



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evolution de l'état de santé des étudiants en Médecine de Lille
entre MED-3 et MED-6.
Etude de l'accès au soin et de la manière de se soigner.**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 28 septembre 2017 à 18h00
au Pôle Recherche
Par Baptiste AELBRECHT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Madame le Docteur Brigitte LEROY-MARTIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Glossaire

ANEMF	Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
ISNAR-IMG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNCCA	InterSyndicat National des Chefs de Cliniques et Assistants
ISNI	InterSyndicat National des Internes
LMDE	La Mutuelle Des Etudiants
MED-3	(Etudiants en) 3 ^{ème} année de Médecine
MED-6	(Etudiants en) 6 ^{ème} année de Médecine
iECN	Epreuves Classantes Nationales Informatisées
ICL	Institut Catholique de Lille
ALS	Allocation de Logement à caractère Social
APL	Aide Personnalisée au Logement
PACS	Pacte Civil de Solidarité
CMU	Couverture Maladie Universelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
MT	Médecin Traitant
MG	Médecin Généraliste
MSNG	Médecins Spécialistes Non Généralistes
SIUMPPS	Service Inter-Universitaire de Médecine Préventive et Promotion de la Santé
CPSU	Centre Polyvalent de la Santé Universitaire

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
PATIENTS & METHODES	4
RESULTATS	6
I. DESCRIPTIF DE L'ECHANTILLON.....	6
a) Description générale	6
b) Problématique des sujets n'ayant pas répondu il y a trois ans.....	6
c) Description de l'échantillon final.....	6
d) Poursuite de l'étude	6
e) Description de la profession des parents et du conjoint en MED-6	10
f) Comparaison des MED-3 et des MED-6 sur les critères socio-économiques.....	11
II. EVOLUTION DE LA PERCEPTION PAR LES MED-6 DE LEUR ETAT DE SANTE SELON LES CRITERES DE L'OMS	14
a) Etat de santé physique	14
b) Etat de santé mentale.....	14
c) Etat de santé sociale.....	14
d) Evolution de l'état de santé globale entre MED-3 et MED-6	14
III. Accès au soin.....	15
a) Déclaration du médecin traitant (MT).....	15
b) Distance entre le lieu d'habitation et le cabinet du médecin traitant.....	16
c) Fréquence de consultation chez le médecin traitant.....	16
d) Consultation des médecins spécialistes non généralistes.....	17
e) Maladies chroniques	17
III. Renoncement au soin	18
a) Facilité d'accès au soin	18
b) Evolution depuis 3 ans du renoncement au soin	18
c) Causes du renoncement au soin	18
d) Type de renoncement.....	19
IV. Impact des études en médecine sur la manière de se soigner.....	20
a) Proximité au soin en tant qu'étudiant en médecine	20
b) Modification de la manière de se soigner entre MED-3 et MED-6.....	20
c) Le stress des étudiants	21
V. Considération des structures universitaires.....	22
DISCUSSION	23
I. Résultats principaux de l'étude.....	23
II. Validité interne de l'étude : points forts et limites.....	24
III. Validité externe de l'étude	25
IV. Extrapolation.....	31
CONCLUSION.....	32
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	33
ANNEXES	35

RESUME

Contexte : L'état de santé des futurs médecins évolue avec l'avancée dans les études. En 2013-2014, P. HUYNH et A. HELYNCK avaient analysé l'état de santé des étudiants en MED-3 de l'Université Lille 2 et de l'Institut Catholique de Lille. Cette nouvelle étude consistait à interroger la même cohorte trois ans plus tard, en MED-6 et à analyser l'évolution de leur état de santé et de leur rapport au soin.

Méthode : L'étude concernait les 468 étudiants en MED-6 de Lille 2 (Faculté H. Warembourg) et les 103 étudiants en MED-6 de l'Institut Catholique de Lille, interrogés entre janvier et avril 2017 par un questionnaire anonyme, auto-administré en ligne sur Lime Survey®.

Résultats : 35% (204) étudiants ont répondu complètement au questionnaire et constituent l'échantillon analysé. Ceux qui déclaraient être en excellente santé physique, mentale et sociale ont diminué de 84% (409) en MED-3 à 64% (132) en MED-6 ($p < 0,0001$). L'impression de mauvaise santé mentale a augmenté de 8% (42) à 20% (42) ($p < 0,0001$). Le ressenti de mauvaise santé sociale a progressé de 7 (35) à 20% (41 ; $p < 0,0001$). Ils étaient 61% (125) des MED-6 contre 39% (191) des MED-3 à consulter rarement à jamais (0 à 1 fois/an) leur médecin traitant ($p < 0,0001$).

Conclusion : L'état de santé des étudiants en médecine lillois s'est détérioré à l'issue du deuxième cycle des études médicales. L'apparition des stages hospitaliers et la préparation aux Epreuves Classantes Nationales Informatisées (iECN) en sont probablement responsables, et source de stress et d'altération de la qualité de vie. L'évolution de leur état de santé au cours de l'internat sera l'objectif du prochain suivi de la cohorte dans 3 ans.

INTRODUCTION

L'état de santé des futurs médecins français est un sujet préoccupant. Depuis plusieurs années il est montré du doigt dès la formation médicale initiale. Récemment, plusieurs études ont exploré la souffrance des jeunes médecins et des internes. C'est le cas de l'enquête réalisée en 2016 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (1).

Les résultats de cette étude retrouvent qu'un quart des jeunes médecins interrogés était en état de santé moyen ou mauvais, et 14% déclaraient avoir eu des idées suicidaires. Ces chiffres sont supérieurs à ceux retrouvés dans la population générale, puisque le risque suicidaire y est de 3,7 à 4% chez les femmes et 2,6 à 3,7% chez les hommes, âgés de 20 à 34 ans (2). Une autre étude réalisée début 2017 par le CNOM, en collaboration avec l'Association des Étudiants en Médecine de France (ANEMF), l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), l'ISNI (InterSyndicat National des Internes), et l'ISNCCA (Inter Syndicat National des Chefs de Clinique et Assistants) (3), parmi les étudiants et jeunes médecins français, a montré la grande prévalence des troubles mentaux. Sur les 21768 répondants de l'étude, 66,2% souffraient d'anxiété, 27,7% de dépression et 23,7% d'idées suicidaires.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 1946 la santé comme un état de « *bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (4).

Avec la fin du deuxième cycle des études médicales, les étudiants ont découvert la pratique professionnelle au sein de stages hospitaliers ou ambulatoires. Sur le plan théorique, ils achèvent une préparation de trois ans les amenant aux

Épreuves Classantes Nationales informatisées (iECN), déterminantes pour leur orientation professionnelle.

Deux promotions-cohortes successives d'étudiants sont suivies pendant 6 ans lors de 3 évaluations successives :

- La première phase de la première cohorte a débuté en 2013, puis en 2016 et sera évaluée en 2019 ;
- La deuxième cohorte présentera les mêmes phases échelonnées en 2014, 2017 et 2020.

En 2014, P. HUYNH (5) et A. HELYNCK (6) ont décrit l'état de santé de la cohorte 2, sujet de la présente étude, alors en troisième année (MED-3) dans les Universités de Médecine lilloises. En 2016, M. HONORE (7) et A. NATHOO (8) montraient déjà la dégradation de l'état de santé des étudiants de la cohorte 1 en à peine trois ans.

La deuxième partie de l'enquête, concernant l'évolution de l'hygiène de vie des étudiants en sixième année (MED-6), comprenant le sommeil, l'alimentation, le poids, le temps libre et le sport, de leur sexualité et de leurs addictions (à l'alcool, au tabac, aux produits illicites et aux médicaments), faisait l'objet d'un travail mené par P. GRAU, parallèlement à celui-ci.

L'objectif principal de l'étude était de mesurer l'évolution de la perception, par les étudiants en médecine MED-6 de Lille, de l'année universitaire 2016-17, de leur état de santé, de leur accès au soin, et de leur manière de se soigner.

PATIENTS & METHODES

La présente étude observationnelle descriptive transversale était la phase 2 d'un projet prévu sur 6 ans pour suivre les habitudes comportementales d'une population d'étudiants en médecine concernant leur santé. Le projet comportait 3 phases avec reconduction d'un même questionnaire, d'abord en troisième année (MED-3) au moment où les étudiants abordent réellement l'étude de la pathologie et de la thérapeutique, puis en fin d'externat (MED-6) avant les Epreuves Classantes Nationales Informatisées (iECN), et enfin en milieu d'internat. Ce travail concernait la deuxième phase de l'étude.

L'étude incluait tous les étudiants en médecine de MED-6 inscrits à la rentrée universitaire 2016 à la Faculté de Lille 2 Henri Warembourg et à l'Institut Catholique de Lille (ICL) soit 571 étudiants. Le recueil des données s'est fait sur 4 mois par un questionnaire Lime Survey®, auto administré, anonyme. Le questionnaire comportait 51 items (Annexe 1). Il y avait une première partie sociodémographique, une deuxième sur le rapport au soin et une dernière sur les modifications concernant les soins et les comportements à risque. La base du questionnaire était la même que celle établie par P. HUYNH (5) et A. HELYNCK (6) en 2014. Pour comparer l'évolution des comportements, certaines questions sont restées identiques à celle de l'étude 2014. Le projet a été rappelé aux étudiants en amphithéâtre à la Faculté de Lille 2 le vendredi 9 décembre 2016. Il n'a pas été possible de réaliser cette même intervention pour les étudiants de l'ICL. Le lien internet du questionnaire a été diffusé sur la page Facebook® des deux promotions (Lille 2 et ICL) et par courriel sur les adresses universitaires, ainsi que sur la plateforme enseignement de l'ICL

(Agora), avec 4 relances. Le recueil de données a commencé le 19 janvier 2017 et s'est terminé le 21 avril 2017.

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (N° 1734901 v 0) avait été effectuée pour toute l'étude lors de la phase 1 de 2014. Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest avait déclaré en 2014 l'étude comme non interventionnelle.

