Les autres données disponibles sur les troubles dépressifs des étudiants vétérinaires utilisent des échelles différentes et renseignent 45,9% d'étudiants vétérinaires allemands(114) et 55,3% d'étudiants vétérinaires autrichiens(115) souffrant de dépression modérée à sévère avec l'échelle PHQ-9, et 35% avec l'échelle DASS en Australie(116).

De plus, l'échelle CES-D utilisée sur une population d'étudiants de l'université de Poitiers en 2003(205) révélait un score moyen de 16, donc bien inférieur à celui de 21,4 des étudiants vétérinaires. Nous ne pourrions pas comparer la proportion d'étudiants dépassant le seuil de symptomatologie élevée (30,8%) avec le nôtre (51%), étant donné que l'étude en question utilise les scores suggérés par Fuhrer et Rouillon (1989) de 17 pour les hommes et 23 pour les femmes et précédant l'étude méta analytique de Morin et al (2011). Deux autres études françaises menées sur des populations étudiantes et utilisant l'inventaire de dépression de Beck révèlent 28,5 et 43,1% de dépression modérée à sévère au sein des populations interrogées(121, 206) . Si l'on s'intéresse à nouveau aux scores obtenus par les étudiants en médecine humaine, en France ce sont 18% des étudiants en médecine qui auraient présenté des symptômes dépressifs la semaine précédant l'enquête de Rolland et al (2021) d'après les résultats obtenus avec le questionnaire HAD(179).

Dans d'autres pays européens ainsi qu'aux Etats-Unis, l'échelle CES-D utilisée sur les populations universitaires avec le seuil de 16 a mis en évidence une symptomatologie dépressive élevée pour respectivement 33 à 48% des étudiants interrogés(126, 127, 207).

Ainsi, il semblerait que les écoles vétérinaires françaises abritent des niveaux de symptomatologie dépressive plus élevés que dans les autres populations étudiantes, y compris les étudiants en santé humaine. Ce constat se vérifie également aux Etats-Unis : entre 21 et

39% d'étudiants en médecine américains répondant à l'échelle CES-D présentaient une symptomatologie dépressive élevée ; des résultats bien moindres par rapport à ceux obtenus chez les étudiants vétérinaires avec le même seuil (66%)(112, 113). En Australie cependant, l'utilisation de l'échelle DASS sur des populations d'étudiants vétérinaires et non vétérinaires avait montré des niveaux de symptômes dépressifs équivalents, malgré un stress plus important chez les étudiants vétérinaires et une plus forte tendance à stigmatiser leurs troubles psychologiques(116).

Si l'on étudie l'antériorité de la symptomatologie dépressive par rapport à l'entrée en école vétérinaire, on constate que les étudiants présentant une symptomatologie dépressive élevée considèrent majoritairement aller moins bien depuis leur entrée à l'école vétérinaire ($p\text{-value} < 0,01$, $\text{Khi}^2 = 234,2$; $\text{ddl} = 4$). En effet, parmi les étudiants dont le score CES-D dépasse le seuil établi, 47% estiment être plus déprimés depuis l'entrée à l'école, tandis que 25% ont considéré ne pas aller moins bien. 28% des étudiants ne se sont pas positionnés face à cet item (réponse neutre).

2.2 Influence du genre

Si l'on s'intéresse aux différents scores obtenus selon les genres, on observe un score moyen significativement plus élevé ($Fisher = 25$; $p\text{-value} < 0,01$) chez les femmes (score moyen : 22,7) que chez les hommes (score moyen : 15,3). De plus, on observe une corrélation entre le genre et l'existence d'une symptomatologie dépressive élevée ($\text{Khi}^2 = 12,2$; $\text{ddl} = 2$; $p\text{-value} < 0,01$), avec 53% des femmes interrogées dépassant le seuil fixé pour la CES-D, contre 40% des hommes (figure 7). De la même façon, 30% des femmes interrogées ont déjà eu des pensées suicidaires, contre 18% des hommes. Le niveau de symptomatologie des répondants qui n'ont pas souhaité renseigner de genre ne sera pas interprété, du fait du faible effectif de cette catégorie.

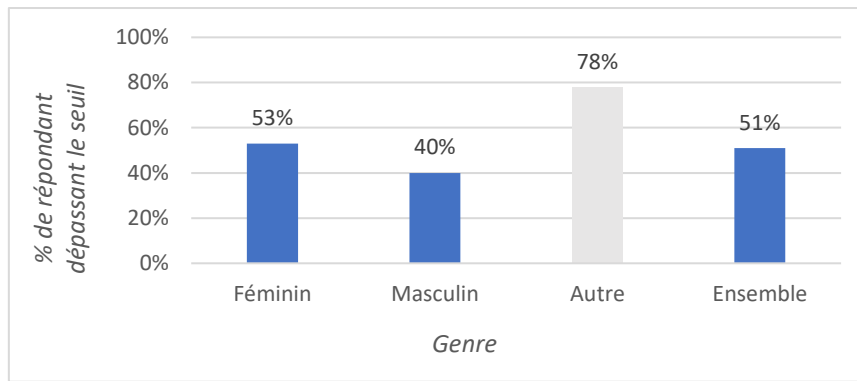


Figure 7 : Pourcentage d'individus présentant une symptomatologie dépressive élevée en fonction du genre

Le fait que la prévalence des troubles dépressifs soit plus élevée chez les femmes que chez les hommes est bien connu des études d'épidémiologie psychiatriques. Une des hypothèses pouvant expliquer cette observation est la présence de biais présents dans les items composant les questionnaires utilisés, comme les « crises de larmes » évoquées dans l'échelle CES-D ou la baisse d'énergie qui sont plus souvent manifestées par les femmes, alors que les hommes renseignent plutôt une diminution de la parole, de l'irritabilité, ou une augmentation de la consommation de drogue et alcool(208) . Mais malgré une prévalence plus importante de certains symptômes chez les femmes par rapport aux hommes, il a été montré que la différence entre les deux genres en ce qui concerne la dépression n'était pas simplement liée aux biais d'items(209). En réalité, cette différence semble s'expliquer par des facteurs biologiques et psycho-sociaux avant tout(210, 211).

2.3 Influence de l'année d'étude

Aucune différence significative n'a été observée entre les scores moyens des étudiants des différentes promotions ($Fisher=1,6$; $p-value = 0,2$). L'année d'étude ne semble que faiblement corrélée à l'existence d'une symptomatologie dépressive élevée ($khi2 = 9,3$; $ddl = 4$; $p-value=0,1$) (figure 8). Cependant, on observe une différence significative entre les groupes A2 et A6, les étudiants en dernière année d'école vétérinaire se détachant comme étant ceux pour lesquels on relève le niveau de symptômes dépressifs le plus élevé (59%) tandis que les

étudiants en première année sont ceux qui manifestent le moins de symptômes dépressifs (45%).

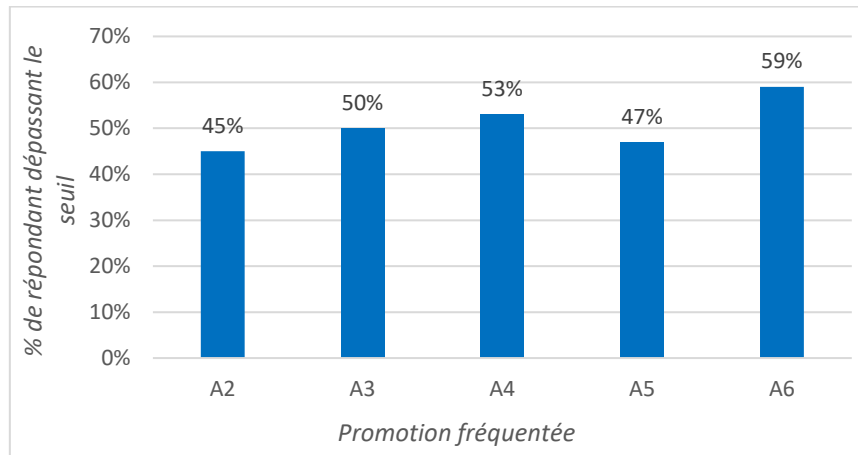


Figure 8 : Pourcentage d'individus présentant une symptomatologie dépressive élevée en fonction de la promotion

Nous pouvons mettre en relation ces résultats avec ceux obtenus dans l'enquête de Veto-Entraide sur le bien être des étudiants vétérinaires français réalisée en 2018, à travers laquelle les étudiants ont rapporté un niveau de stress grandissant de la première à la dernière année(118). La même année, une thèse s'intéressant au niveau de bien-être des étudiants vétérinaires en Europe mettait en évidence des niveaux de stress plus élevés et un bien-être inférieur pour les étudiants en quatrième année par rapport à ceux en première année(192). Cette enquête n'avait pas pu mettre en évidence un facteur de stress particulier pouvant expliquer ces résultats, mais avait conclu à une origine multifactorielle du stress ressenti en quatrième année (emploi du temps plus lourd, responsabilités grandissantes, moins de temps pour soi). Cela semble cohérent avec le constat effectué en 2013 à l'école d'Alfort(202) selon lequel les étudiants sont de moins en moins satisfaits par leur rythme de vie et de détente au fil des années, qui rejoint celui de Veto Entraide en 2018 selon lequel le temps alloué aux loisirs diminue avec l'avancée dans le cursus(118). De plus, l'enquête de l'association Veto-Entraide en 2022(191) mettait en évidence une proportion significativement plus importante d'étudiants songeant à arrêter leurs études vétérinaires dans les dernières années de la formation. Les étudiants en dernière année ont également de plus fortes inquiétudes quant à leurs compétences, et nous avons vu précédemment que la peur de l'erreur ainsi qu'une

mauvaise estime de soi étaient associés à des troubles de la santé mentale. La meilleure condition psychologique des étudiants en première année pourrait s'expliquer par la richesse de la vie sociale lors des premiers mois suivant l'intégration, qui constitue un facteur protecteur, ainsi que par le fait que ces étudiants ne font pas encore réellement face aux facteurs de stress professionnel. On aurait pu néanmoins s'attendre à ce que ces derniers soient plus sujets aux symptômes dépressifs du fait des défis que constituent l'arrivée dans un nouvel environnement, évoqués dans la partie III)2. La faible significativité de ces différences fait relever un mal-être psychologique global chez la majorité des étudiants vétérinaires, quelque soit l'année d'étude.

On fait l'observation inverse aux Etats-Unis : les résultats rencontrés dans l'étude de Kilinger & al (2017) sur les étudiants vétérinaires américains montrait des scores CES-D plus faibles pour les étudiants en première et dernière année, associés à des niveaux de stress plus faibles également rapportés par les étudiants de ces promotions. Les études de Strand et al (2005) et Nahar et al (2019) ont également révélé des niveaux de dépression inférieurs pour les étudiants en dernière année, associés à un stress moins important(212, 213).

La corrélation connue entre stress et dépression(138) pourrait donc expliquer le niveau de dépression plus élevé observé chez les étudiants français en dernière année, plus souvent soumis au stress.

2.4 Influence des revenus

On constate une corrélation très significative entre la moyenne des scores obtenus par les répondants et leur situation financière ($Fisher = 20,7$; $p\text{-value} < 0,01$). En effet, les étudiants ayant des difficultés à payer leurs charges fixes ont obtenu un score moyen de 27,5 ; ceux qui parviennent à payer leurs charges mais qui n'ont plus d'argent ensuite pour leurs loisirs ont obtenu un score moyen de 25,6 ; et ceux qui ont une situation financière plus confortable ont obtenu en moyenne les scores les plus faibles (scores moyens 19,4).

De la même façon, la proportion d'étudiants dépassant le seuil de symptomatologie élevée augmente de manière significative avec la dégradation de la situation financière ($Chi2 = 39,7$; $p\text{-value} < 0,01$; $ddl = 2$) (figure 9).

