



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évolution de l'état de santé des étudiants en Médecine de Lille  
entre MED-3 et MED-6.  
Étude de la qualité de vie et des comportements à risques.**

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 28 Septembre 2017 à 18h00  
au Pôle Recherche  
**Par Perrine GRAU**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Éric 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 Étudiants en Médecine de France
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
iECN	Épreuves Classantes Nationales informatisées
EMEVia	Ensemble des Mutuelles Étudiantes Via
ICL	Institut Catholique de Lille
IMC	Indice de Masse Corporelle
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNCCA	Inter Syndicat National des Chefs de Clinique et Assistants
ISNI	Inter Syndicat National des Internes
IST	Infection Sexuellement Transmissible
LMDE	La Mutuelle Des Étudiants
MED-3	3ème année de Médecine
MED-6	6ème année de Médecine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SIUMPPS	Service Inter Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

## Table des matières

RESUME.....	1
INTRODUCTION.....	2
PATIENTS & METHODES.....	4
RESULTATS.....	6
I.Descriptif de l'échantillon.....	6
a)Description générale.....	6
b)Problématique des sujets n'ayant pas répondu en 2014.....	6
c)Description de l'échantillon final.....	6
d)Poursuite de l'étude.....	6
II.Modification de la perception de l'état de santé des étudiants et de leur hygiène de vie.....	9
a)Perception de l'état de santé.....	9
1.En MED-6.....	9
2.Évolution.....	9
b)Qualité de vie.....	11
1.Sommeil.....	11
2.Alimentation et modification du poids.....	12
3.Temps libre.....	13
4.Sport.....	14
c)Sexualité et comportement à risques.....	15
1.Sexualité.....	15
2.Alcool.....	15
3.Tabac.....	16
4.Produits illicites.....	17
5.Médicaments.....	17
DISCUSSION.....	19
I.Résultats principaux de l'étude.....	19
II. Validité interne de l'étude (points forts et limites).....	20
III.Validité externe de l'étude et comparaison des données.....	21
IV.Extrapolation.....	25
CONCLUSION.....	26
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	27
ANNEXES.....	29

## RESUME

**Contexte** : l'état de santé des futurs médecins évolue avec l'avancée dans les études. En 2014, A. HELYNCK et P. HUYNH ont analysé le comportement d'étudiants en médecine de MED-3 de Lille 2 et de l'ICL, présentement réinterrogés et comparés en MED-6 pour l'hygiène de vie et les comportements à risques.

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

**Résultats** : 35% (204) étudiants ont participé à l'étude. Ils avaient été en excellente santé pour 64% (132) en MED-6 et 84% (409) en MED-3 ( $p < 0,01$ ). Ils percevaient les études comme un stress pour 93% (180) contre 82% (400) en MED-3 ( $p < 0,01$ ) ; ils réduisaient leur temps de sommeil pour 62,4% (118 ;  $p < 0,01$ ), aggravaient leur comportement alimentaire dans 38,6% (73) des cas ( $p = 0,022$ ), avaient une variation de poids pour 63% (119 ;  $p < 0,01$ ). Moins investis en sport et dans l'associatif, ils consommaient moins de tabac depuis 3 ans pour 83% (169), étaient non-fumeurs pour 79% (381 ;  $p = 0,25$ ), mais buvaient occasionnellement plus d'alcool en MED-6 pour 80% (163) contre 63% (302) en MED-3 ( $p < 0,0001$ ), même si 14% (29) déclaraient ne jamais consommer contre 23% (112) en MED-3 ( $p < 0,0001$ ). La consommation de produits illicites baissait depuis trois ans ( $p < 0,01$ ) et celle des médicaments était à 13% (27) en MED-6 contre 8% (39) en MED-3 ( $p = 0,0193$ ) avec augmentation des non consommateurs ( $p = 0,0193$ ).

**Conclusion** : l'état de santé des étudiants en médecine de Lille se dégrade à l'issue du second cycle des études probablement à cause des stages hospitaliers et de la préparation aux Épreuves Classantes Nationales.

## 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 fléchi la souffrance des jeunes médecins et 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 étaient en état de santé moyen ou mauvais, et 14% déclaraient avoir eu des idées suicidaires. Ces chiffres sont au-dessus de 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, entre 20 et 34 ans (2). Une autre étude réalisée début 2017 par l'ISNI (Inter Syndicat National des Internes) en collaboration avec le CNOM, l'Association des Étudiants en Médecine de France (ANEMF), l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) et l'ISNCCA (Inter Syndicat National des Chefs de Clinique et Assistants), 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 (3).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 1946 la santé comme étant 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 au sein de stages hospitaliers ou ambulatoires. Sur le plan théorique, ils achèvent une préparation de trois ans les amenant à l'iECN (Épreuves

Classantes Nationales informatisées), déterminant 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 première partie de l'enquête concernant l'évolution de l'accès aux soins, du renoncement aux soins et de l'impact des études médicales sur la manière de se soigner faisait l'objet du travail de recherche de B. Aelbrecht.

L'objectif de la seconde et présente partie était d'analyser l'évolution en trois ans de l'état de santé des étudiants en médecine des universités lilloises en ce qui concernait leur hygiène de vie (comprenant le sommeil, l'alimentation, le poids, le temps libre et le sport), leur sexualité et de leurs addictions (à l'alcool, au tabac, aux produits illicites et aux médicaments). L'hypothèse était, qu'avec l'avancée dans les études et avec la préparation de l'iECN, l'état de santé des étudiants puisse se dégrader.

Cette cohorte sera recontactée dans 3 ans pour suivre son évolution.