L'analyse statistique a été effectuée, après exportation et recodage numérique manuel des variables dans un tableur Excel®, par la Fédération de la Recherche Clinique de Lille avec l'aide de Madame Hélène BEHAL.

Les paramètres qualitatifs ont été exprimés en termes d'effectifs et de pourcentages. Les paramètres quantitatifs ont été présentés en termes de moyenne et d'écart-type. La distribution des paramètres quantitatifs a été étudiée graphiquement et par le test de Shapiro WILK.

La comparaison des deux périodes sur les variables binaires et catégorielles à plus de 2 modalités a été réalisée par le test du Chi-2 ou par le test exact de Fisher en cas d'effectifs théoriques < 5 . Le test t de student a été utilisé pour la comparaison des deux périodes sur les variables quantitatives.

La recherche de profils d'étudiant au sein de la population interrogée cette année (MED6) a été réalisée par le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher en cas de croisement entre 2 variables catégorielles à 2 modalités ou plus.

Le niveau de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

RESULTATS

I. DESCRIPTIF DE L'ECHANTILLON

a) Description générale

Parmi les 571 étudiants concernés par l'étude, 49% (280) ont rempli un questionnaire complet exploitable, constituant l'échantillon initial.

b) Problématique des sujets n'ayant pas répondu il y a trois ans

Parmi les 280 questionnaires exploités, 27% des étudiants (76) déclaraient ne pas avoir répondu au questionnaire il y a 3 ans. Pour des raisons de rigueur de méthodologie, ce groupe a été exclu de l'analyse finale des résultats. Cependant, il a fait l'objet d'une analyse de sensibilité comparée à la population de l'échantillon final. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative pour l'ensemble des items énumérés dans les résultats ci-dessous concernant ce groupe par rapport à l'échantillon final (n=204). Le diagramme des flux (Figure 1) rappelle les effectifs.

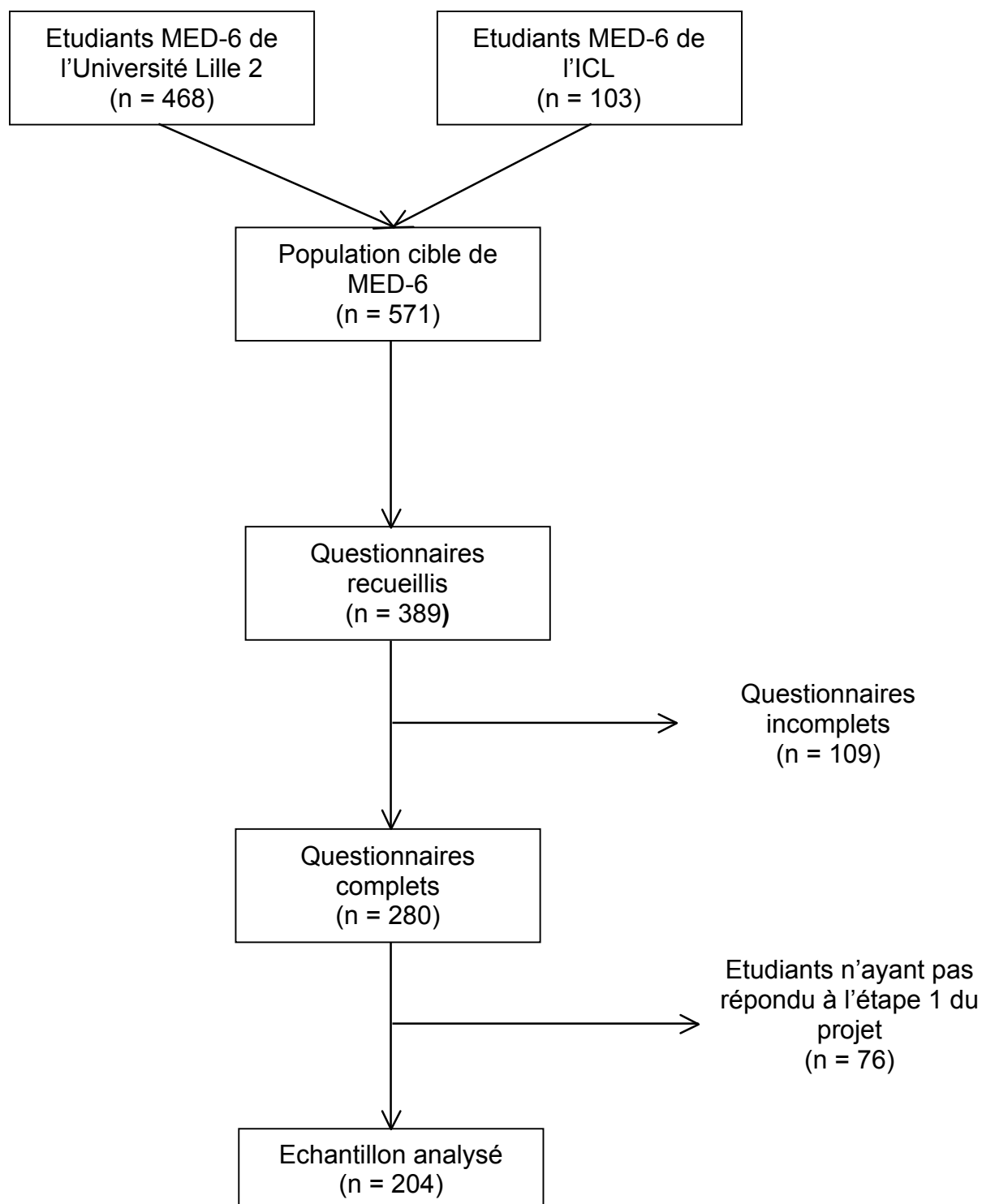
c) Description de l'échantillon final

L'analyse finale concernait 204 sujets, dont 80,4% (164) de Lille 2 et 19,6% (40) de l'ICL. Il s'agissait de 38,2% (78) d'hommes et 61,8% (126) de femmes. Le tableau 1 décrit cet échantillon.

d) Poursuite de l'étude

Pour la troisième étape de l'étude, il était demandé aux étudiants leur autorisation de les contacter dans 3 ans, ainsi qu'une adresse email valide. Les adresses emails ont été exportées pour assurer l'anonymisation des données.

Figure 1 : Diagramme des flux



Le tableau 1 décrit l'échantillon final analysé. Pour 58,8 % (120) d'entre eux, ils résidaient en appartement seul ou en couple, ce qui était le mode de logement le plus représenté devant le foyer familial avec 21,6% (44). Ce logement était situé pour 78,4% (160) à moins de 10 kilomètres de la faculté. Plus la distance augmentait, moins nombreux étaient les étudiants. Aucun étudiant ne déclarait avoir d'enfant à charge.

Concernant les variables sociales et économiques, 82,4% (168) des étudiants possédaient une mutuelle payée par les parents, contre 13,2% (27) payée par eux même. Seuls 68,1% (139) des étudiants déclaraient percevoir un salaire personnel, ce qui a, par la suite été exclu de l'analyse statistique car ils percevaient tous un salaire compte tenu de leur activité en stage. 30% (62) recevaient une aide financière de leurs parents, et 40% (82) des aides complémentaires au logement.

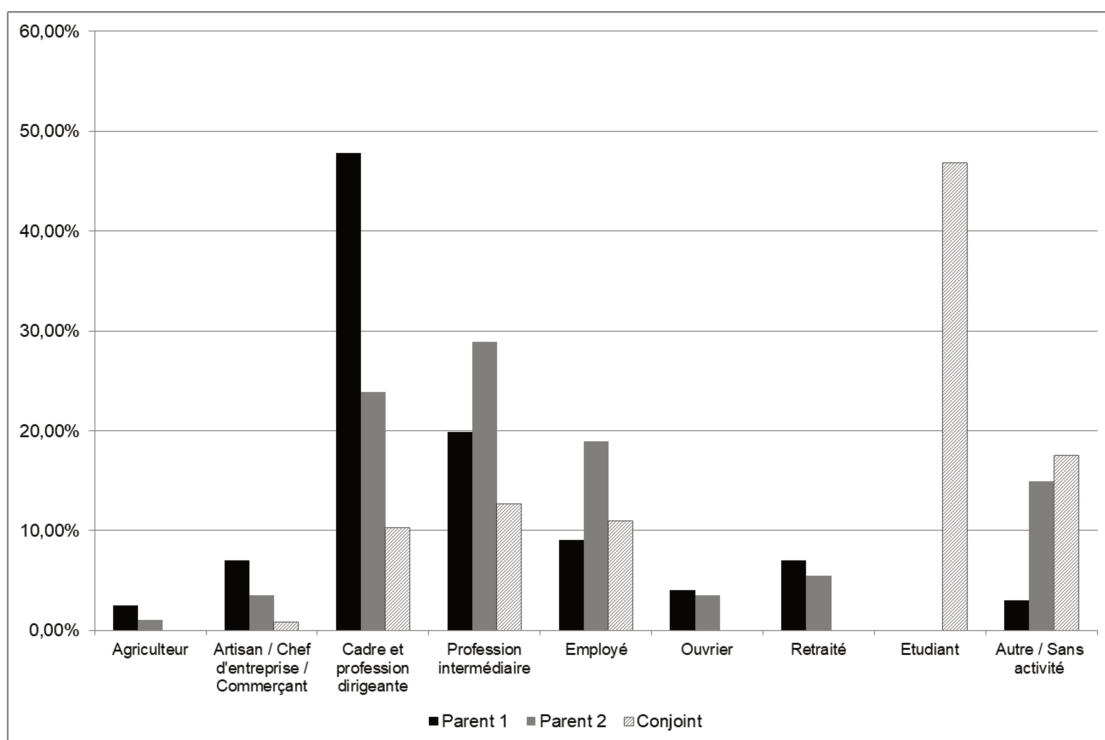
Tableau 1 : Descriptif de la population des MED-6 analysés (n = 204)