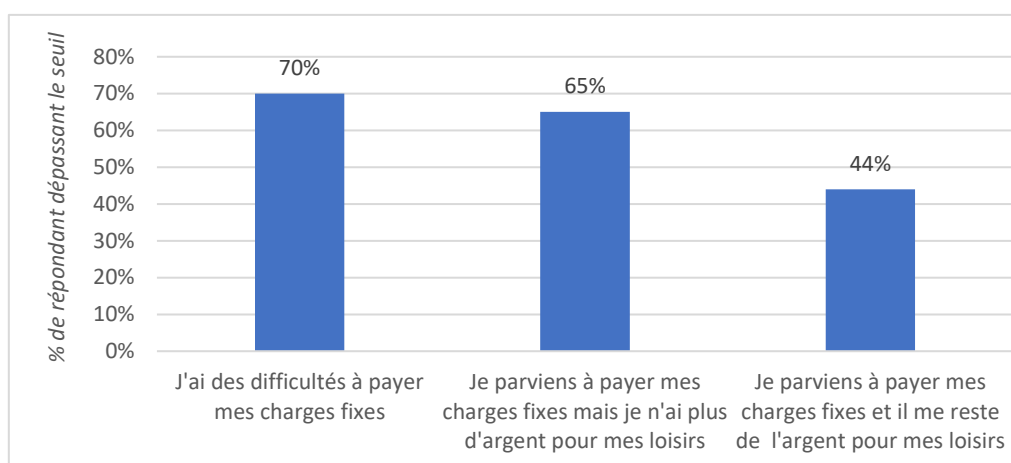


Figure 9 : Pourcentage d'individus présentant une symptomatologie dépressive élevée en fonction de la situation financière

Ce résultat est tout à fait cohérent avec ceux apportés par d'autres études, notamment la méta-analyse de Sheldon et al (2021)(128), qui montre que les étudiants avec des difficultés financières ont plus de risques de souffrir de dépression ou d'autres problèmes de santé mentale comme l'anxiété, avec un risque suicidaire également majoré. L'étude réalisée en 2022 sur les étudiants en médecine français corrobore également cette hypothèse, avec une prévalence de l'épisode dépressif majeur plus élevée chez les étudiants rapportant des difficultés financières(179).

2.5 Influence de la voie d'admission

Nous ne pourrions pas discuter des résultats obtenus chez les étudiants issus des concours D, E ainsi que ATB du fait du très faible effectif de ces populations (1% des répondants respectivement).

Il apparaît que les étudiants issus de la voie C ont obtenus en moyenne des scores supérieurs aux étudiants d'autres horizons tandis que les étudiants issus de la voie A ont obtenus des scores en moyenne plus faibles (p -value < 0,01, Fisher= 4,5). Les scores moyens pour ces deux voies d'admission sont respectivement de 25 et 19,7.

De la même façon, une plus forte symptomatologie dépressive a été observée pour les étudiants de la voie C (61% d'étudiants dépassant le seuil fixé au CES-D), et une symptomatologie moindre, avec 46% d'étudiants dépassant le seuil fixé, a été observée pour les étudiants issus de la voie A ($\chi^2 = 13,8$; $ddl = 6$; $p\text{-value} < 0,01$) (figure 10).

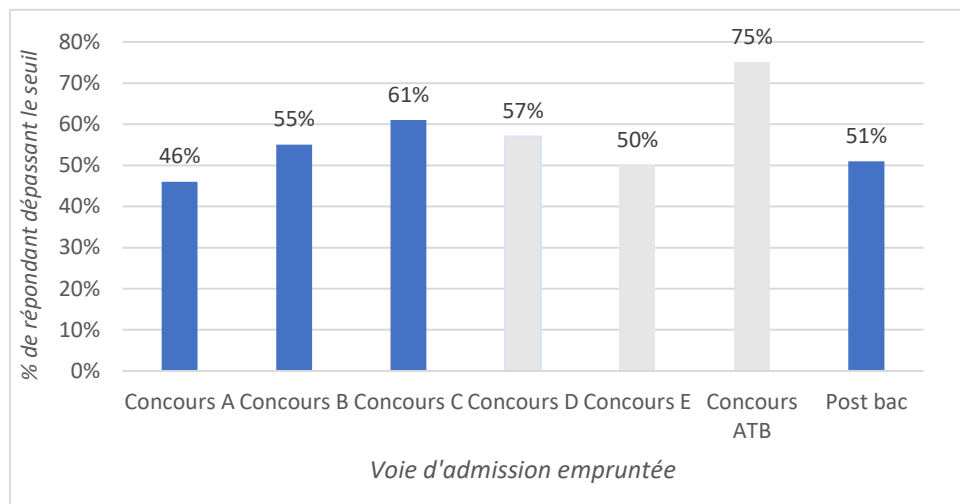


Figure 10 : Pourcentage d'individus présentant une symptomatologie dépressive élevée en fonction de la voie d'admission

Ce résultat rappelle celui obtenu par Lafay et al (2003) qui soumettait 1521 étudiants français à l'échelle CES-D et avait révélé 8,3% d'épisodes dépressifs majeurs en IUT, contre 5,2% dans les facultés et 4,9% en CPGE.

L'hypothèse selon laquelle les étudiants issus de DUT seraient significativement plus déprimés que les autres est difficilement explicable si l'on considère uniquement le contexte de la voie d'admission. En faisant l'analyse croisée de la variable « voie d'admission » avec celles portant sur les revenus et le genre, en négligeant toujours les voies D,E et ATB : on constate que les étudiants issus de DUT sont ceux pour lesquels on retrouve la plus grande proportion de femmes (90%), qui ont en moyenne des scores CES-D plus élevés, et également la plus grande proportion d'étudiants ayant des difficultés financières (10%), facteur ayant été précédemment associé à une symptomatologie dépressive plus élevée. A l'inverse, les étudiants issus des CPGE ont globalement moins de difficultés financières que les autres (3%) et ont la proportion d'hommes la plus élevée (21%). Nous avons également constaté dans la

partie III)5) que les étudiants issus du concours C avaient une moins bonne perception de leur niveau académique et s'inquiétaient d'être de mauvais vétérinaires même lorsqu'ils estimaient être bons élèves, ce qui était associé à une forte propension aux idées suicidaires.

2.6 Bilan des observations

Les résultats de l'enquête réalisée ont fait observer une prévalence des pensées suicidaires supérieure à celles recensées dans différentes études françaises et internationales sur des populations d'étudiants non vétérinaires, dont les étudiants en médecine. Une symptomatologie dépressive qui semble plus élevée que dans les autres populations étudiantes françaises et occidentales, y compris les étudiants en santé humaine, a également été mise en évidence. Ce constat se vérifiait aux Etats-Unis mais pas en Australie en 2021, bien que cette dernière étude ait mis en évidence un stress plus important pour les futurs vétérinaires ainsi qu'une stigmatisation significative de leurs troubles psychologiques(116), appuyant les données bibliographiques sur les pressions qui s'exercent sur les vétérinaires et la crainte des étudiants de ne pas en être à la hauteur. Il faudra toutefois interpréter ces comparaisons avec prudence du fait de la diversité des méthodes de mesure utilisées.

De plus, les étudiants présentant une symptomatologie dépressive élevée considèrent majoritairement aller moins bien depuis leur entrée à l'école vétérinaire.

Le niveau de symptômes semble être influencé par le genre, la situation financière, et dans une certaine mesure par l'année d'étude. En effet, les femmes présentent une plus grande symptomatologie dépressive, de même que les étudiants en dernière année et ceux rencontrant des difficultés financières.

III) Discussion

1) Diversité des méthodes de mesure

La première difficulté de l'interprétation des données obtenues réside dans l'existence d'une multitude de méthodes de mesure de la symptomatologie dépressive. En effet, il existe

plusieurs échelles régulièrement utilisées dans la littérature, comme l'Inventaire de Depression de Beck (BDI), l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), la Patient Health Questionnaire à 9 items (PHQ-9), le questionnaire Composite International Diagnostic Interview (CIDI), la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), la Depression Anxiety and Stress Scale (DASS), l'échelle d'Hamilton etc. Toutes ne mesurent pas la symptomatologie dépressive sur la même période : la CES-D, la HAD, la DASS et le BDI s'intéressent à la semaine passée, tandis que le PHQ-9 aux deux semaines précédant l'enquête, et le CIDI aux douze derniers mois(214). Ce constat amène à la prudence quant à la confrontation des données entre différentes études. Afin de limiter les erreurs de comparaison, il a été privilégié ici la confrontation de nos résultats sur la symptomatologie dépressive avec ceux d'études utilisant la même temporalité (BDI, HAD, CES-D, DASS). Seules les comparaisons avec les études allemandes et autrichiennes utilisant le PHQ-9 ne sont pas tout à fait cohérentes en ce point, le PHQ-9 étant construit sur les deux semaines précédant le test, au lieu d'une semaine pour l'échelle CES-D. Une moindre prudence a été accordée à l'étude de la prévalence des pensées suicidaires. En effet, notre questionnaire interroge sur la survenue de ces pensées depuis l'entrée en école vétérinaire, qui peut impliquer cinq années pour la promotion des A6, alors que la majorité des études auxquelles ces données sont confrontées ne considèrent que les 12 derniers mois. Il est donc possible que la proportion d'étudiants ayant déjà eu des pensées suicidaires dans notre étude soit surestimée par rapport aux données avancées dans la bibliographie.

Malgré la restriction de l'analyse aux études utilisant la même temporalité, les différentes échelles utilisées ne sont pas forcément interchangeables. Les travaux de Fried et al publiés entre 2015 et 2017 à ce sujet ont mis en évidence, parmi les sept échelles de la symptomatologie dépressive les plus utilisées, un total de 52 symptômes évalués(215). En effet, la dépression est une maladie complexe à diagnostiquer, avec de nombreuses manifestations différentes. Fried et al avait montré la diversité de ces manifestations en identifiant plus de 1000 profils dépressifs différents sur 3700 patients atteints de dépression(216). Ainsi, chaque échelle est le fruit de la représentation de la dépression que s'en fait son inventeur : Beck y inclut une grande proportion de symptômes cognitifs, tandis qu'Hamilton accordera plus d'importance aux symptômes somatiques comme le sommeil et l'appétit. L'objectif premier de l'échelle intervient aussi : alors que la CES-D a été construite

pour étudier la symptomatologie dépressive dans la population générale, l'échelle d'Hamilton s'intéresse plutôt à la sévérité de la dépression chez des patients déjà diagnostiqués, et l'échelle MADRS de Montgomery vise plutôt à estimer l'effet d'un traitement anti dépresseur. Ainsi, les résultats obtenus dans notre étude auraient pu différer significativement si une autre échelle de mesure avait été utilisée. Une attention particulière a été portée à comparer le plus possible les résultats obtenus avec ceux d'études utilisant également l'échelle CES-D, mais la grande diversité des outils existants n'a pas permis de s'y limiter strictement.

De plus, au sein d'une même échelle, il existe une diversité des seuils utilisés. Ceci a été illustré dans la partie II)2)2.1 dans laquelle l'importance de la symptomatologie dépressive observée dans notre population d'étudiants vétérinaires n'a pas pu être confrontée à celle observée dans la population d'étudiants non vétérinaires de Poitiers, quand bien même l'échelle CES-D française avait été utilisée, du fait de seuils de détection différents. En effet, l'étude de Masson et al (2003) utilisait les seuils de 17 et 23 anciennement proposés pour la version française et utilisés antérieurement à l'étude de Morin et al (2011) annonçant de meilleures sensibilité et spécificité pour les scores de 16 et 20. De plus, de nombreuses études internationales basées sur l'échelle CES-D utilisaient le seuil initial de 16 sans distinction de genre.

Par ailleurs, le principe même de l'utilisation d'échelles de mesures comme celles précédemment décrites repose sur une approximation selon laquelle les symptômes de la dépression sont équivalents, c'est à dire d'aussi bons indicateurs de l'existence de cette condition. En effet, dans l'échelle CES-D, le même poids est accordé à la perte d'appétit qu'à l'humeur dépressive ou le désespoir (confiance en l'avenir). Or il a été montré que le désespoir seul pouvait être un meilleur indicateur du risque suicidaire qu'un score total obtenu avec une échelle de mesure de la dépression(217). Ainsi deux patients présentant des scores finaux identiques peuvent souffrir de niveaux de dépression en réalité très différents. Une autre approximation de ces outils de mesure consiste à considérer la dépression comme une entité inobservable (on parle de variable latente), dont on pourrait déduire la présence à partir d'autres observations (dans ce cas, les symptômes). Ceci implique que la dépression serait la cause commune à l'existence des symptômes énoncés dans l'échelle, or il a été montré que certains des symptômes peuvent en causer ou en entretenir d'autres. En effet, une mauvaise qualité du sommeil par exemple peut entraîner des difficultés de concentration et une baisse de l'humeur(218), alors que ces trois paramètres sont considérés indépendamment dans

l'échelle CES-D. Enfin, la diversité des profils dépressifs mentionnée précédemment constitue un frein à la sensibilité ces outils.

2) Etude des biais

Un biais est l'écart systématique entre l'estimation d'un paramètre et sa valeur réelle. Ils découlent de la façon dont les données ont été produites et ne dépendent pas de la taille de l'échantillon.

Le **biais d'échantillonnage** est la conséquence du recrutement non aléatoire des répondants à l'étude qui peut conduire à l'obtention d'un échantillon non représentatif de la population cible, ici des étudiants vétérinaires français.