## PATIENTS & METHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale, phase 2 d'un projet de 6 ans.

L'étude a inclus 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 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**) avec une première partie sociodémographique, une deuxième sur le rapport aux soins 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). Pour comparer l'évolution des comportements, certaines questions sont restées identiques à l'étude de 2014. Le projet a été rappelé aux étudiants en amphithéâtre à la Faculté de Lille 2 le vendredi 9 décembre 2016, sans possibilité identique pour ceux de l'ICL. Le lien internet du questionnaire a été diffusé sur la page Facebook® des deux promotions (Lille 2 et ICL), par courriel sur les adresses universitaires, et sur la plateforme enseignement de l'ICL (Agora), avec 4 relances. Le recueil de données a été réalisé du 19 janvier 2017 au 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 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 du Professeur Alain Duhamel et Madame Hélène Béhal.

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'étudiants au sein de la population interrogée cette année (MED-6) 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 Institute version 9.4.

# RESULTATS

## I. Descriptif de l'échantillon

### 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 en 2014

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.

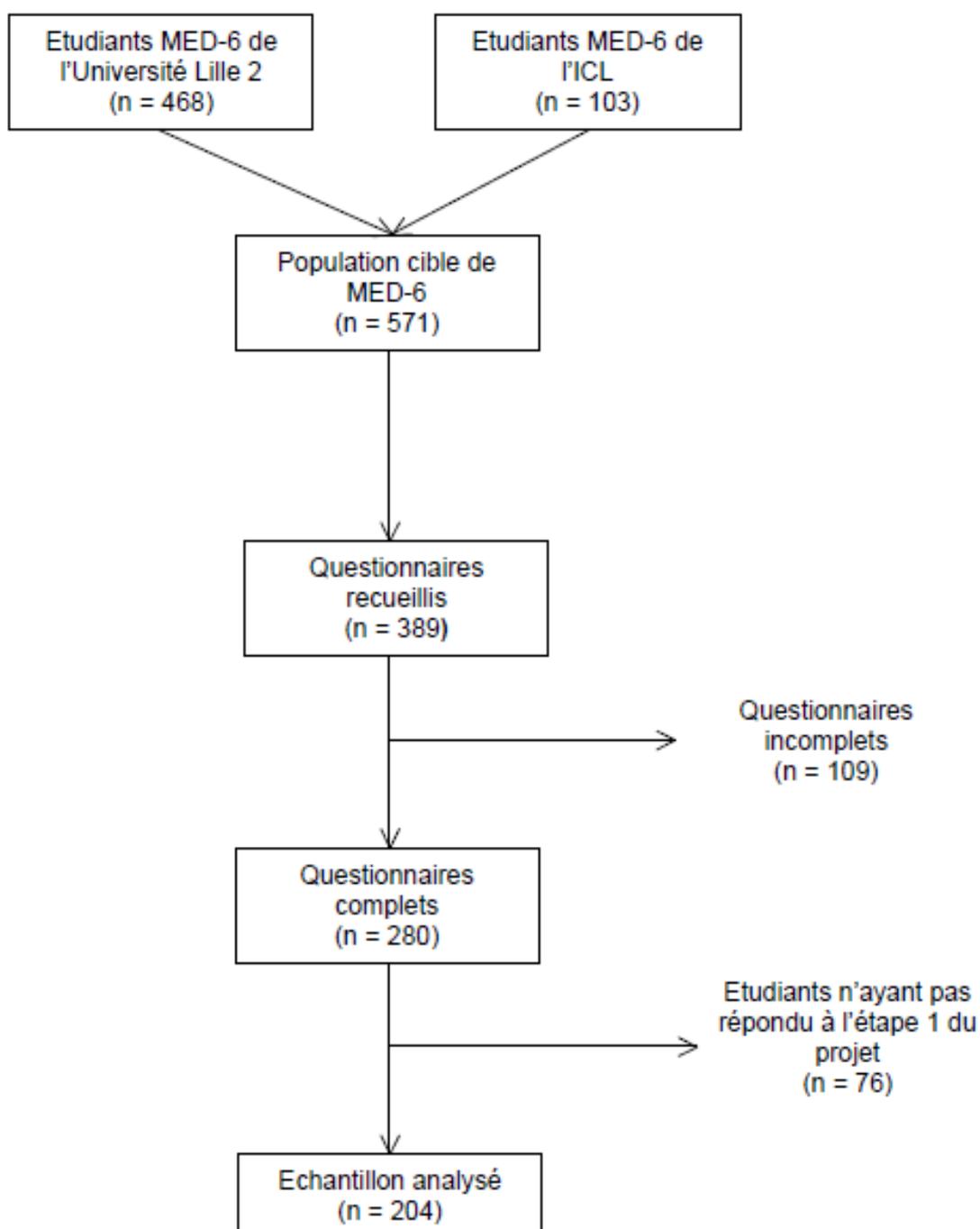
### c) Description de l'échantillon final

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



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

<b>Variabes étudiées</b>	<b>Variable</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif cumulé</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
<b>Sexe</b>	Homme	78	38,2	105	38,2
	Femme	126	61,8	204	100
<b>Université</b>	Lille 2	164	80,4	164	80,4
	ICL	40	19,6	204	100
<b>Type d'habitation</b>	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
<b>Distance entre l'habitation et la faculté</b>	< 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
<b>Célibataire</b>	Non	101	49,5	101	49,5
	Oui	103	50,5	204	100
<b>Situation</b>	Marié(e)	2	2	2	2
	Pacsé(e)	2	2	4	4
	En couple sans précision	97	96	101	100
<b>Enfant</b>	Non	204	100	204	100
	Oui	0	0	0	100
<b>Membre de la famille médecin</b>	Non	161	78,9	161	78,9
	Oui	43	21,1	204	100
<b>Type de sécurité sociale</b>	Etudiante	180	88,2	180	88,2
	CMU	24	11,8	204	100
<b>Type de mutuelle</b>	Payée par les parents	168	82,4	168	82,4
	Payée par eux même	27	13,2	195	95,6
	Aide complémentaire	1	0,5	196	96,1
	Pas de mutuelle	8	3,9	204	100
<b>Types de revenus</b>	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		

## **II. Modification de la perception de l'état de santé des étudiants et de leur hygiène de vie**

### **a) Perception de l'état de santé**

#### *1. En MED-6*

Dans le cadre de cette deuxième cohorte, 49% (280) des étudiants parmi les 571 inscrits dans les deux universités lilloises ont participé à l'étude. Seuls 73% des étudiants (204) ayant participé ont déclaré avoir répondu à l'enquête il y a trois ans. L'exclusion des autres n'avait pas de conséquence sur les résultats de la cohorte.