Variables étudiées	Variable	Effectif	Pourcentage	Effectif cumulé	Pourcentage cumulé
Sexe	Homme	78	38,2	78	38,2
	Femme	126	61,8	204	100
Université	Lille 2	164	80,4	164	80,4
	ICL	40	19,6	204	100
Type d'habitation	Foyer familial	44	21,6	44	21,6
	Seul/En couple	120	58,8	164	80,4
	Colocation	29	14,2	193	94,6
	Résidence universitaire	11	5,4	204	100
Distance entre l'habitation et la faculté	< 10 km	160	78,4	160	78,4
	Entre 10 et 20 km	30	14,7	190	93,1
	> 20 km	14	6,9	204	100
Célibataire	Non	101	49,5	101	49,5
	Oui	103	50,5	204	100
Situation	Marié(e)	2	2	2	2
	Pacsé(e)	2	2	4	4
	En couple sans précision	97	96	101	100
Enfant	Non	204	100	204	100
	Oui	0	0	0	100
Membre de la famille médecin	Non	161	78,9	161	78,9
	Oui	43	21,1	204	100
Type de sécurité sociale	Etudiante	180	88,2	180	88,2
	CMU	24	11,8	204	100
Type de mutuelle	Payée par les parents	168	82,4	168	82,4
	Payée par eux-mêmes	27	13,2	195	95,6
	Aide complémentaire	1	0,5	196	96,1
	Pas de mutuelle	8	3,9	204	100
Types de revenus	Salaire personnel	139	68,1		
	Salaire du conjoint	10	4,9		
	Aide des parents	62	30,4		
	Bourse	59	28,9		
	APL/ALS	82	40,2		

e) Description de la profession des parents et du conjoint en MED-6

La répartition des professions des parents et du conjoint des étudiants est décrite sur la figure 2. La comparaison n'était pas possible entre MED-3 et MED-6 pour des problèmes d'appariement entre la dénomination parent 1 et parent 2, ne permettant pas de recouper les données.

Figure 2 : Répartition des catégories professionnelles des parents et du conjoint en MED-6



Les catégories professionnelles les plus représentées étaient :

- Les cadres et professions dirigeantes à 47,8% (96) concernant le premier parent
- Les professions intermédiaires à 28,9% (58) pour le second parent
- Les étudiants à 46,8% (59) pour le conjoint

f) Comparaison des MED-3 et des MED-6 sur les critères socio-économiques

Le tableau 2 permet la comparaison des populations de MED-3 et MED-6 selon les critères socio-économiques. Pour le sexe, il y avait de nouveau une majorité de femmes dans l'échantillon, sans différence significative entre MED-3 et MED-6 ($p = 0,56$). Pour ce qui est de l'Université, il n'existait pas de différence significative entre Lille 2 (164 sujets soit 80%) et l'ICL (40 sujets soit 20%) ($p = 0,33$). Les populations étaient comparables sur ces critères.

Concernant le type d'habitation, les étudiants MED-6 déclaraient habiter majoritairement à 58,8% (120) en appartement seul ou en couple, alors qu'en MED-3, ils étaient 31,9% en foyer familial (154), 36,9% (178) en appartement seuls ou en couple et 24,4% (118) en colocation ($p < 0,0001$). Les étudiants ont probablement pris leur indépendance entre MED-3 et MED-6.

Leur lieu d'habitation tendait à se rapprocher de la Faculté en MED-6 pour 78,4% (160) avec une tendance significative ($p = 0,05$).

Ensuite, entre MED-3 et MED-6, les étudiants déclaraient moins de statut célibataire puisque le nombre de célibataires a baissé de manière significative entre MED-3 60,3% (291) et MED-6 50,5% (103 ; $p = 0,01$). La situation familiale était majoritairement « en couple sans précision », c'est-à-dire sans engagement officiel de mariage ou de Pactes Civils de Solidarité (PACS) pour 47,6% (97 ; $p = 0,04$).

Il y avait un taux de Couverture Médicale Universelle (CMU) plus important en MED-6 à 12% (24) qu'en MED-3 à 4% (20 ; $p = 0,0002$).

La question « bénéficiez-vous de revenus ? » n'a pas été analysée. En effet, leur statut d'externe par rapport à MED-3 sous-entend un salaire de base obligatoire (280,89 €/mois) (10), puisque les étudiants sont en stage pratique rémunéré. La question semblait avoir été mal comprise.

Les étudiants de MED-6 bénéficiaient plus d'une aide financière de la part de leurs parents, à 30,4% (62) qu'en MED-3 pour 9,7% (47). La proportion d'étudiants en MED-6 bénéficiant d'une bourse d'étude était de 28,9% (59) contre 22,7% (110 ; $p = 0,08$) en MED-3, sans variation significative. En revanche, ils étaient 40,2% (80) en MED-6 à bénéficier d'une aide au logement, sans distinction entre Allocation de Logement à caractère Social (ALS) et Aide Personnalisée au Logement (APL). Ce taux était plus important qu'en MED-3 où ils étaient 21,3% (103 ; $p < 0,0001$) à en bénéficier.

A propos des mutuelles, il n'existait pas de variation significative entre l'année en MED-3 et celle de MED-6.

Il existait une différence significative pour la question « avez-vous un ou plusieurs parents proches médecins ? » avec un taux moins élevé pour la population de MED-6 à 78,9% (161) contre 70,4% (340) en MED-3. Ce résultat était interprété comme une variation d'échantillonnage due au taux de réponse plus faible cette présente année.

La population était celle de juniors en couple avec des revenus les mettant en vulnérabilité sociale ou sous la dépendance de leurs parents, vivant néanmoins en autonomie dans des logements plus éloignés de leurs origines géographiques.

Tableau 2 : Comparaison des populations de MED-3 et MED-6 sur les variables socio-économiques

	Variables	Effectif en MED-3	Pourcentage en MED-3	Effectif en MED-6	Pourcentage en MED-6	p avec test de Khi2
Sexe	Homme	196	40,6	78	38,2	0,5664
	Femme	287	59,4	126	61,8	
Université	Lille 2	403	83,4	164	80,4	0,3369
	ICL	80	16,6	40	19,6	
Habitation	Foyer familial	154	31,9	44	21,6	< 0,0001
	Seul/En couple	178	36,9	120	58,8	
	Colocation	118	24,4	29	14,2	
	Résidence universitaire	33	6,8	11	5,4	
Distance entre l'habitation et la faculté	< 10 km	338	70	160	78,4	0,0533
	Entre 10 et 20 km	109	22,6	30	14,7	
	> 20 km	36	7,5	14	6,9	
Célibataire	Non	192	39,8	101	49,6	0,0181
	Oui	291	60,3	103	50,4	
Membre la famille médecin	Non	340	70,4	161	78,9	0,0215
	Oui	143	29,6	43	21,1	
Sécurité sociale	Étudiante	463	96	180	88	0,0002
	CMU	20	4	24	12	
Type de mutuelle	Payée par les parents	426	86,2	168	82,4	0,1026 test exact de Fisher
	Payée par eux même	37	7,7	27	13,2	
	Aide complémentaire	5	1	1	0,5	
	Pas de mutuelle	15	3,1	8	3,9	
Situation familiale	Célibataire	291	60,6	103	50,5	0,0401
	Engagement officiel (PACS/Mariage)	5	1	4	2	
	En couple sans précision	184	38,3	97	47,6	

II. EVOLUTION DE LA PERCEPTION PAR LES MED-6 DE LEUR ETAT DE SANTE SELON LES CRITERES DE L'OMS

Les étudiants MED-6 étaient interrogés sur la perception de leur état de santé selon les critères établis par l'OMS (4).

a) Etat de santé physique

Sur le plan physique, 15% (31) des étudiants en MED-6 déclaraient ne pas se considérer en bonne santé. Ce taux avait significativement augmenté par rapport aux MED-3 (4% (21)) avec $p < 0,0001$.

b) Etat de santé mentale

Sur le plan mental, 21% (42) des étudiants en MED-6 déclaraient ne pas se considérer en bonne santé. Ce taux avait significativement augmenté par rapport aux MED-3 (9% (42)) avec $p < 0,0001$.

c) Etat de santé sociale

Sur le plan social, 20% (41) des étudiants en MED-6 déclaraient ne pas se considérer en bonne santé. Ce taux avait significativement augmenté par rapport aux MED-3 (7% (35)) avec $p < 0,0001$.

Les analyses bi variées entre le mauvais état de santé sociale et les données socio-économiques (sexe, salaire du conjoint, aide financière des parents, bourse d'étude, APL/ALS, type de sécurité sociale), ne retrouvaient aucune variation significative entre MED 3 et MED 6.

d) Evolution de l'état de santé globale entre MED-3 et MED-6

Le tableau 3 comparait l'état de santé global entre les 2 populations. On définissait l'état de santé comme :

- « excellent » si l'étudiant se considérait en bonne santé pour les 3 critères

de l'OMS ;

- « bon » si au moins 2 critères étaient positifs ;
- « mauvais » si 2 ou 3 critères étaient cochés négatifs.

Tableau 3 : Comparaison entre l'état de santé global des MED-3 et MED-6

Etat de santé	Effectif en MED-3	Pourcentage en MED-3	Effectif en MED-6	Pourcentage en MED-6	p avec test de Khi2
Mauvais	18	4	32	16	<0,0001
Bon	56	12	40	20	
Excellent	409	84	132	64	

L'état de santé globale des étudiants en MED-6 s'est dégradé depuis la MED-3. La part d'étudiant ayant un mauvais état de santé a été multipliée par 5 en 3 ans, puisque le taux était de 4% (18) en MED-3, et 16% (32) en MED-6, avec $p < 0,0001$. Parmi eux, il y avait 44% (14) d'hommes et 56% (18) de femmes. Cependant, 64% (132) des MED-6 considéraient toujours leur état de santé comme excellent. Parmi eux, 35% (46) étaient des hommes et 65% (86) des femmes. L'analyse bi variée entre l'état de santé global et le genre ne mettait pas en évidence de différence significative.