Dans notre cas intervient le biais de la réponse volontaire : il est possible que les répondants soient les étudiants qui se sentent le plus concernés par le sujet, et donc avec une santé mentale dégradée, ou au contraire ceux qui sont le plus à l'aise pour aborder ces sujets et donc ceux qui y sont le moins sensibles(219). Ceci vaut pour les constats effectués sur l'ensemble des répondants. En revanche, les corrélations mises en évidence entre la symptomatologie dépressive et les différentes promotions, situations financières, voies d'admission et genres ne sont pas affectées par ce biais. Ainsi, les moyennes et pourcentage sont potentiellement sur ou sous évaluées pour toutes les catégories mais la différence observée entre les catégories n'est pas impactée. De plus, l'école de Toulouse est légèrement surreprésentée dans l'étude ce qui peut s'expliquer par un effet de solidarité intra-école motivant plus de toulousains à répondre à l'étude. Les données de caractérisation de la population répondante décrites dans la partie II).1 mettaient cependant en évidence une bonne représentativité de l'échantillon en ce qui concerne le genre, l'école fréquentée, l'année d'étude et la situation financière.

Un autre biais pouvant conduire à une surinterprétation des résultats obtenus sur l'ensemble de la population répondante est la proportion importante de femmes en école vétérinaires (75%) et d'autant plus importante dans notre échantillon (81%). La prévalence des troubles dépressifs plus élevée chez les femmes que chez les hommes décrite dans la partie II)2.2) pourrait entraîner **un biais de confusion** dans l'interprétation des résultats. En effet, les études

utilisées pour la comparaison de la prévalence des troubles suicidaires entre étudiants vétérinaires et non vétérinaires recensaient entre 57% et 75% de femmes, et celles utilisées pour la comparaison du niveau de symptomatologie dépressive entre 62 et 71% de femmes (82% pour l'étude picarde utilisant l'inventaire de Beck). Ce constat appelle à la prudence quant à la comparaison des scores CES-D moyens obtenus dans des populations où la proportion de femmes diffère, ainsi que dans l'interprétation des résultats concernant les pensées suicidaires : s'il n'empêche que les pensées suicidaires sont plus courantes chez les étudiants vétérinaires que pour d'autres populations étudiantes, ou que le score moyen à l'échelle CES-D est plus élevé, ce constat n'est pas uniquement imputable à leur condition d'étudiant vétérinaire étant donné l'effet d'une proportion plus importante de femmes par rapport aux autres domaines d'études. Néanmoins, l'utilisation de seuils différents en fonction du genre et notamment d'un seuil supérieur pour les femmes permet de limiter l'effet de ce biais dans l'analyse des niveaux de symptômes dépressifs, ce qui n'est pas le cas dans beaucoup d'études utilisant le score commun de 16 et risquant donc la surestimation. De plus, notre étude s'affranchit des biais de confusion en n'établissant pas de lien de causalité entre les paramètres étudiés et en se limitant à de l'inférence statistique, l'objectif étant avant tout de réaliser un état des lieux de la santé mentale des étudiants vétérinaires en France. Des associations sont réalisées entre différentes variables, mais aucun lien de causalité avec la symptomatologie dépressive ne peut être avancé, du fait d'une multitude de facteurs complexes interagissant et du peu de stressors étudiés ici.

Notre étude se heurte également à d'éventuels **biais de classements**, qui consiste en le mauvais classement des individus dans une catégorie de résultats. Dans notre étude, le biais de classement pourrait intervenir dans la répartition des individus au-dessous ou au-dessus du seuil de symptomatologie dépressive élevée. L'utilisation d'un questionnaire standardisé et anonymisé permet de réduire en partie l'impact de ce biais. En effet, dans le cas d'entretiens menés par un interlocuteur, il aurait été possible que le répondant sous-estime les troubles rencontrés à cause des difficultés à évoquer certains sujets comme les pensées suicidaires, ou que ses réponses soient influencées consciemment ou inconsciemment par l'interlocuteur. Le biais de mémoire, selon lequel le répondant peut ne pas se souvenir avoir rencontré une certaine situation ou se souvenir particulièrement d'une autre, peut également engendrer des erreurs de classement mais l'utilisation d'une échelle portant uniquement sur la semaine

précédente permet d'éliminer cet effet (contrairement à des enquêtes menées sur douze mois par exemple). Une des composantes principales du biais de classement est l'outil de mesure utilisé. Ici, l'échelle CES-D dans sa version française a été validée par Morin et al (2011), et les seuils utilisés sont ceux établis à partir de l'étude de la sensibilité et de la spécificité du test.

3) Influence de la pandémie de Covid-19

L'influence de l'épidémie de covid-19 survenue en 2020 n'a pas été étudiée ici, alors que des études ont montré une dégradation de la santé mentale étudiante à cette période, et de manière plus importante chez les étudiants que chez les adultes non étudiants(123, 124). En effet, l'effet de la pandémie sur la santé mentale étudiante était en grande partie liée à l'isolement social, aux difficultés financières avec la disparition des jobs étudiants, à l'anxiété vis-à-vis du déroulement des études et des perspectives. Deux ans après la pandémie et la reprise d'une activité sociale et professionnelle normale, il a été décidé de négliger ce facteur dans notre étude, malgré la possibilité que ces événements aient entraîné des conséquences encore actives sur la santé psychologique des étudiants.

CONCLUSION

L'enquête réalisée à partir de l'échelle CES-D a mis en évidence une symptomatologie dépressive élevée chez 51% de la population étudiante vétérinaire, et 28% de ces étudiants auraient déjà eu des pensées suicidaires au cours de leur formation. Ces résultats sont supérieurs à ceux obtenus dans la population générale ainsi que dans d'autres populations étudiantes (y compris en santé humaine), ce qui est cohérent avec les observations faites aux Etats-Unis avec la même échelle. Ces constats font écho à ceux qui ont été faits auprès des vétérinaires praticiens, qui présenteraient deux fois plus de risque de suicide que les médecins et quatre fois plus que la population générale.

En considérant que 50% des personnes ayant connu un épisode dépressif en connaîtront à nouveau, la santé mentale en école vétérinaire constituerait un enjeu majeur de la santé mentale des vétérinaires praticiens. En effet, plus d'un tiers des vétérinaires américains ayant rapporté des idées suicidaires confiaient avoir déjà connu des épisodes dépressifs au cours de leurs études. De plus, l'accès aux soins n'étant pas optimal au sein de la population étudiante, cette dernière pourrait être d'autant plus à risque de développer des formes chroniques de dépression. Les facteurs de stress professionnels (académiques pour les étudiants) semblent primer sur les autres domaines de difficultés rencontrées (financières, personnelles).

Si une charge de travail importante est globalement déplorée en études comme en pratique, la peur de l'erreur constitue également un obstacle important à l'équilibre psychologique des vétérinaires. Particulièrement touchés par le syndrome de l'imposteur, les vétérinaires souffrent grandement de la peur de l'erreur et cela s'observe dès l'entrée en école vétérinaire avec une faible estime de soi et de ses capacités ainsi qu'une inquiétude très présente d'être de mauvais vétérinaires, avec des conséquences directes sur la santé mentale. La cohérence entre les observations faites chez les vétérinaires praticiens et les étudiants vétérinaires appuie l'hypothèse selon laquelle une partie importante de la prévention des troubles dépressifs pourrait se jouer au cours des années étudiantes. De plus, l'entourage social constitue un facteur protecteur important pour les étudiants et la perte de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, survenant lors des dernières années de formation ainsi que dans les premières années de pratique, pourrait jouer un rôle majeur dans le développement des troubles psychologiques.

Cependant, ces observations reposent sur des associations statistiques et aucun lien de causalité entre les différents facteurs mentionnés et les troubles dépressifs ne peut être admis, les relations entre ces facteurs et les troubles psychologiques étant le plus souvent bidirectionnelles. Enfin, la diversité des méthodes de mesure de la dépression en population générale constitue un frein à la comparabilité des données existantes, et il serait intéressant de disposer de plus nombreux résultats obtenus avec l'échelle CES-D dans d'autres communautés étudiantes françaises.

AGREMENT SCIENTIFIQUE

**Pour autorisation d'impression de la thèse d'exercice en vue de l'obtention du
diplôme d'Etat de docteur vétérinaire**

Je soussignée, Christelle CAMUS, Enseignant-chercheur, de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse, directrice de thèse, certifie avoir examiné la thèse de ZUNINO Clémence, intitulée « La dépression en école vétérinaire : enquête auprès des étudiants vétérinaires français » et que cette dernière peut être imprimée en vue de sa soutenance.

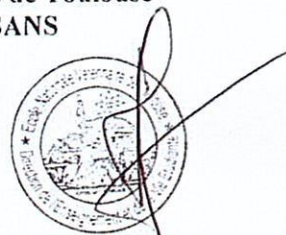
Fait à Toulouse, le 16/05/2024
Enseignant-chercheur de l'Ecole Nationale
Vétérinaire de Toulouse
Professeure Christelle CAMUS



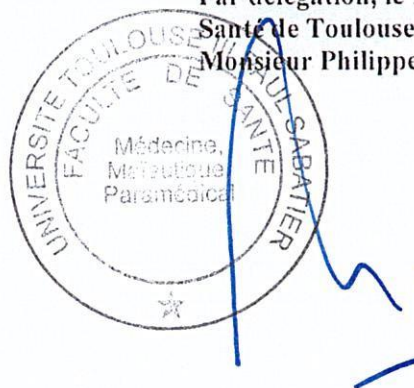
Vu :
Le Président du jury
Professeur Stéphane BERTAGNOLI



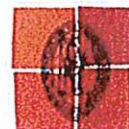
Vu :
Le Directeur de l'Ecole Nationale
Vétérinaire de Toulouse
M. Pierre SANS



Vu et autorisation de l'impression :
La Présidente de l'Université Paul
Sabatier
Madame Odile RAUZY
Par délégation, le Doyen de la faculté de
Santé de Toulouse
Monsieur Philippe POMAR



ZUNINO Clémence
a été admis(e) sur concours en : 2019
a obtenu son diplôme d'études fondamentales vétérinaires le : 13/07/2023
a validé l'ensemble des crédits ECTS relatifs à la préparation de la thèse d'exercice le : 22/04/2024



BIBLIOGRAPHIE

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux - 5e édition*. . Washington DC, 2013.
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Classification Internationale Des Maladies 10ème édition (CIM-10)*. 1993.
3. CORRUBLE, Emmanuelle. Deuil et dépression : évolution du DSM-5. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avril 2013. Vol. 171, n° 3, pp. 168-171. DOI 10.1016/j.amp.2013.01.015.
4. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours*. Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Saint Denis, 2017.
5. ZISOOK, Sidney et SHEAR, Katherine. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. juin 2009. Vol. 8, n° 2, pp. 67-74. DOI 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x.
6. BACHMANN, Silke. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. juillet 2018. Vol. 15, n° 7, pp. 1425. DOI 10.3390/ijerph15071425.
7. ANGST, Jules. Suicide Risk in Patients With Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*.
8. SHAHTAHMASEBI, Said. Examining the Claim that 80–90% of Suicide Cases Had Depression. *Frontiers in Public Health*. 6 décembre 2013. Vol. 1, pp. 62. DOI 10.3389/fpubh.2013.00062.
9. HOLMA, K. Mikael, MELARTIN, Tarja K., HAUKKA, Jari, HOLMA, Irina A. K., SOKERO, T. Petteri et ISOMETSÄ, Erkki T. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry*. juillet 2010. Vol. 167, n° 7, pp. 801-808. DOI 10.1176/appi.ajp.2010.09050627.
10. HEIM, Christine et NEMEROFF, Charles B. Neurobiology of early life stress: clinical studies. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. avril 2002. Vol. 7, n° 2, pp. 147-159. DOI 10.1053/scnp.2002.33127.
11. PARIANTE, Carmine M. et LIGHTMAN, Stafford L. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends in Neurosciences*. 1 septembre 2008. Vol. 31, n° 9, pp. 464-468. DOI 10.1016/j.tins.2008.06.006.
12. DREVETS, W. C. Neuroimaging and neuropathological studies of depression: implications for the cognitive-emotional features of mood disorders. *Current Opinion in Neurobiology*. avril 2001. Vol. 11, n° 2, pp. 240-249. DOI 10.1016/s0959-4388(00)00203-8.
13. CAMPBELL, Stephanie, MARRIOTT, Michael, NAHMIAS, Claude et MACQUEEN, Glenda M. Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*. avril 2004. Vol. 161, n° 4, pp. 598-607. DOI 10.1176/appi.ajp.161.4.598.