Lors de l'étude de la première cohorte, 79% (483) étudiants avaient répondu au questionnaire et avaient pu être exploités (dont 83% (403) de Lille 2 et 17%(80) de l'ICL).

Parmi les étudiants en MED-6 interrogés, 79,4% (162) déclaraient être en bon état de santé mentale, 84,8% (173) en bon état physique et 79,9% (163) en bonne santé sociale.

#### *2. Évolution*

Ils étaient 15,69% (32) en MED-6 qui se déclaraient en mauvais état de santé globale contre 3,73% (18) en MED-3 ( $p < 0,001$ ). De même, on ne retrouvait plus que 64,17% (132) des MED-6 avec une perception excellente de leur état de santé contre 84,6% (409) des MED-3. Cette différence était significative selon le test du Khi-2 ( $p < 0,0001$ ).

Le **tableau 2** précise les réponses apportées par les étudiants. L'état de santé était considéré comme « Mauvais » si l'étudiant ne se considérait pas en bonne santé pour les trois critères définis par l'OMS (bien-être physique, mental et social),

« Bon » si deux critères étaient positifs, et « Excellent » si les trois critères étaient positifs.

**Tableau 2 : Comparaison de l'état de santé global des étudiants entre les MED-3 et les MED-6 ( $p < 0,0001$  selon le test du Khi-2)**

État de santé	Pourcentage MED-3	Effectif MED-3	Pourcentage MED-6	Effectif MED-6
Mauvais	4 %	18	16 %	32
Bon	12 %	56	20 %	40
Excellent	84 %	409	64 %	132

Il existait une différence significative pour chacun des trois critères définissant un état de bonne santé selon l'OMS depuis 3 ans.

Concernant l'état de santé mentale, ils étaient 20,59% (42) en MED-6 contre 8,7% (42) en MED-3 à déclarer être en mauvais état de santé ( $p < 0,0001$ ). Concernant l'état de santé physique, ils étaient 15,2% (31) en MED-6 contre 4,35% (21) en MED-3 à déclarer être en mauvais état de santé ( $p < 0,0001$ ). Enfin, ils étaient 20,1% (41) en MED-6 contre 7,25% (35) en MED-3 à déclarer avoir une mauvaise santé sociale avec également une différence significative ( $p < 0,0001$ )

Parmi les 32 MED-6 ayant déclaré avoir une mauvaise perception de leur état de santé, 44% (14) étaient des hommes et 56% (18) étaient des femmes, sans différence significative ( $p = 0,4$ ).

Enfin, à la question « considérez-vous que les études médicales sont une source de stress et d'altération de la qualité de vie », 92,65% (180) des étudiants affirmaient l'existence d'une aggravation de leur santé alors qu'ils n'avaient été que 82,82% (400) en MED-3. Cette augmentation de plus de 10% était significative ( $p < 0,01$ ), montrant une réelle dégradation depuis trois ans. Parmi les MED-6, ceux

qui affirmaient que leurs études leur procuraient du stress représentaient 94,44% (119) chez les femmes et 89,74% (70) chez les hommes. Toutefois, l'analyse bivariée entre le stress et le genre ne retrouvait pas de différence significative ( $p=0,21$ ).

## **b) Qualité de vie**

### *1. Sommeil*

En MED-6, le temps de sommeil moyen était de 7,26 heures (déviations standard de 0,84) avec un minimum de 5 heures et un maximum de 10 heures par nuit. Lors de la première phase de l'étude, les étudiants rapportaient un temps de sommeil moyen de 7,37 heures (déviations standard de 1,01).

La différence n'était pas significative selon la méthode de Satterthwaite ( $p=0,14$ ).

A la question « depuis 3 ans, comment a évolué votre temps de sommeil », les résultats montraient de manière non significative une tendance à la diminution globale de la durée du temps de sommeil, avec 121 MED-6 concernés, soit 59,31%.

### **(Tableau 3)**

**Tableau 3 : Évolution du temps de sommeil depuis 3 ans**

Modifications du sommeil	Pourcentage	Effectif
Diminution	59,31 %	121
Sommeil stable	30,39 %	62
Augmentation	10,29 %	21

Parmi ces 121 sujets, 92,56% (112) expliquaient leur modification de temps de sommeil par la charge de travail, et 76,03% (92) justifiaient ce changement par le stress. Par contre, les sorties et loisirs personnels ne semblaient pas être

responsables de la diminution du temps de sommeil pour 85,12% (103).

Enfin, les étudiants considérant que les études médicales sont une source de stress étaient plus à risque de réduire leur temps de sommeil dans 62,4% (118) des cas. Ce résultat était statistiquement significatif ( $p=0,004$ ).

## 2. Alimentation et modification du poids

En MED-6, 36,27% (74) étudiants déclaraient une aggravation d'un déséquilibre alimentaire depuis 3 ans (excès, saut de repas, troubles du comportement alimentaire) contre 20,10 % (41) qui alléguaient avoir un meilleur équilibre alimentaire.

Concernant le poids des étudiants, on retrouvait à la question « depuis 3 ans, votre poids a-t-il varié ? » il y avait 61,43% (172) de réponse positive.