III. Accès au soin

a) Déclaration du médecin traitant (MT)

En MED-6, 97% (197) des étudiants répondaient avoir déclaré un médecin traitant auprès de la Sécurité Sociale. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative par rapport à l'année de MED-3, au cours de laquelle 93% (450) des étudiants avaient déclaré un médecin traitant, avec $p = 0,08$.

b) *Distance entre le lieu d'habitation et le cabinet du médecin traitant*

En MED-6, 49% (100) des étudiants déclaraient habiter à plus de 10 kilomètres du cabinet de leur médecin traitant déclaré. Cette distance avait augmenté par rapport à la MED-3, durant laquelle 62,8% (300) les étudiants répondaient habiter à moins de 10 kilomètres du cabinet de consultation. Ce résultat était inversement lié à l'analyse de la distance entre l'habitation personnelle et la faculté.

c) *Fréquence de consultation chez le médecin traitant*

La fréquence de consultation chez le médecin traitant par les étudiants de MED-6 est rappelée par le tableau 4.

Tableau 4 : Fréquence de consultation chez le MT des étudiants MED-6

	Variable	Effectif	Pourcentage	Effectif cumulé	Pourcentage cumulé
Rarement à jamais	Jamais	44	22	44	22
	1 fois/an	81	40	125	62
Régulièrement	2 fois/an	50	24	175	86
	1 fois/trimestre	27	13	202	99
Souvent	1 fois/mois	0	0	202	99
	Plus d'1 fois/mois	2	1	204	100

Le tableau 5 résume la comparaison entre la fréquence de consultation entre les étudiants de MED-3 et ceux de MED-6. Les étudiants déclaraient à 61,2% (125) consulter leur médecin rarement à jamais, soit une fois par an maximum. Ce taux avait augmenté par rapport à la même question en MED-3 avec $p < 0,0001$.

Tableau 5 : Comparaison de la fréquence de consultation du MT entre MED-3 et MED-6.

	Effectif en MED-3	Pourcentage en MED-3	Effectif en MED-6	Pourcentage en MED-6	p avec test de Khi2
Rarement à jamais	191	39,6	125	61,2	< 0,0001
Régulièrement	277	57,4	77	37,8	
Souvent	15	3	2	1	

d) *Consultation des médecins spécialistes non généralistes*

Le tableau 6 transcrit les déclarations de consultation chez les médecins spécialistes non généralistes (MSNG). Les étudiants de MED-6 étaient 68,6% (140) à déclarer consulter un ophtalmologue. Ce résultat était significativement différent du taux déclaré pour les MED-3 (59,8% (289)) avec $p = 0,02$. Il n'existait pas d'autre différence concernant les autres spécialistes. Il faut noter que 38% (48) des femmes déclaraient ne pas consulter de gynécologue.

Tableau 6 : Comparaison entre MED-3 et MED-6 des consultations chez les MSNG

	Réponse	Effectif en MED-3	Pourcentage en MED-3	Effectif en MED-6	Pourcentage en MED-6	p avec test de Khi-2
Ophtalmologiste	Non	194	40,2	64	31,4	0,0297
	Oui	289	59,8	140	68,6	
Gynécologue concernant les femmes	Non	105	36,6	48	38,1	0,7699
	Oui	182	63,4	78	61,9	
Gastro-entérologue	Non	472	97,7	200	98	p bilatéral 1 test exact de Fisher
	Oui	11	2,3	4	2	
Cardiologue	Non	472	97,7	197	97	0,3869
	Oui	11	2,3	7	3	
Diabétologue/Endocrinologue	Non	480	99,4	200	98	0,2048 exact de Fisher
	Oui	3	0,6	4	2	
Psychiatre	Non	471	97,5	201	98	0,5709 test exact de Fisher
	Oui	12	2,5	3	2	
Dermatologue	Non	451	93,4	187	92	0,4267
	Oui	32	6,6	17	8	

e) *Maladies chroniques*

En MED-6, 15% (30) des étudiants souffraient d'une maladie chronique sans la préciser. En MED-3, ils étaient 9% (44). Ce taux avait significativement augmenté en 3 ans ($p = 0,03$). Parmi les hommes, on comptait 12% (9) de malades chroniques, et chez les femmes 16,7% (21). Il n'existait pas de corrélation significative entre le fait d'avoir une maladie chronique et le genre ($p = 0,3149$). Il n'y avait aucun lien significatif entre le fait de souffrir d'une maladie chronique et les autres critères socio-économiques (salaire du conjoint, aide financière des parents, bourse d'étude, APL/ALS, type de sécurité sociale). Aucun lien n'existait également entre le fait d'avoir une pathologie chronique et la fréquence de consultation chez le médecin traitant.

III. Renoncement au soin

a) *Facilité d'accès au soin*

En MED-6, ils étaient 89,7% (183) à trouver que l'accès au soin était facile. Ce taux était déjà très élevé en MED-3 avec 91% (439), sans qu'aucune différence significative n'existe entre les 2 promotions.

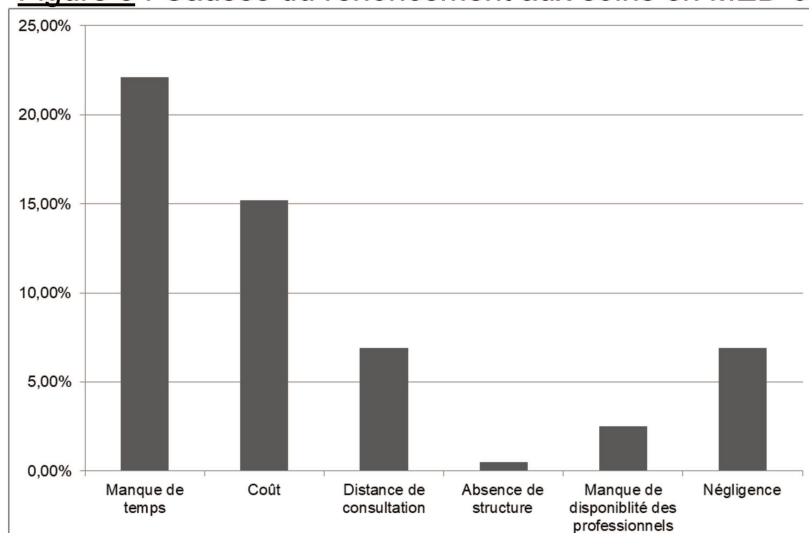
b) *Evolution depuis 3 ans du renoncement au soin*

Entre MED-3 et MED-6, le taux de renoncement déclaré à des soins avait augmenté. En MED-3, ils étaient 13% (62) contre 24% (49) en MED-6. Les résultats étaient significatifs ($p = 0,0003$). Les analyses bi variées montraient que les étudiants qui bénéficiaient d'une bourse d'étude étaient 45% (22) en MED-6, significativement plus nombreux qu'en MED-3 : 24% (37 ; $p = 0,004$) à renoncer à des soins. De même, ceux qui bénéficiaient d'APL/ALS étaient plus nombreux en MED-6 (55% (27)) qu'en MED-3 (35% (55) ; $p = 0,01$).

c) *Causes du renoncement au soin*

Le manque de temps (22%) et le coût (15%) étaient les deux raisons les plus fréquemment déclarées par les étudiants ayant renoncé à des soins. La figure 3 décrit la répartition du renoncement aux soins en MED-6.

Figure 3 : Causes du renoncement aux soins en MED-6



Concernant les étudiants ayant déclaré renoncer à des soins, il existait des variations significatives pour manque de temps, distance par rapport au lieu de consultation, négligence de leur part, comme le décrit le tableau 7.

Tableau 7:

Comparaison entre MED-3 et MED-6 des causes de renoncement aux soins.

	Effectif en MED-3	Pourcentage en MED-3	Effectif en MED-6	Pourcentage en MED-6	p avec test de Khi-2
Manque de temps	37	60	45	92	0,0001
Coût	32	52	31	63	0,21
Distance de consultation	7	11	14	29	0,02
Manque de disponibilité des professionnels	15	24	5	10	0,05
Négligence	8	13	14	29	0,03

d) Type de renoncement

Parmi les étudiants ayant renoncé à des soins, 60% (29) avaient renoncé à des soins dentaires. En MED-3, ils étaient 39% (24). Ce taux avait augmenté de façon significative ($p = 0,03$).

Ils étaient 24% (12) en MED-6 contre 10% (6) en MED-3 à avoir renoncé à une prise en charge psychologique, avec une augmentation significative ($p = 0,03$).

Concernant les médicaments, à l'inverse, ils étaient 20% (10) à renoncer à des médicaments en MED-6 contre 40% (25) en MED-3. Le taux avait baissé de façon significative ($p = 0,02$).

Il n'existait pas de différence significative concernant le renoncement aux autres soins entre la promotion de MED-3 et celle de MED-6.

L'analyse statistique bi variée entre renoncer à des soins et souffrir d'une maladie chronique ne mettait pas en évidence de différence significative entre MED-3 et MED-6. Les résultats montraient cependant une tendance de modification, puisqu'ils étaient 37% (11) des malades chroniques à avoir renoncé à des soins et 22% (38) chez les sujets ne souffrant pas de pathologie chronique ($p = 0,07$).

IV. Impact des études en médecine sur la manière de se soigner

a) Proximité au soin en tant qu'étudiant en médecine

64% (131) des étudiants en MED-6 se considéraient plus proches du système de soin de par leur statut d'étudiant en médecine. En MED-3, ils étaient 48,5% (234). L'augmentation était significative ($p = 0,0002$).

b) Modification de la manière de se soigner entre MED-3 et MED-6

En MED-3, ils étaient 31% (149) à déclarer avoir modifié la manière de se soigner. Ils étaient 46% (94) en MED-6. La majoration était significative ($p = 0,0001$). Ils étaient interrogés sur le fait de pratiquer l'automédication, de se faire prescrire des ordonnances sur leur lieu de stage par eux-mêmes ou leurs collègues, et le fait de consulter plus fréquemment leur médecin traitant. Les résultats sont décrits par le tableau 8, sans test statistique réalisable.