14. LEE, Chieh-Hsin et GIULIANI, Fabrizio. The Role of Inflammation in Depression and Fatigue. *Frontiers in Immunology*. [en ligne]. 19 juillet 2019. Vol. 10. [Consulté le 18 mars 2024]. DOI 10.3389/fimmu.2019.01696.
15. PATEL, Amisha. Review: the role of inflammation in depression. *Psychiatria Danubina*. septembre 2013. Vol. 25 Suppl 2, pp. S216-223.
16. SHADRINA, Maria, BONDARENKO, Elena A. et SLOMINSKY, Petr A. Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in Psychiatry*. 23 juillet 2018. Vol. 9, pp. 334. DOI 10.3389/fpsy.2018.00334.
17. SULLIVAN, P. F., NEALE, M. C. et KENDLER, K. S. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*. octobre 2000. Vol. 157, n° 10, pp. 1552-1562. DOI 10.1176/appi.ajp.157.10.1552.
18. FRATELLI, Caroline, SIQUEIRA, Jhon, SILVA, Calliandra, FERREIRA, Eduardo et SILVA, Izabel. 5HTTLPR Genetic Variant and Major Depressive Disorder: A Review. *Genes*. 26 octobre 2020. Vol. 11, n° 11, pp. 1260. DOI 10.3390/genes11111260.
19. MULLEN, P. E., MARTIN, J. L., ANDERSON, J. C., ROMANS, S. E. et HERBISON, G. P. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*. 1 janvier 1996. Vol. 20, n° 1, pp. 7-21. DOI 10.1016/0145-2134(95)00112-3.
20. YOUNG, E. A., ABELSON, J. L., CURTIS, G. C. et NESSE, R. M. Childhood adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*. 1997. Vol. 5, n° 2, pp. 66-72.
21. KENDLER, K. S., KESSLER, R. C., WALTERS, E. E., MACLEAN, C., NEALE, M. C., HEATH, A. C. et EAVES, L. J. Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *The American Journal of Psychiatry*. juin 1995. Vol. 152, n° 6, pp. 833-842. DOI 10.1176/ajp.152.6.833.
22. MONROE, Scott M. et HARKNESS, Kate L. Life stress, the « kindling » hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*. avril 2005. Vol. 112, n° 2, pp. 417-445. DOI 10.1037/0033-295X.112.2.417.
23. BODEN, Joseph M. et FERGUSSON, David M. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011. Vol. 106, n° 5, pp. 906-914. DOI 10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x.
24. ONAEMO, Vivian N., FAWEHINMI, Timothy O. et D'ARCY, Carl. Alcohol Use Disorder and the Persistence/Recurrence of Major Depression: Le trouble de l'usage de l'alcool et la persistance/réurrence de la dépression majeure. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1 septembre 2020. Vol. 65, n° 9, pp. 652-663. DOI 10.1177/0706743720923065.
25. The reality of comorbidity: Depression and drug abuse. *Biological Psychiatry*. 15 novembre 2004. Vol. 56, n° 10, pp. 714-717. DOI 10.1016/j.biopsych.2004.07.007.
26. SARTORIUS, Norman. Depression and diabetes. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. mars 2018. Vol. 20, n° 1, pp. 47-52.
27. CURRIE, Shawn R et WANG, JianLi. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*. 1 janvier 2004. Vol. 107, n° 1, pp. 54-60. DOI 10.1016/j.pain.2003.09.015.

28. LOFTUS, Edward V. Jr, GUÉRIN, Annie, YU, Andrew P., WU, Eric Q., YANG, Mei, CHAO, Jingdong et MULANI, Parvez M. Increased Risks of Developing Anxiety and Depression in Young Patients With Crohn's Disease. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG*. septembre 2011. Vol. 106, n° 9, pp. 1670. DOI 10.1038/ajg.2011.142.
29. MORRISON, Mary, PETITTO, John, HAVE, Thomas, CHIAPPINI, Margaret, WEBER, Anita, BRINKER-SPENCE, Priscilla, BAUER, Russell, DOUGLAS, Steven et EVANS, Dwight. Depressive and Anxiety Disorders in Women With HIV Infection. *The American journal of psychiatry*. 1 juin 2002. Vol. 159, pp. 789-96. DOI 10.1176/appi.ajp.159.5.789.
30. J. KATON, Wayne. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 31 mars 2011. Vol. 13, n° 1, pp. 7-23. DOI 10.31887/DCNS.2011.13.1/wkaton.
31. BURCUSA, Stephanie L. et IACONO, William G. Risk for Recurrence in Depression. *Clinical psychology review*. décembre 2007. Vol. 27, n° 8, pp. 959-985. DOI 10.1016/j.cpr.2007.02.005.
32. KELLER, M. B. et BOLAND, R. J. Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*. 1 septembre 1998. Vol. 44, n° 5, pp. 348-360. DOI 10.1016/s0006-3223(98)00110-3.
33. BUCKMAN, J. E. J., UNDERWOOD, A., CLARKE, K., SAUNDERS, R., HOLLON, S. D., FEARON, P. et PILLING, S. Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical Psychology Review*. 1 août 2018. Vol. 64, pp. 13-38. DOI 10.1016/j.cpr.2018.07.005.
34. HÖLZEL, Lars, HÄRTER, Martin, REESE, Christina et KRISTON, Levente. Risk factors for chronic depression — A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 1 mars 2011. Vol. 129, n° 1, pp. 1-13. DOI 10.1016/j.jad.2010.03.025.
35. WIERSMA, Jenneke E., OPPEN, Patricia van, SCHAIK, Digna J. F. van, DOES, A. J. Willem van der, BEEKMAN, Aartjan T. F. et PENNINX, Brenda W. J. H. Psychological Characteristics of Chronic Depression: A Longitudinal Cohort Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 15 mars 2011. Vol. 72, n° 3, pp. 16090. DOI 10.4088/JCP.09m05735blu.
36. HOWLAND, Robert H. Chronic Depression. *Psychiatric Services*. [en ligne]. 1 avril 2006. [Consulté le 21 mars 2024]. DOI 10.1176/ps.44.7.633. world
37. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Principaux repères sur la dépression. *Site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé*. [en ligne]. 31 mars 2023. [Consulté le 21 mars 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
38. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. *Haute Autorité de Santé*. [en ligne]. 1 avril 2005. [Consulté le 15 mars 2024]. Disponible à l'adresse: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux
39. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Les droits des patients en psychiatrie. *Ministère du travail, de la santé et des solidarités*. [en ligne]. 8 janvier 2021. [Consulté le 15 mars 2024]. Disponible à l'adresse: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/prevention-informations-et-droits/article/les-droits-des-patients-en-psychiatrie>

40. WALSH, Roger. Lifestyle and Mental Health. *American Psychologist*. 2011.
41. VERHOEVEN, Josine E., HAN, Laura K. M., LEVER-VAN MILLIGEN, Bianca A., HU, Mandy X., RÉVÉSZ, Dóra, HOOGENDOORN, Adriaan W., BATELAAN, Neeltje M., VAN SCHAIK, Digna J. F., VAN BALKOM, Anton J. L. M., VAN OPPEN, Patricia et PENNINX, Brenda W. J. H. Antidepressants or running therapy: Comparing effects on mental and physical health in patients with depression and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*. 15 mai 2023. Vol. 329, pp. 19-29. DOI 10.1016/j.jad.2023.02.064.
42. RABEYRON, Thomas. L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 septembre 2021. Vol. 86, n° 3, pp. 455-488. DOI 10.1016/j.evopsy.2020.07.003.
43. CASACALENDA, Nicola, PERRY, J. Christopher et LOOPER, Karl. Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *The American Journal of Psychiatry*. août 2002. Vol. 159, n° 8, pp. 1354-1360. DOI 10.1176/appi.ajp.159.8.1354.
44. ISHAK, Waguih William, HAMILTON, Michele A., KOROURI, Samuel, DINIZ, Marcio A., MIROCHA, James, HEDRICK, Rebecca, CHERNOFF, Robert, BLACK, Jeanne T., ARONOW, Harriet, VANLE, Brigitte, DANG, Jonathan, EDWARDS, Gabriel, DARWISH, Tarneem, MESSINEO, Gabrielle, COLLIER, Stacy, PASINI, Mia, TESSEMA, Kaleab K., HAROLD, John G., ONG, Michael K., SPIEGEL, Brennan, WELLS, Kenneth et DANOVIATCH, Itai. Comparative Effectiveness of Psychotherapy vs Antidepressants for Depression in Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 17 janvier 2024. Vol. 7, n° 1, pp. e2352094. DOI 10.1001/jamanetworkopen.2023.52094.
45. ANTONUCCIO, David O., THOMAS, Michael et DANTON, William G. A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*. 1 janvier 1997. Vol. 28, n° 2, pp. 187-210. DOI 10.1016/S0005-7894(97)80043-3.
46. CUIJPERS, Pim, SIJBRANDIJ, Marit, KOOLE, Sander L, ANDERSSON, Gerhard, BEEKMAN, Aartjan T et REYNOLDS, Charles F. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*. février 2014. Vol. 13, n° 1, pp. 56-67. DOI 10.1002/wps.20089.
47. NORD, Camilla L., BARRETT, Lisa Feldman, LINDQUIST, Kristen A., MA, Yina, MARWOOD, Lindsey, SATPUTE, Ajay B. et DALGLEISH, Tim. Neural effects of antidepressant medication and psychological treatments: a quantitative synthesis across three meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 219, n° 4, pp. 546-550. DOI 10.1192/bjp.2021.16.
48. RAMIC, Enisa, PRASKO, Subhija, GAVRAN, Larisa et SPAHIC, Emina. Assessment of the Antidepressant Side Effects Occurrence in Patients Treated in Primary Care. *Materia Socio-Medica*. juin 2020. Vol. 32, n° 2, pp. 131-134. DOI 10.5455/msm.2020.32.131-134.
49. BALDESSARINI, Ross J., LAU, Wai Keat, SIM, Jordan, SUM, Min Yi et SIM, Kang. Duration of Initial Antidepressant Treatment and Subsequent Relapse of Major Depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. février 2015. Vol. 35, n° 1, pp. 75. DOI 10.1097/JCP.0000000000000263.
50. SANTÉ PUBLIQUE FRANCE. *Comment évolue la santé mentale des Français ? Résultats de la vague 37 de l'enquête CoviPrev (11-18 septembre 2023)*. Saint Maurice, 2023.
51. CHAN CHEE, Christine, LE GROUPE BAROMÈTRE SANTÉ 2017 et CHRISTOPHE, Leon. *La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre de Santé 2017*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. Saint Maurice : Santé Publique France, 2018.

52. CHRISTOPHE, Leon, ENGUERRAND, du Roscoät, BECK, François et LE GROUPE BAROMÈTRE SANTÉ 2021. *La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre de Santé 2021*. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. Saint Maurice : Santé Publique France, 2022.
53. OECD et UNION EUROPÉENNE. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques, 2018.
54. FERRARI, Alize, SANTOMAURO, Damian, HERRERA, Ana, SHADID, Jamile, ASHBAUGH, Charlie, ERSKINE, Holly, CHARLSON, Fiona, DEGENHARDT, Louisa, SCOTT, James, MCGRATH, John, ALLEBECK, Peter, BENJET, Corina, BREITBORDE, Nicholas, BRUGHHA, Traolach, DAI, Xiaochen, DANDONA, Rakhi, FISCHER, Florian, HAAGSMA, Juanita et WHITEFORD, Harvey. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. 10 janvier 2022. DOI 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
55. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. Arrêt de travail : trouble anxiodépressif et dépression. [en ligne]. 13 septembre 2023. [Consulté le 25 mars 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.ameli.fr/haute-garonne/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/arret-de-travail/arret-travail-trouble-anxiodepressif-depression>
56. TOMASI, Suzanne E., FECHTER-LEGGETT, Ethan D., EDWARDS, Nicole T., REDDISH, Anna D., CROSBY, Alex E. et NETT, Randall J. Suicide among veterinarians in the United States from 1979 through 2015. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 1 janvier 2019. Vol. 254, n° 1, pp. 104-112. DOI 10.2460/javma.254.1.104.
57. MELLANBY, R. J. Incidence of suicide in the veterinary profession in England and Wales. *The Veterinary Record*. 1 octobre 2005. Vol. 157, n° 14, pp. 415-417. DOI 10.1136/vr.157.14.415.
58. BARTRAM, D. J. et BALDWIN, D. S. Veterinary surgeons and suicide: influences, opportunities and research directions. *The Veterinary Record*. 12 janvier 2008. Vol. 162, n° 2, pp. 36-40. DOI 10.1136/vr.162.2.36.
59. TRUCHOT, Didier. *La santé au travail des vétérinaires : une recherche nationale*. Université de Bourgogne Franche Comté, 2022.
60. HAWTON, K., SIMKIN, S., RUE, J., HAW, C., BARBOUR, F., CLEMENTS, A., SAKAROVITCH, C. et DEEKS, J. Suicide in female nurses in England and Wales. *Psychological Medicine*. février 2002. Vol. 32, n° 2, pp. 239-250. DOI 10.1017/s0033291701005165.
61. HAWTON, Keith, MALMBERG, Aslög et SIMKIN, Sue. Suicide in doctors. A psychological autopsy study. *Journal of Psychosomatic Research*. juillet 2004. Vol. 57, n° 1, pp. 1-4. DOI 10.1016/S0022-3999(03)00372-6.
62. NETT, Randall J., WITTE, Tracy K., HOLZBAUER, Stacy M., ELCHOS, Brigid L., CAMPAGNOLO, Enzo R., MUSGRAVE, Karl J., CARTER, Kris K., KURKJIAN, Katie M., VANICEK, Cole F., O'LEARY, Daniel R., PRIDE, Kerry R. et FUNK, Renee H. Risk factors for suicide, attitudes toward mental illness, and practice-related stressors among US veterinarians. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 15 octobre 2015. Vol. 247, n° 8, pp. 945-955. DOI 10.2460/javma.247.8.945.
63. BARTRAM, David J., YADEGARFAR, Ghasem et BALDWIN, David S. A cross-sectional study of mental health and well-being and their associations in the UK veterinary profession. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1 décembre 2009. Vol. 44, n° 12, pp. 1075-1085. DOI 10.1007/s00127-009-0030-8.