Une analyse bivariée supplémentaire entre le nombre de kilos et la prise ou la perte de poids montrait que la variation de poids était majoritairement inférieure à 5 kg (**Tableau 4**).

**Tableau 4 : analyse bivariée entre la prise et perte de poids, et le nombre de kilos.**

	Moins de 5 kilos		5 à 10 kilos		Plus de 10 kilos	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Prise de poids	51,84%	141	41,91 %	114	6,25 %	17
Perte de poids	71,14%	106	24,83 %	37	4,03 %	6

En analyse bivariée, les étudiants en MED-6 considérant que les études médicales sont une source de stress étaient de façon statistiquement significative plus à risque d'aggraver leur comportement alimentaire dans 38,6% (73) des cas ( $p<0,01$ ) et d'avoir une variation de poids dans 63% (119) des cas ( $p<0,01$ ). Ceux qui

prétendaient avoir modifié leur poids étaient plus âgés (médiane de 24 ans) que ceux ayant un poids stable (médiane de 23 ans) ( $p < 0,1$ ).

### 3. Temps libre

Pour la pratique d'une activité physique, l'enquête retrouvait chez les MED-6 une diminution de plus de 10% de celle-ci avec seulement 53,43% (109) d'étudiants ( $p < 0,01$ ). De même pour les activités associatives il y avait une diminution significative du nombre d'étudiants de près de 12% avec 5,88% (12) ( $p < 0,01$ ).

Les étudiants rapportaient une diminution non significative du temps consacré aux activités culturelles (musique, télévision, internet) avec 70,59% (144) ( $p = 0,28$ ), et une augmentation non significative des sorties extérieures pour le cinéma ou les restaurants avec 83,82% (171) ( $p = 0,60$ ).

En MED-3, les activités de temps libre avaient été représentées dans 82,19% (397) par des sorties extérieures (cinéma, restaurant), dans 74,53% (360) par une activité culturelle (télévision, musique, lecture, internet), dans 64,39% (311) par la pratique d'une activité physique, dans 18,01% (87) par la participation au monde associatif et 3% (13) des étudiants n'avaient pas rapporté d'activité.

Ils étaient 4% (9) qui ne rapportaient aucune activité de temps libre, soit deux fois plus qu'en MED-3 avec un résultat non significatif. En analyse bivariée, ceux qui ne faisaient aucune activité physique étaient plus âgés que les autres ( $p < 0,03$ ).

**Tableau 5 : Comparaison des activités de temps libre de la MED-3 à la****MED-6**

Type d'activité	Pourcentage MED-3	Effectif MED-3	Pourcentage MED-6	Effectif MED-6	P selon test du Khi-2
Activité physique et sportive	64,39 %	311	53,43 %	109	<b>0,01</b>
Activité associative	18,01 %	87	5,88 %	12	<b>&lt;0,01</b>
Musique, TV, lecture	74,53 %	360	70,59 %	144	0,28
Sorties entre amis, cinéma, restaurant	82,19 %	397	83,82 %	171	0,6
Aucune activité extra universitaire	2,69 %	13	4,41 %	9	0,25

Le **tableau 5** montre l'évolution des activités de temps libre depuis 3 ans.

Il n'y avait pas de résultat probant concernant les activités de temps libre avec le stress déclaré, le type de sécurité sociale, la présence d'une maladie chronique ou bien le genre, excepté pour les sorties entre amis, cinéma et restaurant et 88,1% (111) des femmes déclaraient sortir lors de leur temps libre, contre 76,9% (60) des hommes ( $p = 0,035$ ).

#### 4. Sport

La différence d'activité physique était significative entre les deux périodes car 16,18% (33) des MED-6 ne pratiquaient pas de sport contre 14,11% (68) il y a trois ans ( $p < 0,0001$ ). Seuls 19,12% (39) déclaraient faire du sport au moins plusieurs fois par semaine alors qu'ils étaient 25% (122) il y a 3 ans ( $p < 0,0001$ ).

Ceux qui pratiquaient moins d'une fois par mois représentaient 30,39% (62).

En effet, 47,55% (97) des étudiants affirmaient avoir diminué leur pratique sportive depuis la MED-3.

### **c) Sexualité et comportement à risques**

#### *1. Sexualité*

Depuis 3 ans, 79,90% (163) des étudiants déclaraient ne pas avoir modifié leur comportement en matière de protection sexuelle. Une minorité de 3% (8) avait un comportement à risque (défini en 2014 par P. HUYNH (5) par la présence de rapports sexuels non protégés avec plusieurs partenaires) contre 5,59% (27) en MED-3, sans différence significative ( $p = 0,36$ ). Seuls 3% (8) estimaient avoir une meilleure protection.

A noter que parmi les MED-6, 12,25% (25) avaient eu recours à des tests de dépistage.

#### *2. Alcool*

En MED-6, il n'y avait plus que 4,90% (10) ( $p < 0,0001$ ) des sujets qui avaient une consommation d'alcool régulière, et 0,9% (2) ( $p < 0,0001$ ) qui signalaient une consommation excessive. Paradoxalement, seuls 14,22% (29) des étudiants en MED-6 affirmaient ne pas consommer contre 23,24% (112) en MED-3 ( $p < 0,0001$ ).

En MED-3, 10% (50) des étudiants déclaraient consommer de l'alcool de façon régulière (plus de 3 verres par jour chez l'homme et plus de 2 verres par jour chez la femme) et dans 4% (18) une consommation excessive avait été retrouvée.

Toutefois, les résultats retrouvaient significativement plus de buveurs occasionnels avec 79,90% (163) chez les MED-6 pour 62,66% (302) il y a trois ans ( $p = 0,0001$ ).

Le **tableau 6** montre l'évolution de la consommation sur les deux périodes.