Tableau 8 : Description des attitudes entre MED-3 et MED-6

	Effectif en MED-3	Pourcentage en MED-3	Effectif en MED-6	Pourcentage en MED-6
Pratique de l'automédication	95	76,6	79	84
Prescription d'ordonnances sur le lieu de stage	10	8	43	46
Consultation plus fréquente chez le MT	36	29	6	6

Les résultats montraient que 84% (79) des sujets ayant modifié la manière de se soigner pratiquaient l'automédication en MED-6 contre 77% (95) en MED-3.

Ils étaient 46% (43) concernés par la prescription d'ordonnances sur le lieu de stage en MED-6 contre 8% (10) en MED-3.

Par contre, le fait de consulter plus fréquemment le médecin traitant était moins retrouvé à 6% (6) en MED-6 contre 29% (36) en MED-3).

Pour ces 3 items, l'analyse bi variée selon le genre ne retrouvait aucune différence significative.

c) Le stress des étudiants

En MED-3, 82,8% (400) des étudiants attribuaient à leurs études médicales la responsabilité d'un stress et d'altération de leur qualité de vie. En MED-6, cette part avait augmenté puisqu'ils sont 92,6% (189 ; $p = 0,0008$), sans variation significative entre les genres.

Parmi les étudiants se considérant en excellent état de santé globale, 89% (118) d'entre eux percevaient néanmoins leurs études médicales comme source de stress. En MED-3, ils étaient 11% (14). Les résultats sont significatifs avec $p = 0,05$ sur le test du Khi-2 et $p = 0,01$ sur le test du Khi-2 de Mantel-Hænszel.

V. Considération des structures universitaires

Les étudiants étaient à nouveau questionnés sur leurs connaissances et leurs attentes vis-à-vis des structures universitaires existantes concernant leur suivi de santé. Ils étaient plus nombreux en MED-6, 51% (104) à estimer qu'ils manquaient d'information concernant leur santé et leur accès au soin, qu'en MED-3 (40,9% (197 ; $p = 0,01$)).

Concernant leur opinion à propos d'une visite médicale obligatoire annuelle durant leur cursus :

- 59% (120) des MED-6, la trouvait « utile » (stable);
- 7% (34) en MED-3 à 13% (27 ; $p = 0,01$) en MED-6 estimaient son caractère comme « indispensable ».
- A l'inverse, la part des étudiants considérant cette proposition « sans intérêt » avait baissé de 34% (165) en MED-3 à 28% (57) en MED-6.

Leurs connaissances sur la possibilité d'accéder librement à une consultation médicale via un service dédié, comme le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé pour Lille 2 (SIUMPPS) ou le Centre Polyvalent de Santé Universitaire (CPSU) pour l'ICL, étaient stables entre MED-3 et MED-6 mais 24% des répondants (49) déclaraient tout de même ignorer l'existence de cette possibilité.

Le profil était donc celui de juniors relatant une dégradation de leur santé bio psycho sociale, avec un accès au soin plus complexe en dépit de leurs études, les poussant à l'auto médication avec peu de consultations ambulatoires ou dans le système préventif universitaire malgré des maladies chroniques plus fréquentes et un stress avoué.

DISCUSSION

I. Résultats principaux de l'étude

Cette étude était l'analyse de la phase 2 de la deuxième cohorte du projet. Elle a permis de montrer que l'état de santé perçu par les étudiants en MED-6 de l'année universitaire 2016-2017 de Lille s'était dégradé en trois ans :

- 16% des étudiants MED-6, contre 4% en MED-3, se considéraient en mauvais état de santé globale, sans différence entre les hommes et les femmes.
- Selon les critères définis par l'OMS, 15% des MED-6 étaient en mauvais état de santé physique (contre 4% en MED-3), 20% se considéraient en mauvais état de santé sociale (contre 7% en MED-3) et 21% en mauvais état de santé mentale (contre 9% en MED-3).

Les étudiants ont modifié en trois ans, leur manière de se soigner.

La majorité des étudiants (67%) avaient un médecin traitant déclaré auprès de la sécurité sociale, ce taux restant stable depuis trois ans.

La fréquence de consultation chez ce MT a diminué avec 61% avec des étudiants qui le consultent désormais rarement à jamais, soit une fois par an maximum. Cette diminution de la fréquence pourrait être directement liée au fait que la plupart des étudiants (62%) vivent désormais à plus de 10 kilomètres du cabinet médical de leur MT.

Pourtant, le taux d'étudiants souffrant de maladies chroniques a augmenté et représente 15% de la population.

Concernant la consultation des MSNG, seul le taux de consultation chez un ophtalmologue a augmenté depuis 3 ans et concerne désormais 68% de la population. Il n'existait pas d'autres variations pour les autres spécialités.

Les étudiants ont déjà renoncé pour 24% d'entre eux à des soins. Les deux raisons les plus évoquées pour lesquelles les MED-6 renonçaient aux soins étaient le manque de temps (22%) et le coût (15%).

II. Validité interne de l'étude : points forts et limites

Le questionnaire (Annexe 1) était standardisé, auto-administré, afin de limiter la variabilité inter enquêteur. La participation était basée sur le volontariat, éventuellement source d'un biais de sélection. Le site Lime Survey® bénéficiait d'un système de sécurisation permettant d'éviter les doublons grâce au repérage de l'adresse IP des ordinateurs.

Le taux de participation était plus faible qu'attendu comparé à la mobilisation pour l'étude de 2016 (7)(8). Il était difficile, malgré une intervention en amphithéâtre à Lille 2, et des relances sur les réseaux sociaux sur lesquels les étudiants sont très actifs de capter mieux leur attention, malgré l'intérêt manifesté par certains (Annexe 2).

La forte baisse de la participation pouvait s'expliquer par la diffusion sur un format numérique unique, sans format papier distribué dans les deux facultés, et surtout par le manque de temps ressenti par les étudiants de MED-6 en pleine préparation des iECN. Il pouvait exister un biais de mémorisation vis-à-vis des questions relatives à un état antérieur, voire sur leur participation à la première étape de l'étude. Une période relativement courte de recueil permettait de faciliter la comparaison des données. Le questionnaire couvrait un champ large de questions avec des données socio-économiques, ou d'habitudes de vie, concernant leur accès au soin, leur perception de leur état de santé. Cependant, la reprise des questions élaborées pour la première partie de cette cohorte n'a pas permis d'approfondir certains items. De même, le nombre de questions (51) pouvait être un frein quant à l'application ou la motivation des étudiants pour répondre au questionnaire.

La question « bénéficiez-vous de revenus ? » et notamment l'item proposé en réponse « votre salaire » a été exclu de l'analyse statistique. En effet, en MED-6, les étudiants sont salariés du fait de leur activité professionnelle (hospitaliers ou ambulatoires). Ils perçoivent 280,89€/mois (10) pour cette activité en salaire de base, parfois associé à une rémunération de garde.

Par rapport à l'étude de 2016 (7)(8), l'échantillon analysé excluait les étudiants déclarant ne pas avoir répondu à la première étape du projet. Leur prise en compte aurait permis d'avoir un taux de participation plus important (proche de 50%) mais aurait pu être source d'un biais de confusion dans l'analyse statistique. En revanche, l'analyse de sensibilité entre les sujets n'ayant pas répondu il y a 3 ans, et l'échantillon final ne retrouvait aucune différence significative entre les deux groupes.

Les faibles effectifs pour certains items n'ont pas permis de les comparer de manière efficace à la promotion de MED-3, notamment en ce qui concerne la pratique de l'automédication ou la prescription d'ordonnances sur le lieu de stage. Pourtant, il était attendu une hausse significative de ces pratiques entre MED-3 et MED-6. Certaines formulations du questionnaire auraient pu être précisées, comme la notion d'automédication, dans laquelle on ne faisait pas la distinction entre la prise de médicament à des fins médicales vraies, ou une automédication abusive voire addictive.

III. Validité externe de l'étude

Le deuxième cycle des études médicales est une étape charnière dans le parcours universitaires des étudiants concernés, tant sur le plan professionnel avec la préparation rigoureuse et éprouvante aux iECN, que sur le plan personnel avec la modification de leur comportement.

Bien que 64% de la population de MED-6 se considéraient en excellent état de santé globale, il faut noter que ce taux avait diminué puisqu'ils étaient 85% en MED-

3 selon l'étude menée par A. HELYNCK (6). Le Professeur GERBAUD, chef du pôle de Santé Publique du CHRU de Clermont-Ferrand, interpellait en déclarant qu'« au sein d'une population qui va bien il peut exister un sous-ensemble qui va mal » (9). Ainsi, il est d'autant plus inquiétant de constater l'augmentation de la proportion d'étudiants se considérant en mauvais état de santé globale. Ils étaient désormais 16% en MED-6, contre 4% en MED-3. De même, A. NATHOO (8) avait soulevé la baisse de la considération de bonne santé globale à 68,5% en MED-6 contre 83,9% chez la même population trois ans avant. D'après la LMDE (9), ils avaient été 82% à estimer leur état de santé bon voire très bon, mais 15% avaient considéré que leur état de santé s'était dégradé sur la dernière année écoulée. Dans cette même étude, 18% avaient été en mauvais état de santé, toutes filières confondues. L'étude de la CNOM avait décrit en 2016 (1) que 30,8% des étudiants de deuxième cycle avaient un état de santé moyen et mauvais sur le plan national, 22,2 % en Nord-Pas-de-Calais/Picardie, contre 24,2% sur l'ensemble des étudiants et jeunes médecins. Cependant, la distinction entre l'état de santé physique, mentale et sociale n'avait pas été comme ici étudiée.