64. PLATT, Belinda, HAWTON, Keith, SIMKIN, Sue et MELLANBY, Richard J. Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1 février 2012. Vol. 47, n° 2, pp. 223-240. DOI 10.1007/s00127-010-0328-6.
65. BRSCIC, Marta, CONTIERO, Barbara, SCHIANCHI, Alessandro et MAROGNA, Cristina. Challenging suicide, burnout, and depression among veterinary practitioners and students: text mining and topics modelling analysis of the scientific literature. *BMC Veterinary Research*. 6 septembre 2021. Vol. 17, n° 1, pp. 294. DOI 10.1186/s12917-021-03000-x.
66. MELCHIOR, Maria, CASPI, Avshalom, MILNE, Barry J., DANESE, Andrea, POULTON, Richie et MOFFITT, Terrie E. Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*. août 2007. Vol. 37, n° 8, pp. 1119. DOI 10.1017/S0033291707000414.
67. LASSEGUE, Jean-Baptiste. *Le temps de travail des vétérinaires libéraux en France : analyse à partir de deux enquêtes réalisées auprès de praticiens*. . Thèse de Doctorat Vétérinaire. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2017.
68. FAIRNIE, H. *Occupational injury, disease and stress in the veterinary profession*. . Thèse de doctorat en philosophie. Bentley : Curtin University of Technology, 2005.
69. HARLING, Melanie, STREHMEL, Petra, SCHABLON, Anja et NIENHAUS, Albert. Psychosocial stress, demoralization and the consumption of tobacco, alcohol and medical drugs by veterinarians. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology (London, England)*. 25 février 2009. Vol. 4, pp. 4. DOI 10.1186/1745-6673-4-4.
70. MALVASO, Virginie. *Le suicide dans la profession vétérinaire : étude, gestion et prévention*. . Thèse de Doctorat Vétérinaire. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1, 2013.
71. TRUCHOT, Didier. *La santé des vétérinaires français : une approche longitudinale*. Université de Bourgogne Franche Comté, 2024.
72. BERTOLIATTI-FONTANA, Anne. *Conciliation vie personnelle et vie professionnelle chez les femmes vétérinaires - Enquête auprès de vétérinaires et d'étudiantes en exercice*. . Creteil : Faculté de médecine de Creteil, 2019.
73. KINSELLA, MARTINA. Suicide in the veterinary profession: the hidden reality-Part two. . 2006.
74. NIE, Yingzhi et SUN, Haitao. Why do workaholics experience depression? A study with Chinese University teachers. *Journal of Health Psychology*. 1 octobre 2016. Vol. 21, n° 10, pp. 2339-2346. DOI 10.1177/1359105315576350.
75. ANDREASSEN, Cecilie Schou, GRIFFITHS, Mark D., SINHA, Rajita, HETLAND, Jørn et PALLESEN, Ståle. The Relationships between Workaholism and Symptoms of Psychiatric Disorders: A Large-Scale Cross-Sectional Study. *PLOS ONE*. 18 mai 2016. Vol. 11, n° 5, pp. e0152978. DOI 10.1371/journal.pone.0152978.
76. TAKASHI FUJIMOTO. Workaholism and mental et physical health. *Japan Labor Review*. 2014. Vol. 11, n° 1.
77. ORDRE NATIONAL DES VÉTÉRINAIRES. Euthanasie animale | L'Ordre national des vétérinaires. *L'Ordre Nationale des Vétérinaires*. [en ligne]. 12 octobre 2021. [Consulté le 2 avril 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.veterinaire.fr/communications/actualites/euthanasie-animale>

78. ARLUKE, Arnold. Managing emotions in an animal shelter. In : *Animals and Human Society*. Londres, 1994.
79. FORDIN, Antoine. *Aspect pratique et éthique de l'euthanasie du chien et du chat : étude auprès des vétérinaires établis en France*. . Thèse de Doctorat Vétérinaire. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2015.
80. LACOQUE, Julie. *L'effet de la mort imprévue d'un patient sur les vétérinaires canins en France : témoignage des sentiments, de la gestion et de la prévention des effets psychologiques par des vétérinaires*. . Thèse de Doctorat Vétérinaire. Creteil : Faculté de médecine de Creteil, 2022.
81. BAYSINGER, Angela et KOGAN, Lori R. Mental Health Impact of Mass Depopulation of Swine on Veterinarians During COVID-19 Infrastructure Breakdown. *Frontiers in Veterinary Science*. 5 avril 2022. Vol. 9, pp. 842585. DOI 10.3389/fvets.2022.842585.
82. KOLLIAS, Nathaniel S., STRAND, Elizabeth B., KOGAN, Lori R., HOULIHAN, Kendall E., THOMPSON-IRITANI, Sally, HOENIG, Donald E., NG, Zenithson Y. et HART, Lynette A. Psychological implications of humane endings on the veterinary profession. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 1 février 2023. Vol. 261, n° 2, pp. 185-192. DOI 10.2460/javma.22.06.0234.
83. TRAN, Lily, CRANE, Monique F. et PHILLIPS, Jacqueline K. The distinct role of performing euthanasia on depression and suicide in veterinarians. *Journal of Occupational Health Psychology*. avril 2014. Vol. 19, n° 2, pp. 123-132. DOI 10.1037/a0035837.
84. AILLAUD, Mathilde. *Contribution à l'étude de l'impact émotionnel de la pratique de l'euthanasie en exercice vétérinaire canin en France*. . Thèse de Doctorat Vétérinaire. Université Claude Bernard Lyon 1, 2022.
85. KIPPERMAN, Barry, MORRIS, Patricia et ROLLIN, Bernard. Ethical dilemmas encountered by small animal veterinarians: characterisation, responses, consequences and beliefs regarding euthanasia. *The Veterinary Record*. 12 mai 2018. Vol. 182, n° 19, pp. 548. DOI 10.1136/vr.104619.
86. BATCHELOR, C. E. M. et MCKEEGAN, D. E. F. Survey of the frequency and perceived stressfulness of ethical dilemmas encountered in UK veterinary practice. *The Veterinary Record*. 7 janvier 2012. Vol. 170, n° 1, pp. 19. DOI 10.1136/vr.100262.
87. PRADIES, Camille. With Head and Heart: How Emotions Shape Paradox Navigation in Veterinary Work. *Academy of Management Journal*. [en ligne]. 19 avril 2023. [Consulté le 2 avril 2024]. DOI 10.5465/amj.2019.0633.
88. DOW, Mq, CHUR-HANSEN, A, HAMOOD, W et EDWARDS, S. Impact of dealing with bereaved clients on the psychological wellbeing of veterinarians. *Australian Veterinary Journal*. 2019. Vol. 97, n° 10, pp. 382-389. DOI 10.1111/avj.12842.
89. ERGAN, Mesut, BAŞKURT, Ferdi et BAŞKURT, Zeliha. The examination of work-related musculoskeletal discomforts and risk factors in veterinarians. *Arhiv Za Higijenu Rada I Toksikologiju*. 26 septembre 2017. Vol. 68, n° 3, pp. 198-205. DOI 10.1515/aiht-2017-68-3011.
90. STEFFEY, Michele A., SCHARF, Valery F., RISSELADA, Marije, BUOTE, Nicole J., GRIFFON, Dominique, WINTER, Alexandra L. et ZAMPROGNO, Helia. A narrative review of occupational scheduling that impacts fatigue and recovery relevant to veterinarian well-being. *The Canadian Veterinary Journal = La Revue Veterinaire Canadienne*. juillet 2023. Vol. 64, n° 7, pp. 674-683.

91. KALMBACH, David A., ARNETT, J. Todd, SONG, Peter X., GUILLE, Constance et SEN, Srijan. Sleep Disturbance and Short Sleep as Risk Factors for Depression and Perceived Medical Errors in First-Year Residents. *Sleep*. 1 mars 2017. Vol. 40, n° 3, pp. zsw073. DOI 10.1093/sleep/zsw073.
92. ALLISTER, Rosie. Veterinary perfectionism. *Veterinary Wellbeing*. [en ligne]. 2 octobre 2014. [Consulté le 8 avril 2024]. Disponible à l'adresse: <https://veterinarywellbeing.wordpress.com/2014/10/02/veterinary-perfectionism/>
93. HOLDEN, Chelsey L. Characteristics of Veterinary Students: Perfectionism, Personality Factors, and Resilience. *Journal of Veterinary Medical Education*. juillet 2020. Vol. 47, n° 4, pp. 488-496. DOI 10.3138/jvme.0918-111r.
94. CAP'VETOAGRO. Devenir vétérinaire : présentation des concours ENV Vétro. *Cap'VetoAgro*. [en ligne]. [Consulté le 8 avril 2024]. Disponible à l'adresse: <https://prepa-veto-agro.fr/concours-env>
95. ZENNER, Dan, BURNS, Gilbert A., RUBY, Kathleen L., DEBOWES, Richard M. et STOLL, Sharon. Veterinary students as elite performers: preliminary insights. *Journal of Veterinary Medical Education*. 2005. Vol. 32, n° 2, pp. 242-248. DOI 10.3138/jvme.32.2.242.
96. HAMILTON, Teresa K. et SCHWEITZER, Robert D. The Cost of Being Perfect: Perfectionism and Suicide Ideation in University Students. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1 octobre 2000. Vol. 34, n° 5, pp. 829-835. DOI 10.1080/j.1440-1614.2000.00801.x.
97. CRANE, Mf, PHILLIPS, Jk et KARIN, E. Trait perfectionism strengthens the negative effects of moral stressors occurring in veterinary practice. *Australian Veterinary Journal*. 2015. Vol. 93, n° 10, pp. 354-360. DOI 10.1111/avj.12366.
98. DAWSON, Briony F.Y. et THOMPSON, Neill J. The Effect of Personality on Occupational Stress in Veterinary Surgeons. *Journal of Veterinary Medical Education*. février 2017. Vol. 44, n° 1, pp. 72-83. DOI 10.3138/jvme.0116-020R.
99. TUPIN, Deborah. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn out chez les vétérinaires*. . Thèse de Doctorat Vétérinaire. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2018.
100. CLANCE, Pauline Rose et IMES, Suzanne Ament. The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1978. Vol. 15, n° 3, pp. 241-247. DOI 10.1037/h0086006.
101. HARVEY, JC et KATZ, C. *If I'm so successful, why do I feel like a fake? The impostor phenomenon*. . St. Martin's Press. New York, 1985.
102. SHANAFELT, Tait D., DYRBYE, Lotte N., SINSKY, Christine, TROCKEL, Mickey, MAKOWSKI, Maryam S., TUTTY, Michael, WANG, Hanhan, CARLASARE, Lindsey E. et WEST, Colin P. Imposter Phenomenon in US Physicians Relative to the US Working Population. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 novembre 2022. Vol. 97, n° 11, pp. 1981-1993. DOI 10.1016/j.mayocp.2022.06.021.
103. KOGAN, Lori R., SCHOENFELD-TACHER, Regina, HELLYER, Peter, GRIGG, Emma K. et KRAMER, Emily. Veterinarians and impostor syndrome: an exploratory study. *The Veterinary Record*. 3 octobre 2020. Vol. 187, n° 7, pp. 271. DOI 10.1136/vr.105914.
104. ENFEDAQUE, Marie. *Le syndrome de l'imposteur chez les étudiants des écoles vétérinaires françaises*. . Thèse de Doctorat Vétérinaire. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2023.