Il y avait donc 34,31% (70) de la cohorte qui affirmait avoir diminué la consommation d'alcool depuis 3 ans et 35,78% (73) qui disait l'avoir stabilisée.

**Tableau 6 : Comparaison de la consommation d'alcool entre la MED-3 et la MED-6 (p = 0,0001 selon le test du Khi-2)**

Consommation d'alcool	Pourcentage MED-3	Effectif MED-3	Pourcentage MED-6	Effectif MED-6
Aucune	112	23,24 %	29	14,22 %
Occasionnelle	302	62,66 %	163	79,90 %
Régulière (*)	50	10,37 %	10	4,90 %
Excessive	18	3,73 %	2	0,98 %

(\*) = plus de 3 verres par jour chez l'homme et plus de 2 verres par jour chez la femme.

### 3. Tabac

Une majorité des étudiants ne fumait pas en MED-3 et n'avait pas fumé depuis 3 ans ; ils représentaient 78,43% (160) des étudiants ayant répondu à la question « absence de consommation depuis 3 ans ».

Il n'y avait pas de différence significative de consommation de tabac entre les deux périodes, malgré une légère diminution car seulement 17,16% (35) des MED-6 étaient fumeurs contre 20,95% (101) des MED-3. (p = 0,25).

Parmi eux, 4% (9) avaient même arrêté le tabagisme depuis la MED-3, et ceux qui avaient diminué leur consommation étaient à 3% (8).

Seuls 2% (5) d'entre eux avaient débuté la cigarette depuis leur 3ème année et 3% (9) annonçaient une augmentation de leur consommation.

#### 4. Produits illicites

Ils étaient 89,22% (182) étudiants de MED-6 à affirmer ne pas être consommateur en MED-3 ni avoir consommé depuis trois ans. Sur les 11% restants, une majorité de 3% (7) d'entre eux ont déclaré avoir diminué leur consommation, contre 2% (6) qui en alléguaient une augmentation depuis 3 ans.

Comparativement à la MED-3, les étudiants étaient moins consommateurs de drogue de manière significative. Parmi les MED-6, 92,65% (189) se déclaraient non consommateur contre 82,16% (396) en MED-3 ( $p < 0,01$ ). Les consommateurs réguliers et occasionnels étaient également significativement moins représentés.

Actuellement, il y avait 6,86% (14) étudiants de MED-6 qui consommaient des produits illicites moins d'une fois par semaine, et 1 étudiant qui était consommateur pluri hebdomadaire.

#### 5. Médicaments

Depuis 3 ans, la modification de la consommation de médicaments parmi les étudiants actuellement en MED-6 concernait 19,11% (39) d'entre eux.

Parmi ces étudiants, 5,39% (11) l'avaient débuté, 2% (6) déclaraient l'avoir diminuée pour une augmentation chez 9,80% (20) d'entre eux et 0,9% (6) l'avaient arrêtée. Il y avait 35,78% (73) des étudiants de MED-6 dont la consommation était stable depuis 3 ans.

Il y avait une différence significative de consommation des médicaments (**Tableau 7**) ; une partie des MED-6 n'était plus consommatrice de médicaments pour 38,73% (79) contre 32,37% (156) en MED-3 ( $p = 0,0193$ ), mais 13,24% (27) des MED-6 déclaraient prendre des médicaments plusieurs fois par semaine contre 8,09% (39) des MED-3 ( $p = 0,0193$ ).

**Tableau 7 : consommation de médicaments en MED-3 et en MED-6**

Fréquence de consommation	En MED-3	En MED-6	Valeur de p selon le test du Khi-2
Pas de consommation	32,37%(156)	38,73% (79)	<b>P = 0,0193</b>
<1/mois	43,78% (211)	37,75% (77)	
1 fois/semaine	15,77% (76)	10,29% (21)	
Plusieurs fois/semaine	8,09% (39)	13,24% (27)	

## DISCUSSION

### I. Résultats principaux de l'étude

L'état de santé perçue par les étudiants en médecine s'est dégradé en trois années. Ils étaient en moins bonne santé globale (16%) comparés à la MED-3 (4%).

L'interrogation de la qualité de vie dans la cohorte montrait un nouveau profil d'étudiant. Les MED-6 ont vu leur temps de sommeil réduit et être de moins bonne qualité, à cause du stress et de la charge de travail. Il existait un lien significatif entre stress et altération du sommeil.

Les MED-6 avaient également modifié leur alimentation et leur poids. Ils alléguaient dans 36% des cas l'aggravation d'un déséquilibre alimentaire, et 61% des MED-6 avaient observé une variation de leur poids. Il existait un lien significatif avec le stress ressenti.

Le temps libre était significativement moins consacré à la pratique du sport et aux associations, mais les MED-6 semblaient privilégier les sorties entre amis, le cinéma ou les restaurants.

Pour les comportements à risques, les MED-6 restaient peu nombreux à faire les dépistages d'IST, et les pratiques sexuelles étaient inchangées depuis 3 ans.

Sur le plan de l'utilisation des toxiques, il y avait une amélioration des pratiques avec moins de fumeurs et de consommateurs de produits illicites. Les MED-6 consommaient moins d'alcool en excès, ils le faisaient de façon occasionnelle. Les consommateurs fréquents de médicaments étaient devenus plus nombreux en trois ans avec 13% de MED-6 ayant déclaré consommer plusieurs fois par semaine, contre 8% des MED-3.

## II. Validité interne de l'étude (points forts et limites)

Ce questionnaire, qui avait été créé et utilisé une première fois en 2014 dans le cadre du travail de P. HUYNH (5) et A. HELYNCK (6), était standardisé et auto administré, permettant d'éviter une variabilité en lien avec l'enquêteur. L'anonymat permettait un meilleur recueil des réponses. Un système de sécurisation du site Lime Survey© permettait d'éviter les doublons de réponses grâce à l'identification de l'adresse IP des répondants.