Plus inquiétante est la progression du taux d'étudiants se considérant en mauvais état de santé mentale. Dans une revue de la littérature publiée en 2016 dans l'American Medical Association (JAMA) (11), il y avait été retrouvé 11,1% de risque suicidaire chez les étudiants en médecine et 27,2% de dépression. A. NATHOO (8) avait décrit également une augmentation significative d'étudiants en mauvaise santé mentale, qui concernait 21,5% des MED-6 de la première cohorte. L'étude de la CNOM (1) avait retrouvé que 16% des étudiants de deuxième cycle avaient des pensées suicidaires.

Les étudiants en médecine, bien qu'ayant pour la majorité (67,4%) un médecin traitant déclaré, ne le consultaient presque plus voire plus du tout pour 61% d'entre

eux. Des résultats comparables avaient été décrits par A. NATHOO (8) en 2016, étude dans laquelle 91% des MED-6 de l'époque consultaient rarement (une à deux fois par an) leur médecin traitant, avec une baisse comparable de la fréquence de consultation en trois ans. Les chiffres étaient plus élevés que dans l'étude de la CNOM (1) qui avait montré que 58% des participants ont un médecin traitant, et 49% des étudiants du deuxième cycle avaient consulté un médecin généraliste (MG) dans les douze derniers mois. A l'inverse, d'après la LMDE (9), 90% des étudiants avaient consulté leur médecin généraliste dans l'année qui précède leur étude.

Ce contraste saisissant pousse à s'interroger. Pourquoi les étudiants en médecine, avec la progression dans leur cursus, sont-ils réticents à consulter leur médecin généraliste ? Le premier argument semble être géographique, comme souligné dans les résultats avec l'éloignement du lieu d'habitation des étudiants, qui quittent le foyer familial pour se rapprocher de leur faculté, le plus souvent en logeant en appartement à 58,8%. Ce nouveau lieu de résidence, plus pratique pour accéder aux installations universitaires et, a fortiori, à leur lieu de stage, les éloigne du foyer familial et du cabinet du médecin traitant qui est, a priori, le médecin de famille.

Le taux d'étudiants souffrant de maladie chronique s'élevait à 15% la population. D'après l'étude de la LMDE (9), ce taux avait été de 11% toutes filières confondues, mais avait concerné 12% des étudiants en filières scientifiques et de la santé. Comment expliquer dans ce cas la baisse de la fréquentation en consultation chez le médecin traitant ? Les étudiants en fin de deuxième cycle sont formés à la pathologie. Quel est alors leur comportement vis-à-vis de leur santé ? Posent-ils eux-mêmes un premier « autodiagnostic » avant de consulter directement un MSNG ?

Concernant la consultation de MSNG, l'étude retrouvait seulement une augmentation significative de la proportion d'étudiants consultant un ophtalmologue (68%). Ces chiffres diffèrent peu de ceux décrits en 2016 (8) pour la première

cohorte, dans laquelle 65,4% des étudiants avaient été concernés. La présente étude ne retrouvait pas l'augmentation significative décrite en 2016 pour les gastro-entérologues, ou les cardiologues. Sur le plan national, la LMDE (9) avait montré que l'ophtalmologue était consulté par 32 % des étudiants français. Cette différence est-elle propre aux étudiants en médecine ? Il conviendrait de distinguer selon les filières ce type de consultation.

L'étude ne trouvait pas d'augmentation significative de la consultation chez le gynécologue pour les femmes, même si 62% d'entre elles déclaraient le consulter. Ce taux aurait dû augmenter de façon significative en trois ans, parce que les étudiantes sont plus âgées et les recommandations (12) concernant le frottis cervico-vaginal préconisent un premier examen à 25 ans, et parce qu'elles atteignent l'âge d'avoir une grossesse. Ensuite, parce que A. NATHOO (8) avait montré une augmentation significative du taux de consultation chez le gynécologue entre MED-3 (52,1%) et MED-6 (67,7%) au sein de la première cohorte. L'absence d'augmentation dans la présente population pourrait s'expliquer par le plus faible taux de réponse. La population des étudiantes en médecine restait plus sensible que la population générale des étudiantes puisque la LMDE (9) avait rapporté seulement 47% de suivi gynécologique.

L'étude a également montré l'augmentation importante du renoncement au soin en trois ans. Près d'un quart de la population (24%) déclarait avoir déjà renoncé à des soins, alors qu'ils avaient été 13% dans l'étude d'A. HELYNCK (6) en 2014. A. NATHOO (8) avait relevé déjà l'an dernier une augmentation majeure entre 37% en MED-3 et 53,8% en MED-6 pour la première cohorte. D'après la LMDE (9) plus du tiers des étudiants (35 %) avait déclaré avoir renoncé à consulter un médecin au

cours des douze derniers mois avant l'enquête. Les raisons du renoncement à la consultation médicale pouvaient être variées et multiples (manque de temps, automédication, difficulté à trouver un médecin, raisons financières). Le manque de temps concernait 79,9 % (131) des MED-6 qui ont renoncé aux soins. Ce taux avait atteint à 63 % pour tous les étudiants en médecine selon le CNOM (1), à 52 % toutes filières confondues selon la LMDE (9). Les raisons qui semblaient se dégager dans la présente étude étaient le manque de temps et le coût. Il devient primordial de s'inquiéter de l'impact des études médicales sur les décisions que prennent les étudiants de ne plus se soigner.

A l'opposé du renoncement, les étudiants déclaraient à 90% considérer l'accès au soin facile, avec un taux stable en trois ans. Par contre, il n'était pas précisé dans le questionnaire quelle était cette notion de facilité. La question a pu être comprise telle que supposé par les auteurs, c'est-à-dire considérer la facilité d'accéder à une consultation ou à un spécialiste. Cependant, les étudiants interrogés ont pu le comprendre comme la facilité, en raison de leur statut d'étudiant en médecine, à obtenir l'avis d'un confrère, ou un diagnostic posé sans passer par une consultation. De même, le concept de proximité au système de soin a été insuffisamment précisé. Pourtant, à cette question, 64% des étudiants déclaraient se sentir plus proches du système de soin de par leur statut. Enfin, le taux de la pratique d'automédication ainsi que celle de prescription d'ordonnances sur les lieux de stage semblait avoir augmenté en trois ans, mais ces paramètres devront être explorés plus précisément pour déterminer les raisons et les modalités de ces pratiques. Est-ce un simple gain de temps ou au contraire la porte d'entrée vers des pratiques litigieuses ? La LMDE (9) avait déjà souligné, lors de sa 4e enquête nationale, que l'automédication concernait 79% des étudiants. Par contre, le présent questionnaire ne permettait

pas de préciser si l'automédication était liée à la prise en charge d'une pathologie, ou à des pratiques abusives voire addictives.

En trois ans, les étudiants semblaient toujours aussi peu sensibilisés aux structures universitaires préventives destinées à leur santé. En effet, plus de la moitié de la population (51%) estimait manquer d'informations concernant le SIUMPPS. En 2016 (8), 23,6% de la population de la première cohorte avaient déjà été dans cette situation. Par contre, les deux promotions, 13% en 2017 et 14% en 2016 (8), avaient considéré qu'une visite médicale obligatoire chaque année était indispensable. D'après l'étude de la LMDE (9), 35% des étudiants avaient déclaré avoir effectué une visite médicale depuis leur entrée à l'université. D'après l'étude de la CNOM (1), ils avaient pourtant été 47% en deuxième cycle à déclarer avoir rencontré la médecine du travail ou universitaire au cours des deux dernières années précédant l'enquête. Pourquoi expliquer dans ce cas qu'à Lille, les étudiants semblaient si peu informés de cette possibilité ? Il y a trois ans, l'antenne du SIUMPPS se trouvait uniquement à proximité de la Faculté de Droit de Lille, à quelques kilomètres du pôle formation de médecine. Depuis, une antenne a été créée au sein même de la Faculté de Médecine. Les étudiants en sont-ils informés pour autant ? Quelles solutions de communications seront mises en place par la faculté pour dynamiser son antenne de centre de soin afin que les étudiants y aient plus recours ?

Enfin, le stress semblait avoir pris une place primordiale dans la vie des étudiants en médecine. La part d'étudiants considérant leurs études médicales comme source de stress et d'altération de leur qualité de vie était extrêmement importante, chiffrée à 92,6% (189), touchant tout type d'étudiant, y compris ceux qui

se considéraient comme en excellent état de santé (59,4%). Les études de médecine sont-elles forcément synonymes de stress chez les étudiants ? Quels sont les facteurs qui induisent ce stress ? Logiquement c'est la préparation intensive des iECN, concours déterminant dans la carrière de chaque futur médecin, puisque la spécialité de l'internat futur ainsi que la future ville de formation en dépendent. Mais, quelle est la part de stress liée à leur activité en stage pratique ? Depuis la MED-3, les étudiants sont devenus externes des hôpitaux, découvrant en trois ans la réalité du monde médical, la prise en charge de la douleur, de la détresse sociale et parfois de la violence par exemple dans les services d'urgence. Ceci est d'autant plus inquiétant que l'ISNI, en collaboration avec l'ISNAR-IMG (3), avait rapporté dans les résultats primaires de son enquête concernant la santé mentale des jeunes médecins, parue début 2017, que 66% des sujets interrogés éprouvaient des symptômes d'anxiété, 27% ressentaient les symptômes de dépression, et 23,7% avaient des idées suicidaires. Ces chiffres seront à corrélés à la troisième et dernière étape de ce projet, puisque les étudiants seront interrogés à nouveau lors de leur internat.

IV. Extrapolation

Le faible taux de participation à l'étude rendait difficile son extrapolation à l'ensemble de la population de MED-6. Il apparaissait que les étudiants étaient en moins bonne santé qu'il y a trois ans, mais consultaient moins.