105. ROUSSEL, Quentin. *Prévalence du Syndrome de l'Imposteur chez les internes de médecine générale*. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université de Lorraine, 2022.
106. MCGREGOR, Loretta Neal, GEE, Damon E. et POSEY, K. Elizabeth. I feel like a fraud and it depresses me: The relation between the imposter phenomenon and depression. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2008. Vol. 36, n° 1, pp. 43-48. DOI 10.2224/sbp.2008.36.1.43.
107. THOMAS, Mary et BIGATTI, Silvia. Perfectionism, impostor phenomenon, and mental health in medicine: a literature review. *International Journal of Medical Education*. 28 septembre 2020. Vol. 11, pp. 201-213. DOI 10.5116/ijme.5f54.c8f8.
108. COLLINS, Henry et FOOTE, David. Managing stress in veterinary students. *Journal of Veterinary Medical Education*. 2005. Vol. 32, n° 2, pp. 170-172. DOI 10.3138/jvme.32.2.170.
109. WESTON, Jenny F., GARDNER, Dianne et YEUNG, Polly. Stressors and Protective Factors among Veterinary Students in New Zealand. *Journal of Veterinary Medical Education*. 2017. Vol. 44, n° 1, pp. 22-28. DOI 10.3138/jvme.0116-014R1.
110. BABOT, Marie et JOURDAN, Thierry. *Etat des lieux de la qualité de vie étudiante et de la santé des élèves dans les quatre écoles vétérinaires françaises en 2018*. Veto Entraide, IVSA, 2022.
111. KILLINGER, Stacy L., FLANAGAN, Sean, CASTINE, Eleanor et HOWARD, Kimberly A.S. Stress and Depression among Veterinary Medical Students. *Journal of Veterinary Medical Education*. février 2017. Vol. 44, n° 1, pp. 3-8. DOI 10.3138/jvme.0116-018R1.
112. GOEBERT, Deborah, THOMPSON, Diane et TAKESHITA, Junji. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Mul... : Academic Medicine. *Academic Medecine*. Fevrier 2009. DOI 10.1097/ACM.0b013e31819391bb.
113. LUDWIG, Allison B., BURTON, William, WEINGARTEN, Jacqueline, MILAN, Felise, MYERS, Daniel C. et KLIGLER, Benjamin. Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Medical Education*. 27 août 2015. Vol. 15, n° 1, pp. 141. DOI 10.1186/s12909-015-0425-z.
114. SCHUNTER, Nadine, GLAESMER, Heide, LUCHT, Luise et BAHRAMSOLTANI, Mahtab. Depression, suicidal ideation and suicide risk in German veterinary medical students compared to the German general population. *PloS One*. 2022. Vol. 17, n° 8, pp. e0270912. DOI 10.1371/journal.pone.0270912.
115. HUMER, Elke, NEUBAUER, Viktoria, BRÜHL, Deianira, DALE, Rachel, PIEH, Christoph et PROBST, Thomas. Prevalence of mental health symptoms and potential risk factors among Austrian veterinary medicine students. *Scientific Reports*. 23 août 2023. Vol. 13, n° 1, pp. 13764. DOI 10.1038/s41598-023-40885-0.
116. LOKHEE, S. et HOGG, R. C. Depression, stress and self-stigma towards seeking psychological help in veterinary students. *Australian Veterinary Journal*. juillet 2021. Vol. 99, n° 7, pp. 309-317. DOI 10.1111/avj.13070.
117. BELGHITH, Feres, BESWICK, Claire, BOHET, Aline et MORVAN, Yannick. *La santé des étudiants - Enquête nationale conditions de vie des étudiants*. Vanves : Observatoire national de la Vie Etudiante (OVE), 2016.
118. VETO-ENTRAIDE et IVSA. *État des lieux de la qualité de vie étudiante et de la santé des élèves dans les quatre écoles vétérinaires françaises en 2018*. 2018.

119. HARDEVELD, F., SPIJKER, J., DE GRAAF, R., NOLEN, W. A. et BEEKMAN, A. T. F. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010. Vol. 122, n° 3, pp. 184-191. DOI 10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x.
120. MELLANBY, R. J. et HERRTAGE, M. E. Survey of mistakes made by recent veterinary graduates. *The Veterinary Record*. 11 décembre 2004. Vol. 155, n° 24, pp. 761-765.
121. KOKOU-KPOLOU, Cyrille Kossigan, JUMAGELDINOV, Askar, PARK, Sunyoung, NIEUVIARTS, Nicolas, NOORISHAD, Pari-Gole et CÉNAT, Jude Mary. Prevalence of Depressive Symptoms and Associated Psychosocial Risk Factors among French University Students: the Moderating and Mediating Effects of Resilience. *The Psychiatric Quarterly*. juin 2021. Vol. 92, n° 2, pp. 443-457. DOI 10.1007/s11126-020-09812-8.
122. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA VIE ETUDIANTE (OVE). Repères sur la santé des étudiants. . 2018.
123. MACALLI, Melissa. *Les conduites suicidaires chez les étudiants : analyse et modélisation du risque dans la cohorte i-Share*. . Thèse de doctorat. Bordeaux : Université de Bordeaux, 2021.
124. ROUX, Jonathan, LEFORT, Mathilde, BERTIN, Mélanie, PADILLA, Cindy, MUELLER, Judith, GARLANTÉZEC, Ronan, PIVETTE, Mathilde, TERTRE, Alain Le et CREPEY, Pascal. *Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur la santé mentale des étudiants à Rennes, France*. [en ligne]. 25 février 2021. [Consulté le 11 mars 2024]. Disponible à l'adresse: <https://hal.science/hal-03172226>
125. JENKINS, Paul E., DUCKER, Imogen, GOODING, Rebecca, JAMES, Megan et RUTTER-ELEY, Emily. Anxiety and depression in a sample of UK college students: a study of prevalence, comorbidity, and quality of life. *Journal of American college health: J of ACH*. 2021. Vol. 69, n° 8, pp. 813-819. DOI 10.1080/07448481.2019.1709474.
126. JANKOWSKI, Konrad S. Morningness-eveningness and depressive symptoms: Test on the components level with CES-D in Polish students. *Journal of Affective Disorders*. 15 mai 2016. Vol. 196, pp. 47-53. DOI 10.1016/j.jad.2016.02.015.
127. ACHARYA, Lala, JIN, Lan et COLLINS, William. College life is stressful today - Emerging stressors and depressive symptoms in college students. *Journal of American college health: J of ACH*. octobre 2018. Vol. 66, n° 7, pp. 655-664. DOI 10.1080/07448481.2018.1451869.
128. SHELDON, Elena, SIMMONDS-BUCKLEY, Melanie, BONE, Claire, MASCARENHAS, Thomas, CHAN, Natalie, WINCOTT, Megan, GLEESON, Hannah, SOW, Karmen, HIND, Daniel et BARKHAM, Michael. Prevalence and risk factors for mental health problems in university undergraduate students: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 15 mai 2021. Vol. 287, pp. 282-292. DOI 10.1016/j.jad.2021.03.054.
129. AUERBACH, R. P., ALONSO, J., AXINN, W. G., CUIJPERS, P., EBERT, D. D., GREEN, J. G., HWANG, I., KESSLER, R. C., LIU, H., MORTIER, P., NOCK, M. K., PINDER-AMAKER, S., SAMPSON, N. A., AGUILAR-GAXIOLA, S., AL-HAMZAWI, A., ANDRADE, L. H., BENJET, C., CALDAS-DE-ALMEIDA, J. M., DEMYTTENAERE, K., FLORESCU, S., DE GIROLAMO, G., GUREJE, O., HARO, J. M., KARAM, E. G., KIEJNA, A., KOVESS-MASFETY, V., LEE, S., MCGRATH, J. J., O'NEILL, S., PENNELL, B.-E., SCOTT, K., TEN HAVE, M., TORRES, Y., ZASLAVSKY, A. M., ZARKOV, Z. et BRUFFAERTS, R. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. octobre 2016. Vol. 46, n° 14, pp. 2955-2970. DOI 10.1017/S0033291716001665.

130. BRUFFAERTS, Ronny, MORTIER, Philippe, AUERBACH, Randy P., ALONSO, Jordi, HERMOSILLO DE LA TORRE, Alicia E., CUIJPERS, Pim, DEMYTTENAERE, Koen, EBERT, David D., GREEN, Jennifer Greif, HASKING, Penelope, STEIN, Dan J., ENNIS, Edel, NOCK, Matthew K., PINDER-AMAKER, Stephanie, SAMPSON, Nancy A., VILAGUT, Gemma, ZASLAVSKY, Alan M., KESSLER, Ronald C., et WHO WMH-ICS COLLABORATORS. Lifetime and 12-month treatment for mental disorders and suicidal thoughts and behaviors among first year college students. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. juin 2019. Vol. 28, n° 2, pp. e1764. DOI 10.1002/mpr.1764.
131. KESSLER, Ronald C. et WANG, Philip S. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health*. 2008. Vol. 29, pp. 115-129. DOI 10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090847.
132. ROBOTHAM, David. Stress among higher education students: towards a research agenda. *Higher Education*. 1 décembre 2008. Vol. 56, n° 6, pp. 735-746. DOI 10.1007/s10734-008-9137-1.
133. HURST, Carrie S., BARANIK, Lisa E. et DANIEL, Francis. College Student Stressors: A Review of the Qualitative Research. *Stress and Health*. 2013. Vol. 29, n° 4, pp. 275-285. DOI 10.1002/smi.2465.
134. DENG, Yuwei, CHERIAN, Jacob, KHAN, Noor Un Nisa, KUMARI, Kalpina, SIAL, Muhammad Safdar, COMITE, Ubaldo, GAVUROVA, Beata et POPP, József. Family and Academic Stress and Their Impact on Students' Depression Level and Academic Performance. *Frontiers in Psychiatry*. 16 juin 2022. Vol. 13, pp. 869337. DOI 10.3389/fpsy.2022.869337.
135. SMEREP. *Enquête santé étudiants et lycéens*. Paris, 2018.
136. HERMETET, Coralie, ARNAULT, Émilie, GABORIT, Christophe, COILLOT, Hélène, FLORENCE, Aline-Marie, DIOT, Patrice, COLOMBAT, Philippe, RUSCH, Emmanuel et GRAMMATICO-GUILLON, Leslie. Prévalence et marqueurs de risque d'anxiété et de dépression chez les étudiants en santé : PréMaRADES. *La Presse Médicale*. 1 février 2019. Vol. 48, n° 2, pp. 100-108. DOI 10.1016/j.lpm.2019.01.002.
137. PASCOE, Michaela C., HETRICK, Sarah E. et PARKER, Alexandra G. The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*. 31 décembre 2020. Vol. 25, n° 1, pp. 104-112. DOI 10.1080/02673843.2019.1596823.
138. HAMMEN, Constance. Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 1, n° 1, pp. 293-319. DOI 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938.
139. LIU, Yongli, CHEN, Junjun, CHEN, Kun, LIU, Jing et WANG, Wei. The associations between academic stress and depression among college students: A moderated chain mediation model of negative affect, sleep quality, and social support. *Acta Psychologica*. 1 septembre 2023. Vol. 239, pp. 104014. DOI 10.1016/j.actpsy.2023.104014.
140. MINCHEKAR, Vikas. ACADEMIC STRESS AND DEPRESSION AMONG COLLEGE STUDENTS. *International Journal of Current Research*. 31 décembre 2018. Vol. 10, pp. 76429-76433. DOI 10.24941/ijcr.33132.12.2018.
141. BARBAYANNIS, Georgia, BANDARI, Mahindra, ZHENG, Xiang, BAQUERIZO, Humberto, PECOR, Keith W. et MING, Xue. Academic Stress and Mental Well-Being in College Students: Correlations, Affected Groups, and COVID-19. *Frontiers in Psychology*. 23 mai 2022. Vol. 13, pp. 886344. DOI 10.3389/fpsyg.2022.886344.