Cette enquête était basée sur le volontariat, ce qui explique peut-être le faible taux de participation des MED-6, à un moment de leur année où les révisions s'intensifiaient et où le temps pouvait être compté.

La longueur (51 questions) et la durée nécessaire pour répondre (5 minutes pouvaient sembler longues pour un MED-6) au questionnaire ont pu être un obstacle à un nombre plus important de participants. La petite taille de l'échantillon explique également le nombre de résultats non significatifs. Certaines questions ont pu sembler floues, ou difficilement compréhensibles, comme signalé en commentaires libres (**Annexe 2**) ; elles ont pu rebuter les étudiants pour remplir la totalité du questionnaire comme la « Question à propos du médecin traitant, question mal comprise »

Le questionnaire avait été réalisé en 2014, il était impossible de le modifier sans perdre la possibilité de comparaison. Certains items auraient pu être différents, notamment certaines variables comme le poids, le tabagisme ou encore le sommeil qui ont été difficilement exploitables. Certaines définitions méritaient plus d'encadrement, comme par exemple la notion de « consommation régulière ».

### III. Validité externe de l'étude et comparaison des données

Les étudiants en médecine de Lille partagent avec les autres étudiants français des caractéristiques communes en matière de qualité de vie et de conduites à risques, à quelques différences près comme dans l'enquête LMDE (9), l'enquête OVE (10), l'enquête EMEVia (11), et dans les travaux de L. POPE (12), ou de L. WAUQUIEZ (13) développés ci-après. L'état de santé, du fait d'une aggravation mise en évidence depuis 3 ans, est comparable à la population générale étudiante.

Ils étaient 16% à déclarer avoir un mauvais état de santé global, et il y avait une aggravation sur les trois critères utilisés par l'OMS (santé mentale, physique et sociale). Ces résultats étaient similaires à ceux de l'étude de M. HONORE (7) en 2016. Dans l'enquête nationale réalisée par la LMDE en 2014, parmi 25 000 étudiants français (9), des chiffres comparables avaient été notés avec 82% des étudiants qui s'estimaient en bonne ou très bonne santé. Cependant, l'enquête de la LMDE avait mis en évidence que 15% des étudiants avaient constaté une dégradation de leur état de santé globale sur la dernière année (9). Une autre étude, réalisée par l'OVE (Observatoire national de Vie des Étudiants) (10), avait retrouvé parmi 41 000 étudiants, 63,2% qui se sentaient satisfaits ou très satisfaits de leur état de santé. Il était également apparu qu'il existait un lien entre l'âge de l'étudiant toutes filières confondues et la mauvaise perception de l'état de santé, puisque cela concernait 59,5% des 23 – 25 ans et 59,2% des 26 ans et plus (10). Les étudiants en médecine partageaient donc ce point commun avec tous les étudiants français.

Concernant les critères de qualité de vie, l'augmentation significative du nombre d'étudiant déclarant ressentir les études comme source de stress avait été retrouvé dans une enquête réalisée par l'EMEVia (réseau national de santé pour les mutuelles étudiantes) en 2015 (11). Elle avait rapporté que 39,4% des étudiants

géraient mal leur stress, contre 37,5% en 2013.

Au sujet de l'évolution de qualité de vie depuis trois ans, ils dormaient moins notamment à cause du stress et de la charge de travail. La présente étude, sans trouver de significativité du fait du nombre de participants, montrait une diminution du temps de sommeil causée dans 76% des cas par le stress. Ces résultats avaient été retrouvés dans l'enquête réalisée par EMEVIA (11) où parmi les étudiants interrogés sur leur sommeil et concernés par un état de stress, ils avaient été 63,2% qui se disaient très fatigués. L'étude EMEVIA avait d'ailleurs souligné que 1 étudiant sur 5, toutes catégories confondues, déclarait mal dormir (11).

Sur le plan de l'activité physique, ils étaient 19,12% à en pratiquer plus d'une fois par semaine en MED-6, contre 28% dans la population générale étudiante (9). Toutefois, ils n'étaient que 16% dans la présente étude à n'avoir aucune activité physique contre 32% dans l'étude de la LMDE sur la santé des étudiants en France (9). Il semblerait que les étudiants aient conscience de l'importance de la pratique d'une activité physique sans être plus réguliers. D'ailleurs, l'étude de la LMDE avait montré que les étudiants présentant des symptômes de détresse psychologique pratiquaient moins souvent une activité sportive au cours de l'année (38% n'en pratiquaient aucune, contre 30% pour les étudiants en bon état de santé psychologique) (9).

Sur le temps consacré aux activités du temps libre, les étudiants faisaient moins de sport et s'investissaient moins en association. Les sorties entre amis, au cinéma ou au restaurant restaient importantes, et surtout chez les femmes de manière significative. M. HONORE (7) avait retrouvé des résultats similaires en 2016 concernant l'étude de la première cohorte ; seuls 66% des MED-6 avaient répondu profiter de leur temps libre pour faire du sport contre 76% en MED-3, mais les

activités culturelles notamment le cinéma avaient concerné 68% des MED-6 contre 22% des MED-3.

Il n'y avait pas de conclusion exacte à tirer sur le suivi du poids dans cette étude. Même s'il y avait une variation pondérale chez 61% des étudiants interrogés en lien significatif avec le stress ressenti, le poids de départ et donc l'IMC (Indice de Masse Corporelle) étaient inconnus. Bien que la prise de poids ait été variable, elle restait majoritaire chez les étudiants (12).