Les étudiants étaient encore nombreux (24%) à ignorer l'existence de structures universitaires destinées à les recevoir et à s'intéresser à leur état de santé. Cette proportion était stable depuis trois ans. Quelles seront les solutions élaborées par les facultés pour y remédier ?

CONCLUSION

L'externat est une étape clé dans le parcours d'un étudiant en médecine, tant sur le plan professionnel, avec la préparation aux iECN, que sur le plan personnel. Les juniors sont devenus salariés avec l'apparition des stages pratiques hospitaliers ou ambulatoires à temps plein. Ils ont pris leur indépendance vis-à-vis du foyer familial, se rapprochant de la Faculté, et, a fortiori, s'éloignant du cabinet médical de leur MT. Les étudiants le consultent plus rarement, voire plus du tout. A contrario, ils semblent être plus nombreux à souffrir de maladies chroniques, mais renoncent à se soigner.

L'état de santé des étudiants s'est dégradé entre la MED-3 et la MED-6. Les conditions de travail ne sont plus les mêmes, avec l'obligation d'assurer une présence en stage à l'hôpital, et la formation théorique les préparant aux iECN à l'issue de la sixième année. Cette formation, intensive et rigoureuse, est source de stress, et d'altération de la qualité de vie. Mais ce stress est-il uniquement lié à la préparation du concours, ou bien est-il également associé à la découverte du monde médical, réalité du terrain avec son lot de misère, de tension fréquente et même de violence ? Plus loin encore, la dégradation de leur état de santé mentale pousse à s'intéresser à leur profil psychologique et psychiatrique. Leur santé mentale est-elle dangereuse pour eux-mêmes et pour les patients qu'ils prennent en charge ? Un prochain travail pourrait s'intéresser à la proportion d'étudiants éprouvant des symptômes de burn-out, de syndrome anxio-dépressif, et même d'idées suicidaires. Les étudiants l'ont d'ailleurs exprimé en commentaires libres (Annexe 2) : « insistez encore plus sur la santé mentale et la détresse psychologique des étudiants qui sont nombreux à être en grande souffrance » ; « on finit par s'habituer à une mauvaise hygiène de vie », « études médicales vécues comme aliénantes ». Que deviendront ces étudiants dans trois ans, devenus internes, pour la dernière étape de ce projet ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. G. LE BRETON-LEROUVILLOIS. La Santé des Etudiants et Jeunes Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Commission Jeunes Médecins [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
2. F. BECK, R. GUIGNARD, E. DU ROSCOËT, T. SAÍAS. INPES - Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 - Résultats du Baromètre de Santé 2010 [Internet]. 2010. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/BS2010_suicide.pdf
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins, ISNAR-IMG, InterSyndicat National des Internes (ISNI), ANEMF, ISNCCA. Enquête - Santé mentale des jeunes médecins [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>
4. Conférence internationale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. New York: OMS; 1946 p. 1. Disponible sur: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
5. HUYNH P. Evaluation de la santé, des addictions (alcool, tabac, drogues, médicaments) et du comportement sexuel de la population de MED-3 du Nord-Pas-de-Calais en septembre 2013 [Internet]. Université Lille 2, Droit & Santé; 2014. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/624f0354-a870-492e-b899-c418357cbe68>
6. HELYNCK A. Evaluation de la santé et de l'hygiène de vie (sport, alimentation, poids, sommeil, activités de temps libre) de la population de MED-3 des facultés de médecine du Nord-Pas-de-Calais en septembre 2013 [Internet]. Université Lille 2, Droit & Santé; 2014. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/6ebf15a7-0a7d-4084-89fd-ecadd9797b0f>
7. M. HONORE. Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de l'Université Lille 2 entre Med-3 et Med-6. Etude de la qualité de vie et des comportements à risque. [Internet]. Université Lille 2, Droit & Santé; 2016. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/376a0f9b-986f-4c52-bc47-b62414acda78>
8. NATHOO A. Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de l'université Lille 2 entre MED-3 et MED-6 : étude de l'accès aux soins et de l'impact des études médicales sur la manière de se soigner [Internet]. Université Lille 2, Droit & Santé; 2016. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/276d2fd6-2573-4a7e-b974-5811137fd38e>

9. LMDE. Premiers résultats de l'Enquête Nationale sur la Santé des Etudiants [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.lmde.fr/documents/20184/1997318/ense-4.pdf/5affe802-08a2-429d-8b60-044c3302419e>
10. Ministre des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé [Internet]. Sect. Annexe XVIII, NOR: AFSH1616699A juin, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032795945>
11. Lisa S. Rotensetin, Marco A. Ramos, Mathew Torre, Segal Bradley, Michael J. Peluso. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students - A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 2016;316(21):2214-2236. doi:10.1001/jama.2016.17324. Disponible sur: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2589340>
12. Haute Autorité de Santé (HAS). HAS - Synthèse des recommandations en santé publique - Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.societe-colposcopie.com/sites/default/files/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Chers étudiantes et étudiants,

Il y a 3 ans, quand vous étiez en MED-3, vous avez été sollicités par deux internes de médecine générale, pour participer, via un questionnaire, à un projet de recherche concernant la santé des étudiants en Médecine de Lille, votre santé. Cette année, sous la direction du Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, nous prenons le relai de ce travail. L'objectif est de répondre aux questions suivantes : « Comment se soignent les étudiants en médecine lillois ? » et « quels sont vos rapports aux soins ? ». Cette deuxième étape, qui constitue notre thèse d'exercice, nous permettra de mesurer l'évolution de votre santé depuis 3 ans.

Dans 3 ans, de nouveaux internes de médecine générale... peut-être même l'un d'entre vous, mèneront la suite de ce projet ! Merci d'y répondre le plus honnêtement possible.

Vos réponses sont évidemment anonymes. Le temps de réponse est estimé à 5 minutes.

Ce sujet vous concerne et il existe grâce à vous ! Merci d'avance pour votre compréhension et votre participation.

N'hésitez pas à nous contacter aux adresses mail suivantes :

- theseperrineetbaptiste@gmail.com (internes de médecine générale)
- jean-marc.lefebvre@univ-lille2.fr (responsable du projet)

Merci de votre participation et bon courage pour cette année de concours !

Perrine GRAU & Baptiste AELBRECHT, Internes de Médecine Générale

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Vous êtes...

- Une femme
- Un homme

2. Quelle est votre université d'origine ?

- Université Lille 2
- Institut Catholique de Lille

3. Quel est votre âge ? ...

4. Avez-vous répondu au questionnaire il y a 3 ans ?

- Oui
- Non

5. Quel est votre type d'habitation ?

- Foyer familial
- Appartement seul/en couple
- Appartement en colocation
- Résidence universitaire
- Autre : ...

6. A quelle distance habitez-vous de l'université ?

- < 10 km
- Entre 10 et 20 km
- > 20 km

7. Êtes-vous célibataire ?

- Oui
- Non

8. Sinon, êtes-vous...

- Marié(e)
- Pacsé(e)
- En couple sans précision
- Autre : ...

9. Avez-vous des enfants à charge ?

- Oui
- Non

10. Si oui, combien ? ...

11. Quelle est la profession de vos parents ? De votre conjoint ?

	Parent 1	Parent 2	Conjoint
Agriculteur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artisan / chef d'entreprise / commerçant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cadre et profession dirigeante (libérales et assimilées, cadre de la fonction publique, intellectuelle ou artistique, cadre d'entreprise)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Profession intermédiaire : enseignement, de la santé, de la fonction publique, assimilés, administratives et commerciales, des entreprises, techniciens)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Employé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouvrier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retraité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etudiant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre / sans activité professionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Avez-vous des médecins dans votre famille proche ?

- Oui
- Non

13. Quelle est votre complémentaire santé ?

- Sécurité sociale étudiante
- Couverture maladie universelle (CMU)

14. Quelle est votre mutuelle ?

- Mutuelle payée par vos parents
- Mutuelle payée par vous même
- Aide complémentaire santé
- Je n'ai pas de mutuelle

15. Bénéficiez-vous de revenus (bourse, allocation, salaire...) ?

- Oui
- Non

16. Si oui, lesquels ?

- Votre salaire
- Salaire de votre conjoint
- Allocation ou pension versée par les parents
- Bourse d'enseignement supérieur
- Allocation logement
- Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
- Autre : ...

17. Vous autorisez-nous à vous contacter dans 3 ans pour la suite de cette enquête ?

- Oui
- Non

18. Si oui, via quelle adresse mail pourrez-vous être contacté avec certitude ? ...

VOTRE SANTE ET VOUS

19. Avez-vous un médecin traitant déclaré auprès de votre organisme de sécurité sociale ?

- Oui
- Non

20. A quelle fréquence consultez-vous votre médecin traitant ?

- Jamais
- 1 fois/an
- 2 fois/an
- 1 fois/trimestre
- 1 fois/mois
- Plus qu'1 fois/mois
- Autre : ...

21. A quelle distance de votre logement se trouve le cabinet de votre médecin traitant ?

- < 10 km
- > 10 km

22. Consultez-vous des spécialistes non généralistes ?

- Aucun
- Ophtalmologue
- Gynécologue
- Gastro-entérologue
- Cardiologue
- Diabétologue
- Psychiatre
- Dermatologue
- Autre : ...

23. Êtes-vous suivi(e) pour une maladie chronique imposant des consultations suivies régulières ?

- Oui
- Non

24. Vous considérez-vous en bonne santé ?

	OUI	NON
Mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NB : La santé, selon l'OMS est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.

25. L'accès au soin vous semble-t-il facile ?

- Oui
- Non

26. Avez-vous déjà dû renoncer à des soins ?

- Oui
- Non

27. Si oui, lesquels ?

- Ostéopathie
- Soins dentaires
- Biologie
- Kinésithérapie
- Médicaments
- Prise en charge addictologique
- Orthophonie
- Soins infirmiers
- PEC en acupuncture
- Pédicurie/podologie
- Soins optiques
- PEC psychologique
- PEC sophrologique
- Autre : ...

28. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous renoncé à ces soins ?

- Manque de temps
- Coût
- Distance par rapport au lieu de consultation
- Absence de structure adaptée à vos besoins de proximité
- Manque de disponibilité des professionnels de santé à proximité
- Négligence
- Autre

29. Avez-vous déjà renoncé à consulter un médecin pour effectuer d'autres soins que vous jugez plus utiles ?

- Oui
- Non

30. Si oui, lesquels ? ...

MODIFICATION DE VOTRE RAPPORT A LA SANTE

31. Selon vous, depuis 3 ans, avez-vous modifié votre manière de vous soigner ?

- Oui
- Non

32. Si oui...

- Vous pratiquez l'automédication
- Vous vous faites faire des prescriptions sans examen par les médecins à l'occasion de vos stages
- Vous consultez votre médecin plus fréquemment
- Autre : ...

33. Pensez-vous que vous bénéficiez d'une plus grande proximité avec le système de soins en tant qu'étudiant(e) en médecine ?

- Oui
- Non

34. Considérez-vous que les études médicales sont une source de stress et d'altération de la qualité de vie ?

- Oui
- Non

MODIFICATION DES HABITUDES DEPUIS 3 ANS

35. Depuis 3 ans, comment ont évolué vos consommations/habitudes concernant les items suivants :

	Tabac	Alcool	Médicaments	Drogues	Sport
Je ne consommais /pratiquais pas et je ne consomme toujours pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Début de consommation/pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminution de consommation/pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consommation/pratique stable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augmentation de consommation/pratique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arrêt complet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. S'il existe un changement, combien de cigarettes en plus/en moins consommez-vous actuellement ? ...

37. Actuellement, quelle est votre consommation d'alcool ?

- Aucune consommation
- Occasionnelle
- Régulière (<2 verres/j pour les femmes, <3 verres/j pour les hommes)
- Excessive

38. Actuellement, quelles sont vos habitudes concernant les propositions suivantes

	Aucune	<1 fois/mois	1 fois/sem	Plusieurs fois / sem
Médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Depuis 3 ans, avez-vous modifié vos comportements en matière de protection sexuelle ?

- Pas de changement
- Comportement à risque
- Meilleure protection
- Recours à des tests de dépistage

40. Combien d'heures dormez-vous par jour ? ...

41. Depuis 3 ans, comment a évolué votre temps de sommeil ?

- Diminution du temps de sommeil
- Stable
- Augmentation du temps de sommeil

42. Pourquoi ?

- Travail
- Stress
- Sorties
- Autre

43. Depuis 3 ans, avez-vous modifié vos habitudes concernant votre alimentation ?

- Pas de changement de vos habitudes
- Aggravation d'un déséquilibre alimentaire
- Meilleur équilibre alimentaire

44. Depuis 3 ans, votre poids a-t-il varié ?

- Oui
- Non

45. Si oui, s'agit-il...

- D'une prise de poids
- D'une perte de poids

46. Si oui, de combien ?

- < 5 kg
- 5 à 10 kg
- > 10 kg

47. Que faites-vous de votre temps libre ?

- Activité physique et sportive
- Activité associative
- Musique, TV, lecture
- Sorties entre amis, cinéma, restaurants
- Aucune activité extra universitaire
- Autre

48. Pensez-vous qu'il existe un manque d'informations concernant la santé des étudiants en médecine et leur accès au soin ?

- Oui
- Non

49. Que pensez-vous d'une visite médicale obligatoire annuelle durant votre cursus ?

- Sans intérêt
- Utile
- Indispensable

50. Savez-vous que chaque étudiant a accès librement au Service Inter-Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS) pour la Faculté de l'Etat ; et au Centre Polyvalent de Santé Universitaire (CPSU) pour la faculté Catholique ?

- Oui
- Non

COMMENTAIRES LIBRES

51. Avez-vous d'autres commentaires à formuler ?...

Merci de votre participation ! Bon courage pour cette année ! Perrine & Baptiste

Annexe 2 : Commentaires libres

- Il serait vraiment bien que l'on s'occupe un peu plus de la santé mentale et physique des étudiants en médecine. Il y a un vrai problème je pense de ce côté-là. La faculté nous surcharge pendant des années. Rien de vraiment "healthy". Est-ce vraiment bénéfique et nécessaire ?
- Beaucoup trop de stress dans ces études mal pris en compte par la faculté.
- Moins de temps à consacrer aux consultations médicales et surtout impossibilité de prendre des rendez-vous trop en avance avec un emploi du temps non connu. Et frais médicaux pouvant être importants et incompatibles avec notre salaire d'externe.
- On finit par s'habituer à une mauvaise hygiène de vie.
- Je pense que la quantité de travail à fournir, et le stress des études de médecine sont mauvais pour la santé des étudiants
- Concernant le temps de sommeil, vous posez la question de la durée. J'ai interprété ceci comme le temps qui sépare le moment où je me couche et le moment où je me réveille le matin. Je tiens à préciser que si cette durée n'a pas changé, la qualité, elle, a diminué. En effet au cours de ma MED-4 plus précisément, sous l'influence du stress, je pouvais me coucher et m'endormir 1h30 voir 2h plus tard, et ce tous les soirs pendant plusieurs semaines (en particulier le mois précédent chaque période d'examen).
- Très très peu de temps pour se consacrer à autre chose que ses cours ou ses stages, surtout en MED-6 (arrêt des consultations de suivi ophtalmo pour ma part, vie sociale réduite à 2-3 personnes, à la fac uniquement, famille vue rarement), études médicales réellement vécues comme aliénantes.
- Intéressant de l'attention portée aux étudiants. Pas forcément dans le milieu médical, mais c'est vrai que notre statut est particulier. Notamment le fait

d'être tout le temps mis en situation de compétition, ou d'être considéré comme des ignorants ou "délinquants" : a 24 ans, bac +5, et acceptant poliment les contraintes auquel n'importe quelle autre profession se serait déjà offusquée. Bon courage à vous.

- Étant étudiant en médecine, force est de constater que je ne vais jamais chez mon médecin généraliste, et encore moins aux urgences. Ma partenaire (interne en Médecine Générale) me prescrit les éventuels (rares) examens dont j'ai besoin, me prescrit les vaccins et médicaments qu'ils me manquent (type Paracetamol, Ibuprofène, Vogalene, Loperamide, et parfois rarement des antibiotiques - mais toujours selon les bonnes recommandations). Je ne pense pas m'automédiquer à outrance. Je pense qu'avec mes connaissances, et avec l'avis de mon amie, être capable de reconnaître et traiter des affections simples (type angine ou otite) quand elles surviennent chez moi/nous. De la même façon, c'est ma partenaire qui m'a suturé le scalp lorsque j'ai glissé de la douche cet été. Il était hors de question de me rendre aux urgences du CHU pour me faire recoudre par un co-externe. Nous avons en effet tous le matériel nécessaire chez nous pour prendre en charge une petite blessure.
- L'université de médecine de Lille 2 donne l'impression de ne se soucier aucunement de la santé mentale de ses étudiants. Il est effrayant de croiser plusieurs de ses camarades en consultation psychiatrique ou de chiffrer le nombre d'étudiants consommant ou ayant consommé des antidépresseurs...
- Bien. Peut-être insistez encore plus sur la santé mentale et la détresse psychologique des étudiants qui sont nombreux à être en grande souffrance. Pensez aux biais, les dépressifs ne prendront même plus la peine de répondre à ce questionnaire, pourtant ils sont nombreux.

AUTEUR : Nom : AELBRECHT

Prénom : Baptiste

Date de Soutenance : 28 septembre 2017

Titre de la Thèse : Évolution de l'état de santé des étudiants en Médecine de Lille entre MED-3 et MED-6. Étude de l'accès au soin et de la manière de se soigner.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Thèse d'exercice

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : santé, étudiants, médecine, accès, soin, enseignement, consultation

Contexte : L'état de santé des futurs médecins évolue avec l'avancée dans les études. En 2013-2014, P. HUYNH et A. HELYNCK avaient analysé l'état de santé des étudiants en MED-3 de l'Université Lille 2 et de l'Institut Catholique de Lille. Cette nouvelle étude consistait à interroger la même cohorte trois ans plus tard, en MED-6 et à analyser l'évolution de leur état de santé et de leur rapport au soin.

Méthode : L'étude concernait les 468 étudiants en MED-6 de Lille 2 (Faculté H. Warembourg) et les 103 étudiants en MED-6 de l'Institut Catholique de Lille, interrogés entre janvier et avril 2017 par un questionnaire anonyme, auto-administré en ligne sur Lime Survey®.

Résultats : 35% (204) étudiants ont répondu complètement au questionnaire et constituaient l'échantillon analysé. Ceux qui déclaraient être en excellente santé physique, mentale et sociale ont diminué de 84% (409) en MED-3 à 64% (132) en MED-6 ($p < 0,0001$). L'impression de mauvaise santé mentale a augmenté de 8% (42) à 20% (42) ($p < 0,0001$). Le ressenti de mauvaise santé sociale a progressé de 7 (35) à 20% (41 ; $p < 0,0001$). Ils étaient 61% (125) des MED-6 contre 39% (191) des MED-3 à consulter rarement à jamais (0 à 1 fois/an) leur médecin traitant ($p < 0,0001$).

Conclusion : L'état de santé des étudiants en médecine lillois s'est détérioré à l'issue du deuxième cycle des études médicales. L'apparition des stages hospitaliers et la préparation aux Epreuves Classantes Nationales Informatisées (iECN) en sont probablement responsables, et source de stress et d'altération de la qualité de vie. L'évolution de leur état de santé au cours de l'internat sera l'objectif du prochain suivi de la cohorte dans 3 ans.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric BOULANGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Madame le Docteur Brigitte LEROY-MARTIN

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE (Directeur de thèse)