142. SMITH, Andrew P. Student Workload, Wellbeing and Academic Attainment. In : LONGO, Luca et LEVA, Maria Chiara (éd.), *Human Mental Workload: Models and Applications*. Cham : Springer International Publishing, 2019. pp. 35-47. ISBN 978-3-030-32423-0. DOI 10.1007/978-3-030-32423-0_3.
143. ALSUBAIE, M. M., STAIN, H. J., WEBSTER, L. A. D. et WADMAN, R. The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2 octobre 2019. Vol. 24, n° 4, pp. 484-496. DOI 10.1080/02673843.2019.1568887.
144. SCANLON, Margaret, LEAHY, Pat, JENKINSON, Hilary et POWELL, Fred. 'My biggest fear was whether or not I would make friends': working-class students' reflections on their transition to university in Ireland. *Journal of Further and Higher Education*. 2 juillet 2020. Vol. 44, n° 6, pp. 753-765. DOI 10.1080/0309877X.2019.1597030.
145. AWANG, Mohd Mahzan, KUTTY, Faridah Mydin et AHMAD, Abdul Razaq. Perceived Social Support and Well Being: First-Year Student Experience in University. *International Education Studies*. 2014. Vol. 7, n° 13, pp. 261-270. ERIC Number: EJ1071180
146. PEDLER, Megan Louise, ROYCE, Willis et NIEUWOUDT, Johanna Elizabeth. A sense of belonging at university: student retention, motivation and enjoyment. *Journal of Further and Higher Education*. [en ligne]. 2021. [Consulté le 10 avril 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0309877X.2021.1955844>
147. MASLOW, Abraham. *A theory of human motivation*. . Psychological Review. 1943.
148. SOLMI, Marco, RADUA, Joaquim, OLIVOLA, Miriam, CROCE, Enrico, SOARDO, Livia, SALAZAR DE PABLO, Gonzalo, IL SHIN, Jae, KIRKBRIDE, James B., JONES, Peter, KIM, Jae Han, KIM, Jong Yeob, CARVALHO, André F., SEEMAN, Mary V., CORRELL, Christoph U. et FUSAR-POLI, Paolo. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*. janvier 2022. Vol. 27, n° 1, pp. 281-295. DOI 10.1038/s41380-021-01161-7.
149. ARNETT, Jeffrey J., ŽUKAUSKIENĖ, Rita et SUGIMURA, Kazumi. The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*. 1 décembre 2014. Vol. 1, n° 7, pp. 569-576. DOI 10.1016/S2215-0366(14)00080-7.
150. MAHINDRU, Aditya, PATIL, Pradeep et AGRAWAL, Varun. Role of Physical Activity on Mental Health and Well-Being: A Review. *Cureus*. Vol. 15, n° 1, pp. e33475. DOI 10.7759/cureus.33475.
151. PEARCE, Matthew, GARCIA, Leandro, ABBAS, Ali, STRAIN, Tessa, SCHUCH, Felipe Barreto, GOLUBIC, Rajna, KELLY, Paul, KHAN, Saad, UTUKURI, Mrudula, LAIRD, Yvonne, MOK, Alexander, SMITH, Andrea, TAINIO, Marko, BRAGE, Søren et WOODCOCK, James. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2022. Vol. 79, n° 6, pp. 550-559. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2022.0609.
152. MCMAHON, Elaine M., CORCORAN, Paul, O'REGAN, Grace, KEELEY, Helen, CANNON, Mary, CARLI, Vladimir, WASSERMAN, Camilla, HADLACZKY, Gergö, SARCHIAPONE, Marco, APTER, Alan, BALAZS, Judit, BALINT, Maria, BOBES, Julio, BRUNNER, Romuald, COZMAN, Doina, HARING, Christian, IOSUE, Miriam, KAESS, Michael, KAHN, Jean-Pierre, NEMES, Bogdan, PODLOGAR, Tina, POŠTUVAN, Vita, SÁIZ, Pilar, SISASK, Merike, TUBIANA, Alexandra, VÄRNIK, Peeter, HOVEN, Christina W. et WASSERMAN, Danuta. Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 1 janvier 2017. Vol. 26, n° 1, pp. 111-122. DOI 10.1007/s00787-016-0875-9.

153. *Pratique d'activités physiques et sportives et sédentarité chez les étudiants en formations universitaires en France – Résultats d'une enquête nationale* [en ligne]. ONAPS, 2023. Disponible à l'adresse: <http://www.onaps.fr/>
154. MÜLLER, Jörg et CREDOC. *Baromètre national des pratiques sportives 2018 à 2022*. Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire, 2023.
155. STULTS-KOLEHMAINEN, Matthew A. et SINHA, Rajita. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*. janvier 2014. Vol. 44, n° 1, pp. 81-121. DOI 10.1007/s40279-013-0090-5.
156. GERARD, Magalie et LANCREY-JAVAL, Gaspard. *Les étudiants et l'alimentation*. Harris Interactive, 2017.
157. FAUCHER, Anna et LANÇON, Louison. *En 2022, en France, les étudiants ont encore faim*. Let's Food, RESES, 2022.
158. ANSES. *Consommations alimentaires et apports nutritionnels dans la restauration hors foyer en France*. Maison Alfort : Agence Nationale De Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), 2021.
159. PARK, Subin, RIM, Soo J. et LEE, Junghyun H. Associations between dietary behaviours and perceived physical and mental health status among Korean adolescents. *Nutrition & Dietetics*. 2018. Vol. 75, n° 5, pp. 488-493. DOI 10.1111/1747-0080.12444.
160. AKBARALY, Tasnime N., BRUNNER, Eric J., FERRIE, Jane E., MARMOT, Michael G., KIVIMAKI, Mika et SINGH-MANOUX, Archana. Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. novembre 2009. Vol. 195, n° 5, pp. 408-413. DOI 10.1192/bjp.bp.108.058925.
161. SÁNCHEZ-VILLEGAS, Almudena, TOLEDO, Estefania, DE IRALA, Jokin, RUIZ-CANELA, Miguel, PLA-VIDAL, Jorge et MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Miguel A. Fast-food and commercial baked goods consumption and the risk of depression. *Public Health Nutrition*. mars 2012. Vol. 15, n° 3, pp. 424-432. DOI 10.1017/S1368980011001856.
162. OCEAN, Neel, HOWLEY, Peter et ENSOR, Jonathan. Lettuce be happy: A longitudinal UK study on the relationship between fruit and vegetable consumption and well-being. *Social Science & Medicine (1982)*. février 2019. Vol. 222, pp. 335-345. DOI 10.1016/j.socscimed.2018.12.017.
163. MILAJERDI, A., KESHTELI, A. H., ESMAILLZADEH, A., ROOHAFZA, H., AFSHAR, H. et ADIBI, P. Breakfast consumption in relation to lowered risk of psychological disorders among Iranian adults. *Public Health*. 1 février 2019. Vol. 167, pp. 152-158. DOI 10.1016/j.puhe.2018.05.020.
164. LE PORT, Agnès, GUEGUEN, Alice, KESSE-GUYOT, Emmanuelle, MELCHIOR, Maria, LEMOGNE, Cédric, NABI, Hermann, GOLDBERG, Marcel, ZINS, Marie et CZERNICHOW, Sébastien. Association between dietary patterns and depressive symptoms over time: a 10-year follow-up study of the GAZEL cohort. *PLoS One*. 2012. Vol. 7, n° 12, pp. e51593. DOI 10.1371/journal.pone.0051593.
165. BECK, François. *Jeunes et addiction*. Saint Denis : OFTD, 2016.
166. SAUVAGE, Fabien. *Etude de la consommation d'alcool dans la population étudiante*. . These de doctorat en pharmacie. Lille : Université de Lille, 2018.

167. GAMBLES, Nichola, PORCELLATO, Lorna, FLEMING, Kate M. et QUIGG, Zara. "If You Don't Drink at University, You're Going to Struggle to Make Friends" Prospective Students' Perceptions around Alcohol Use at Universities in the United Kingdom. *Substance Use & Misuse*. 28 janvier 2022. Vol. 57, n° 2, pp. 249-255. DOI 10.1080/10826084.2021.2002902.
168. MERRILL, Jennifer E. et CAREY, Kate B. Drinking Over the Lifespan. *Alcohol Research : Current Reviews*. 2016. Vol. 38, n° 1, pp. 103-114.
169. BEWICK, Bridgette M., MULHERN, Brendan, BARKHAM, Michael, TRUSLER, Karen, HILL, Andrew J. et STILES, William B. Changes in undergraduate student alcohol consumption as they progress through university. *BMC Public Health*. 19 mai 2008. Vol. 8, n° 1, pp. 163. DOI 10.1186/1471-2458-8-163.
170. TEMBO, Chimwemwe, BURNS, Sharyn et KALEMBO, Fatch. The association between levels of alcohol consumption and mental health problems and academic performance among young university students. *PLOS ONE*. 28 juin 2017. Vol. 12, n° 6, pp. e0178142. DOI 10.1371/journal.pone.0178142.
171. MÄKELÄ, Pia, RAITASALO, Kirsimarja et WAHLBECK, Kristian. Mental health and alcohol use: a cross-sectional study of the Finnish general population. *European Journal of Public Health*. 1 avril 2015. Vol. 25, n° 2, pp. 225-231. DOI 10.1093/eurpub/cku133.
172. ROSENTHAL, Samantha R., CLARK, Melissa A., MARSHALL, Brandon D. L., BUKA, Stephen L., CAREY, Kate B., SHEPARDSON, Robyn L. et CAREY, Michael P. Alcohol consequences, not quantity, predict major depression onset among first-year female college students. *Addictive Behaviors*. 1 octobre 2018. Vol. 85, pp. 70-76. DOI 10.1016/j.addbeh.2018.05.021.
173. How Much Sleep Do You Really Need? *National Sleep Foundation*. [en ligne]. 1 octobre 2020. [Consulté le 16 avril 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.thensf.org/how-many-hours-of-sleep-do-you-really-need/>
174. SIMON, Océane et HACHEMI, Sarah. *Enquête Santé Etudiants & Lycéens*. Paris : HEYME, 2019.
175. NUTT, David, WILSON, Sue et PATERSON, Louise. Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 30 septembre 2008. Vol. 10, n° 3, pp. 329-336. DOI 10.31887/DCNS.2008.10.3/dnutt.
176. INSEE. Pauvreté selon l'âge et le seuil. *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques*. [en ligne]. 14 novembre 2023. [Consulté le 16 avril 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3565548>
177. MARTEAU, Benjamin, PINEL, Laurie, ECHEGU, Opale et NAUZE-FICHET, Emmanuelle. *Mesurer le niveau de vie et la pauvreté des jeunes adultes de 18 à 24 ans*. DRESS, 2023.
178. IFOP et COP1. *Inflation et précarité, quelle réalité pour les étudiants en France ?* Paris, 2023.
179. ROLLAND, Franck, HADOUIRI, Nawale, HAAS-JORDACHE, Adrien, GOUY, Evan, MATHIEU, Loona, GOULARD, Anne, MORVAN, Yannick et FRAJERMAN, Ariel. Mental health and working conditions among French medical students: A nationwide study. *Journal of Affective Disorders*. 1 juin 2022. Vol. 306, pp. 124-130. DOI 10.1016/j.jad.2022.03.001.
180. RICHARDSON, Thomas, ELLIOTT, Peter, ROBERTS, Ron et JANSEN, Megan. A Longitudinal Study of Financial Difficulties and Mental Health in a National Sample of British Undergraduate Students.

Community Mental Health Journal. avril 2017. Vol. 53, n° 3, pp. 344-352. DOI 10.1007/s10597-016-0052-0.

181. FERRY, Odile et PATROS, Theo. *Enquête conditions de vie des étudiants 2020 - Activité rémunérée*. Observatoire national de la vie étudiante, 2020.

182. CARNEY, Claire, MCNEISH, Sharon et MCCOLL, John. The impact of part time employment on students' health and academic performance: a Scottish perspective. *Journal of Further and Higher Education*. 1 novembre 2005. Vol. 29, n° 4, pp. 307-319. DOI 10.1080/03098770500353300.

183. VERULAVA, Tengiz et JORBENADZE, Revaz. The impact of part-time employment on students' health. *Malta Medical Journal*. 7 janvier 2022. Vol. 34, n° 1, pp. 50-57.

184. ROBOTHAM, David. Student part-time employment: Characteristics and consequences. *Education + Training*. 10 février 2012. Vol. 54, pp. 65-75. DOI 10.1108/00400911211198904.

185. SUMMER, Rebecca, MCCOY, Megan et TRUJILLO, Isabelle. Support for Working Students: Understanding the Impacts of Employment on Students' Lives. *Journal of College Student Retention*. Portland, 2023.

186. LE BOLZER, Julie. Pourquoi 59 % des Français ont-ils déjà dû renoncer à des soins ? *Les Echos*. [en ligne]. 19 janvier 2019. [Consulté le 18 avril 2024]. Disponible à l'adresse: <https://www.lesechos.fr/thema/sante-accompagnement/pourquoi-59-des-francais-ont-ils-deja-du-renoncer-a-des-soins-1148978>

187. BAGGIO, Stéphanie, IGLESIAS, Katia et FERNEX, Alain. Healthcare renunciation among young adults in French higher education: A population-based study. *Preventive Medicine*. juin 2017. Vol. 99, pp. 37-42. DOI 10.1016/j.ypmed.2017.02.002.

188. FACON-BARILLOT, Quentin, ROMO, Lucia, VANSIMAEYS, Camille, CHEVANCE, Astrid, FRAJERMAN, Ariel et MORVAN, Yannick. *Le recours aux soins des étudiants : quelques indicateurs à partir des enquêtes de l'OVE depuis 2016*. [en ligne]. 20 juin 2023. OSF. [Consulté le 18 avril 2024].

189. EBERT, David Daniel, MORTIER, Philippe, KAEHLKE, Fanny, BRUFFAERTS, Ronny, BAUMEISTER, Harald, AUERBACH, Randy P., ALONSO, Jordi, VILAGUT, Gemma, MARTÍNEZ, Kalina U., LOCHNER, Christine, CUIJPERS, Pim, KUECHLER, Ann-Marie, GREEN, Jennifer, HASKING, Penelope, LAPSLEY, Coral, SAMPSON, Nancy A., KESSLER, Ronald C. et COLLABORATORS, On behalf of the WHO World Mental Health-International College Student Initiative. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students: First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2019. Vol. 28, n° 2, pp. e1782. DOI 10.1002/mpr.1782.

190. KRAUS, Christoph, KADRIU, Bashkim, LANZENBERGER, Rupert, ZARATE JR., Carlos A. et KASPER, Siegfried. Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Translational Psychiatry*. 3 avril 2019. Vol. 9, n° 1, pp. 1-17. DOI 10.1038/s41398-019-0460-3.