Sur le plan des comportements à risque, les étudiants en MED-6 étaient plutôt des bons élèves en matière de protection contre les IST et pour la contraception. Mais seuls 12% des étudiants avaient eu recours à des tests de dépistage dans les 3 dernières années, tandis que l'étude de la LMDE avait rapporté que 23% des étudiants avaient réalisé ces tests dans les douze derniers mois (9).

Concernant la consommation d'alcool, 80% des étudiants en MED-6 déclaraient en avoir une consommation occasionnelle depuis trois ans, mais on retrouvait une diminution significative globale du « binge drinking » (consommation massive) et de la consommation régulière. Comparativement aux autres étudiants, ces chiffres étaient moins importants car la consommation occasionnelle concernait 86% des étudiants, et 4,90% des MED-6 étaient consommateurs réguliers contre 14% chez les étudiants français (9).

Ces résultats étaient surprenants ; ils montraient que, bien qu'ayant conscience des méfaits de la consommation excessive d'alcool, les étudiants en médecine continuaient à en consommer de plus en plus mais toujours de manière occasionnelle. Ces résultats pouvaient être en lien avec un besoin d'évacuation du stress mais l'analyse bivariée n'a pas été possible compte tenu des effectifs.

La consommation de tabac chez les étudiants en MED-6 était moins

importante (78% de non-fumeurs) que dans la population générale étudiante, comme l'a montré l'étude de la LMDE qui avait mis en évidence que plus d'un quart des étudiants était fumeur (28%) (9). Le rapport publié par L.WAUQUIEZ avait confirmé que les études auraient un retentissement positif sur le nombre de fumeurs, avec un « effet filière », notamment les études de médecine, de disciplines sportives ou dans la santé (13).

Il y avait la même tendance pour la consommation de produits illicites ; alors que 93% des MED-6 n'étaient pas consommateurs, dans la population d'étudiants concernés par l'étude de la LMDE il avait été constaté qu'il y avait plus d'expérimentation en termes de consommation de cannabis. En effet, 23% des étudiants avaient déclaré un usage du cannabis dans les 12 derniers mois (9).

Ces résultats s'expliquaient probablement par les connaissances liées aux études des nuisances liées à ces consommations.

Enfin, concernant la consommation de médicaments, il semblait que les étudiants en médecine n'étaient pas les seuls à consommer régulièrement des médicaments, malgré leur proximité avec le système de soin et la possibilité d'avoir accès aux thérapeutiques. Plusieurs études comme celles de G. LE BRETON-LEROUVILLOIS (1) et l'enquête de la LMDE (9) avaient montré une augmentation de la prise de médicaments, notamment de l'automédication dans 44% des cas dans l'étude de la LMDE (9). Dans l'étude réalisée par la commission jeunes médecins du CNOM, il y avait presque un quart des étudiants en médecine français en deuxième cycle qui déclarait consommer au moins plusieurs fois par semaine des médicaments (1). Il y avait moins de consommateurs réguliers déclarés, ce qui est surprenant et pourrait être expliqué par l'oubli de signalement des contraceptions, ou la banalisation de la prise de certains psychotropes.

#### **IV. Extrapolation**

Malgré la faible participation à l'étude, il est apparu clairement que l'état de santé des étudiants en médecine s'était dégradé en trois ans. Cette problématique est un fait connu des médias et des réseaux sociaux (3). La question de l'évolution de ces paramètres à l'avenir se posera pour la troisième phase de l'étude de la cohorte en 2020. Quelles décisions doivent être prises dans les facultés lilloises pour anticiper la survenue de troubles psychologiques graves ou de conduites à risques, et accompagner les étudiants en souffrance ?

Les MED-6 de Lille de la présente étude semblaient être sensibilisés concernant les conduites à risques fréquemment rencontrées chez les étudiants français (alcool, tabac, produits illicites et médicaments). L'augmentation de la consommation des médicaments de manière quotidienne est inquiétante, plusieurs études (14)(15) ont mis en évidence l'utilisation de psychostimulants chez les étudiants en médecine. Cela laisse planer l'hypothèse d'une automédication comme l'avait montré le travail de L. MACHUELLE (16).

## CONCLUSION

Le passage obligatoire par l'IECN et l'année qui le précède sont un moment crucial dans le parcours de formation des médecins. L'état de santé global des étudiants reste bon et comparable à celui des autres filières, bien qu'il se soit dégradé en 3 ans en lien significatif avec la charge de travail et le stress lié au concours. Du fait de leur formation médicale, les futurs médecins ont moins de comportements à risques, mais l'augmentation de consommation des médicaments est inquiétante.

Il apparaît indispensable de renforcer l'information, la prévention et le suivi des futurs médecins au sein de leur faculté, notamment dans des structures comme le SIUMPPS (Service Inter Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé). Cet accès direct au soin reste souvent méconnu des étudiants (24% parmi les MED-6 en ignorent l'existence), alors que ce service est adapté aux problématiques rencontrées au cours des études.

Il faudra se poser la question du devenir de leur santé une fois le concours passé, et de leur comportement face à la souffrance des malades pris en charge, du rythme des stages et des gardes. Cet état de mal-être général, retrouvé dans l'étude mais également rapporté directement par eux dans les commentaires libres, semble s'aggraver au fil des années ; ne risque-t-il pas d'influencer la qualité de leur travail de médecin et la prise en charge des patients ? Cela oriente vers la réalisation de recherches plus ciblées sur les troubles psychologiques des jeunes médecins, et leurs impacts sur les capacités à soigner, comme l'a déjà évoqué L. MACHUELLE en 2015 (16).

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La Santé des Étudiants et Jeunes Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Commission Jeunes Médecins [Internet]. 2016.
2. BECK F, GUIGNARD R, DU ROSCOAT E, SAIAS T. Tentatives de suicides et pensées suicidaires en France en 2010. Résultats du Baromètre Santé 2010. [Internet]. INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) ; 2010.
3. ISNI, ISNAR-IMG, ISNCCA, ANEMF. Santé mentale des jeunes et futurs médecins : Comment vont les jeunes soignants ? [Internet]. 2017.
4. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. [Internet]. 1946.
5. HUYNH P. Évaluation 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]. 2014.
6. HELYNCK A. Évaluation de la santé et de l'hygiène de vie (sport, alimentation et 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]. 2014.
7. HONORE M. Évolution de l'état de santé des étudiants en médecine de l'université Lille 2 entre MED-3 et MED-6: étude de la qualité de vie et des comportements à risque [Internet]. 2016.
8. NATHOO A. Évolution 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]. 2016.
9. LMDE. La Santé des Étudiants en France. 4ème enquête Nationale. [Internet]. 2014.
10. OVE (Observatoire national de la Vie des Étudiants). La santé des étudiants. Enquête nationale Conditions de vie des étudiants 2013. [Internet]. 2014.
11. EMEVia. Santé des étudiants 2015. 9ème enquête Nationale. [Internet]. 2015.
12. Pope L, Hansen D, Harvey J. Examining the Weight Trajectory of College Students. *J Nutr Educ Behav.* févr 2017;49(2):137-141.e1.
13. WAUQUIEZ L. N° 3494 - Rapport d'information de M. Laurent Wauquiez déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une

mission d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants.  
[Internet]. 2006.

14. Fond G, Gavaret M, Vidal C, Brunel L, Riveline J-P, Micoulaud-Franchi J-A, et al. (Mis)use of Prescribed Stimulants in the Medical Student Community: Motives and Behaviors: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)*. avr 2016;95(16):e3366.
15. Papazisis G, Tsakiridis I, Pourzitaki C, Apostolidou E, Spachos D, Kouvelas D. Nonmedical Use of Prescription Medications Among Medical Students in Greece: Prevalence of and Motivation for Use. *Subst Use Misuse*. 4 août 2017 ; 1-9.
16. MACHUELLE L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? [Internet]. 2015.

## 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 de ce travail 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, mènera 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(libérales et assimilées, cadre de la fonction publique, intellectuelle ou artistique, cadre d'entreprise)			
Profession intermédiaire : enseignement, de la santé, de la fonction publique, assimilés, administratives et commerciales, des entreprises, techniciens)	○	○	○
Employé	○	○	○
Ouvrier	○	○	○
Retraité	○	○	○
Etudiant	○	○	○
Autre / sans activité professionnelle	○	○	○

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"/>				
Début de consommation/pratique	<input type="radio"/>				
Diminution de consommation/pratique	<input type="radio"/>				
Consommation/pratique stable	<input type="radio"/>				
Augmentation de consommation/pratique	<input type="radio"/>				
Arrêt complet	<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

**Annexe 2** : Commentaires libres.

- Renoncement au soin par peur de perte de temps, monotonie des repas, altération énorme du temps de sommeil, arrêt quasi complet du sport, automédication.
- 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
- 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.
- Déçu par mes études. Si c'était à refaire je choisirais une autre filière.
- 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 Paracétamol, Ibuprofène, Vogalène, Lopéramide, et parfois rarement des antibio - 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.
- Il est important que les étudiants, et donc futurs médecins, soient bien dans leur peau pour pouvoir s'occuper correctement de leurs patients. Il y a encore du chemin à parcourir mais les lignes bougent, à nous de prendre le relais.
- 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...
- Je ne me considère pas du tout comme un étudiant malheureux comme

certains le sont peut-être. On a de très bonnes conditions d'étude selon moi. Je pense que la gestion du stress est probablement le plus gros problème des étudiants en médecine.

- 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 : GRAU**

**Prénom : Perrine**

**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 la qualité de vie et des comportements à risques.**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Thèse d'exercice**

**DES + spécialité : Médecine Générale**

**Mots-clés : Santé, étudiants en médecine, hygiène de vie, comportements à risques.**

**Contexte :** l'état de santé des futurs médecins évolue avec l'avancée dans les études. En 2014, A. HELYNCK et P. HUYNH ont analysé le comportement d'étudiants en médecine de MED-3 de Lille 2 et de l'ICL, présentement réinterrogés et comparés en MED-6 pour l'hygiène de vie et les comportements à risques.

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

**Résultats :** 35% (204) étudiants ont participé à l'étude. Ils avaient été en excellente santé pour 64% (132) en MED-6 et 84% (409) en MED-3 ( $p < 0,01$ ). Ils percevaient les études comme un stress pour 93% (180) contre 82% (400) en MED-3 ( $p < 0,01$ ) ; ils réduisaient leur temps de sommeil pour 62,4% (118 ;  $p < 0,01$ ), aggravaient leur comportement alimentaire dans 38,6% (73) des cas ( $p = 0,022$ ), avaient une variation de poids pour 63% (119 ;  $p < 0,01$ ). Moins investis en sport et dans l'associatif, ils consommaient moins de tabac depuis 3 ans pour 83% (169), étaient non-fumeurs pour 79% (381 ;  $p = 0,25$ ), mais buvaient occasionnellement plus d'alcool en MED-6 pour 80% (163) contre 63% (302) en MED-3 ( $p < 0,0001$ ), même si 14% (29) déclaraient ne jamais consommer contre 23% (112) en MED-3 ( $p < 0,0001$ ). La consommation de produits illicites baissait depuis trois ans ( $p < 0,01$ ) et celle des médicaments était à 13% (27) en MED-6 contre 8% (39) en MED-3 ( $p = 0,0193$ ) avec augmentation des non consommateurs ( $p = 0,0193$ ).

**Conclusion :** l'état de santé des étudiants en médecine de Lille se dégrade à l'issue du second cycle des études probablement à cause des stages hospitaliers et de la préparation aux Épreuves Classantes Nationales.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Eric 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)**