191. VETO-ENTRAIDE et IVSA. *Rapport bien-être étudiant des ENV 2022*. Nantes, 2022.

192. CHAUVET, Juliette. *Bien être des étudiants vétérinaires : réalisation d'une enquête européenne, évaluation de la situation à l'ENVA*. . Thèse de Doctorat Vétérinaire. Faculté de médecine de Creteil, 2018.

193. RADLOFF, Lenore Sawyer. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*. juin 1977. Vol. 1, n° 3, pp. 385-401. DOI 10.1177/014662167700100306.
194. VILAGUT, Gemma, FORERO, Carlos G., BARBAGLIA, Gabriela et ALONSO, Jordi. Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D): A Systematic Review with Meta-Analysis. *PLOS ONE*. 16 mai 2016. Vol. 11, n° 5, pp. e0155431. DOI 10.1371/journal.pone.0155431.
195. FUHRER, R. et ROUILLON, F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatry and Psychobiology*. janvier 1989. Vol. 4, n° 3, pp. 163-166. DOI 10.1017/S0767399X00001590.
196. MORIN, A. J. S., MOULLEC, G., MAÏANO, C., LAYET, L., JUST, J.-L. et NINOT, G. Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in French clinical and nonclinical adults. *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique*. octobre 2011. Vol. 59, n° 5, pp. 327-340. DOI 10.1016/j.respe.2011.03.061.
197. CÔTÉ, Catherine. L'épuisement étudiant compréhension du phénomène par la description des dynamiques psychologiques sous-jacentes. [en ligne]. 2008. [Consulté le 28 février 2024]. Disponible à l'adresse: <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/2784>Accepted: 2014-05-15T18:09:45Z
198. BOUJUT, E., KOLECK, M., BRUCHON-SCHWEITZER, M. et BOURGEOIS, M.-L. La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. novembre 2009. Vol. 167, n° 9, pp. 662-668. DOI 10.1016/j.amp.2008.05.020.
199. Calculatrice de marge d'erreur. *SurveyMonkey*. [en ligne]. [Consulté le 20 avril 2024]. Disponible à l'adresse: <https://fr.surveymonkey.com/mp/margin-of-error-calculator/>
200. COURTOIS, Margot. Le sexisme en École Vétérinaire Française : historique, état des lieux et ressenti des étudiantes. . 9 mai 2023. pp. 197.
201. MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE. La situation financière des étudiants - état de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation en France n°14. *Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche*. [en ligne]. 2017. [Consulté le 29 février 2024]. Disponible à l'adresse: https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eedr/FR/T239/la_situation_financiere_des_etudiants/
202. CADINOT, Aurore. *Situation financière, sociale des étudiants de l'ENVA, ses répercussions sur les études et sur les premiers pas de la vie active*. . Thèse de Doctorat Vétérinaire. Creteil : Faculté de médecine de Creteil, 2013.
203. BOUJUT, E., KOLECK, M., BRUCHON-SCHWEITZER, M. et BOURGEOIS, M. -L. La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 novembre 2009. Vol. 167, n° 9, pp. 662-668. DOI 10.1016/j.amp.2008.05.020.
204. LIBERATION et AGENCE FRANCE PRESSE. Suicides d'internes en médecine : un hommage pour dénoncer la souffrance des ces «soldats du front». *Libération*. [en ligne]. 17 avril 2021. [Consulté le 1 mars 2024]. Disponible à l'adresse: https://www.liberation.fr/societe/sante/suicides-dinternes-en-medecine-un-hommage-pour-denoncer-la-souffrance-des-ces-soldats-du-front-20210417_LGFDHFGMUREORCTSGXUQZPYCZU/

205. LAFAY, N. Les états dépressifs de la post-adolescence. Résultats d'une enquête menée chez 1521 étudiants de l'université de Poitiers. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*. [en ligne]. mars 2023. [Consulté le 1 mars 2024]. DOI 10.1016/S0003-4487(03)00021-0.
206. ESTINGOY, Pierrette, FORT, Emmanuel, NORMAND, J.-C, LEROND, Jerome et D'AMATO, Thierry. Psychological vulnerabilities among students: Two surveys about mental health at the University Lyon 1. *Annales Médico-Psychologiques*. 1 juillet 2013. Vol. 171, pp. 392-396. DOI 10.1016/j.amp.2013.04.014.
207. VAZQUEZ, Fernando et BLANCO, Vanessa. Symptoms of Depression and Related Factors among Spanish University Students. *Psychological Reports*. [en ligne]. 2006. Vol. 99. [Consulté le 4 mars 2024]. Disponible à l'adresse: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pr0.99.2.583-590>
208. COLE, S. R., KAWACHI, I., MALLER, S. J. et BERKMAN, L. F. Test of item-response bias in the CES-D scale. experience from the New Haven EPESE study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1 mars 2000. Vol. 53, n° 3, pp. 285-289. DOI 10.1016/s0895-4356(99)00151-1.
209. LEACH, Liana S., CHRISTENSEN, Helen et MACKINNON, Andrew J. Gender differences in the endorsement of symptoms for depression and anxiety: are gender-biased items responsible? *The Journal of Nervous and Mental Disease*. février 2008. Vol. 196, n° 2, pp. 128-135. DOI 10.1097/NMD.0b013e318162aa63.
210. VANTURENHOUT, C et ANSSEAU, M. La dépression chez la femme. *La dépression chez la femme*. 1999. Vol. 54, n° 4, pp. 322-328.
211. BEBBINGTON, Paul. The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *International Review of Psychiatry*. 1 janvier 1996. Vol. 8, n° 4, pp. 295-332. DOI 10.3109/09540269609051547.
212. STRAND, Elizabeth B., ZAPARANICK, Tracy L. et BRACE, James J. Quality of Life and Stress Factors for Veterinary Medical Students. *Journal of Veterinary Medical Education*. juin 2005. Vol. 32, n° 2, pp. 182-192. DOI 10.3138/jvme.32.2.182.
213. NAHAR, Vinayak K., DAVIS, Robert E., DUNN, Clyde, LAYMAN, Bradford, JOHNSON, Elizabeth C., DASCANIO, John J., JOHNSON, Jason W. et SHARMA, Manoj. The prevalence and demographic correlates of stress, anxiety, and depression among veterinary students in the Southeastern United States. *Research in Veterinary Science*. 1 août 2019. Vol. 125, pp. 370-373. DOI 10.1016/j.rvsc.2019.07.007.
214. BELAFKI, Hassana. Les échelles psychométriques d'évaluation de la dépression : synthèse bibliographique. *Revue Marocaine de Santé Publique*. [en ligne]. 27 juin 2023. Vol. 10, n° 16. [Consulté le 23 mai 2024]. DOI 10.34874/IMIST.PRSM/RMSP/30679.
215. FRIED, Eiko I. The 52 symptoms of major depression: Lack of content overlap among seven common depression scales. *Journal of Affective Disorders*. 15 janvier 2017. Vol. 208, pp. 191-197. DOI 10.1016/j.jad.2016.10.019.
216. FRIED, Eiko I. et NESSE, Randolph M. Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*. 1 février 2015. Vol. 172, pp. 96-102. DOI 10.1016/j.jad.2014.10.010.

217. BECK, A. T., BROWN, G., BERCHICK, R. J., STEWART, B. L. et STEER, R. A. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*. février 1990. Vol. 147, n° 2, pp. 190-195. DOI 10.1176/ajp.147.2.190.
218. DURMER, Jeffrey S. et DINGES, David F. Neurocognitive consequences of sleep deprivation. *Seminars in Neurology*. mars 2005. Vol. 25, n° 1, pp. 117-129. DOI 10.1055/s-2005-867080.
219. HERVÉ DEVILLIERS, Thomas Thibault. *La LCA en anglais facile aux EDN*. . Elsevier Masson. 2022.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle de dépression CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale)

		Jamais	Très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment	En permanence
Durant la semaine dernière j'ai trouvé que:							
CES-D1	J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D2	Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D3	J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D4	J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
CES-D5	J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D6	Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D7	J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D8	J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
CES-D9	J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D10	Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D11	Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D12	J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
CES-D13	J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D14	Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D15	Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D16	J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
CES-D17	J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D18	Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D19	J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CES-D20	J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3

Annexe 2 : Questionnaire

Dans le cadre de ma thèse, je réalise une enquête sur la symptomatologie dépressive rencontrée en école vétérinaire. Ce questionnaire s'adresse à tous les étudiants vétérinaires français, de la A2 à la A6. Le temps de réalisation du questionnaire est d'environ 10 minutes. Il est anonyme et n'implique pas de suivi.

Une seule réponse par question est possible et il faut répondre à toutes les questions pour que la participation soit validée.

Merci pour votre participation.

Genre :

Féminin

Autre

Masculin

Ecole fréquentée :

Maison Alfort

Toulouse

Nantes

Lyon

Année d'étude en école vétérinaire :

A2

A5

A3

A6

A4

Je suis entré(e) à l'école vétérinaire via :

Le concours A

Le concours D

Le concours A TB

Le concours E

Le concours B

La voie post bac

Le concours C

Après l'école, je souhaite travailler :

En clientèle

Dans l'enseignement

En tant qu'ISPV

Dans la pet-food/marketing

Dans la recherche

Autre

Concernant mes revenus :

J'ai des difficultés à payer mes charges fixes

Je parviens à payer mes charges fixes et il me reste de l'argent pour mes loisirs

Je parviens à payer mes charges fixes mais je n'ai plus d'argent pour mes loisirs

Concernant les jobs étudiants :

Je n'ai pas de job étudiant	J'ai un job étudiant qui me prend 4 heures ou plus par semaine
J'ai un job étudiant qui me prend moins de 4 heures par semaine	

Les 20 questions suivantes sont issues de la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (échelle CES-D), qui étudie la symptomatologie dépressive en population générale. A quelle fréquence avez-vous éprouvé les sentiments suivants au cours de la semaine écoulée ?

1. J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit

Jamais	Assez souvent
Très rarement	Fréquemment
Occasionnellement	En permanence

3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

6. Je me suis senti(e) déprimé(e)

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

8. J'ai été confiant(e) en l'avenir

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

9. J'ai pensé que ma vie était un échec

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

10. Je me suis senti(e) craintif(ve)

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

11. Mon sommeil n'a pas été bon

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

12. J'ai été heureux(se)

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

13. J'ai parlé moins que d'habitude

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

14. Je me suis senti(e) seul(e)

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

15. Les autres ont été hostiles envers moi

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

16. J'ai profité de la vie

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

17. J'ai eu des crises de larmes

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

18. Je me suis senti(e) triste

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

20. J'ai manqué d'entrain

Jamais	Occasionnellement	Fréquemment
Très rarement	Assez souvent	En permanence

LA DEPRESSION EN ECOLE VETERINAIRE : ENQUETE AUPRES DES ETUDIANTS VETERINAIRES FRANCAIS

Nom, Prénom : Zunino, Clémence

Résumé : L'objectif de ce travail est d'apporter de nouvelles données sur la santé mentale des étudiants vétérinaires, peu étudiée à ce jour, alors que la mortalité due au suicide chez les vétérinaires praticiens est connue pour être deux à quatre fois supérieure à la population générale. Pour cela, une enquête basée sur l'échelle CES-D, validée par les autorités de santé pour l'étude de la symptomatologie dépressive en population générale, a été diffusée aux écoles vétérinaires françaises. 51% des 957 étudiants interrogés dépassent le seuil de symptomatologie dépressive élevée, et 28% déclarent avoir déjà eu des pensées suicidaires depuis leur entrée en école. Le genre, la situation financière ainsi que la voie d'admission étaient associés au niveau de symptômes observé. De plus, les études réalisées sur les populations vétérinaires étudiantes et praticiennes font constater des problématiques communes et suggèrent l'enjeu de préserver la santé mentale des vétérinaires dès le début du cursus.

Mots clés : depression, étudiants, suicide, vétérinaires, santé mentale, échelle CES-D

DEPRESSION IN VETERINARY SCHOOLS : SURVEY OF FRENCH VETERINARY STUDENTS

Abstract : The aim of this work is to provide new data on the mental health of veterinary students, little studied to date, despite the fact that mortality due to suicide among practicing veterinarians is known to be two to four times higher than in the general population. To this end, a survey based on the CES-D scale, validated by health authorities for the study of depressive symptomatology in the general population, was distributed to French veterinary schools. 51% of the 957 students surveyed exceeded the threshold for high depressive symptomatology, and 28% reported having had suicidal thoughts since entering school. Gender, financial situation and admission route were associated with the observed level of symptoms. In addition, studies carried out on veterinary student and practitioner populations reveal common problems and suggest the need to safeguard the mental health of veterinary surgeons from the very start of their training.

Key words : depression, students, suicide, veterinarians, mental health, CES-D scale