



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Comment les étudiants en médecine de l'université de Lille, issus de la cohorte de 2016, ont modifié leur prise en charge médicale au cours de leur internat en 2019 ?

Présentée et soutenue publiquement le 14 mai 2020 à 14 heure
au Pôle Recherche

Par Édouard WILLOCQUET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

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.

Liste des abréviations

OVE	Observatoire national de la Vie Étudiante
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
ECN	Examen Classant National
MED-6	Sixième année des études de médecine
MED-3	Troisième année des études de médecine
HAS	Haute Autorité de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CSP	Catégories Socio-Professionnelles
SIUMPPS	Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MATERIELS ET METHODES	4
RESULATS	6
I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	6
A. <i>Participation des étudiants</i>	6
B. <i>Comparabilité des groupes</i>	8
C. <i>Profession de l'entourage proche</i>	9
D. <i>Sources de revenus et situation économique actuelle</i>	10
E. <i>Mutuelle</i>	11
II. ÉTUDE DE L'ACCES AUX SOINS.....	12
A. <i>Relation avec le médecin traitant</i>	12
B. <i>Suivi particulier</i>	14
C. <i>Médecins spécialistes non généralistes consultés</i>	15
III. RENONCEMENT AUX SOINS.....	17
A. <i>État de santé des étudiants</i>	17
B. <i>Facilité d'accès aux soins</i>	18
C. <i>Les soins renoncés</i>	19
D. <i>Les causes de renoncement aux soins</i>	21
IV. IMPACT DU TROISIEME CYCLE SUR LA MANIERE DE SE SOIGNER	23
A. <i>Proximité système soin en tant qu'étudiant en médecine</i>	23
B. <i>Modification de la manière de se soigner lors de l'internat</i>	23
V. VISITE MEDICALE.....	26
DISCUSSION	28
I. VALIDITE INTERNE	29
II. VALIDITE EXTERNE	30
CONCLUSION	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37
ANNEXES	39

RESUME

Contexte : L'accès aux soins et la manière de se soigner évolue avec le niveau de formation professionnelle, en particulier chez les étudiants en médecine. L'étude de 2019 avait pour objectif de comparer ces aspects, en reprenant la même cohorte d'étudiants de l'Université de Médecine de Lille, analysée en 2013 par Herlin/Leroy, et en 2016 par Honore/Nathoo.

Méthode : L'étude était destinée aux 421 étudiants de l'université de Lille présents en MED-6 en 2015-2016, suivis depuis 2013, interrogés de nouveau en 2018-2019 au cours de leur troisième cycle à l'aide du même questionnaire anonyme, auto-administré, en ligne sur Google Forms.

Résultats : Le taux de participation était de 30,7% (127) pour l'ensemble des étudiants inscrits en MED-6 en 2016 mais de 74,7% pour les étudiants qui souhaitaient être recontactés en 2019 (170). L'état de santé global semblait être stable sur ces trois ans, 31,5% (99) de mauvaise santé en MED-6 pour 29,2% (37) à l'internat avec des femmes plus touchées que les hommes ($P=0,04$) au cours de l'internat. Le taux de déclaration de médecin traitant tendait à baisser sur trois ans avec 93,3 % (291) en 2016 et 81,1% (103) en 2019. Le changement de région influençait la fréquence de consultation du médecin traitant ($p=0,0128$) pour 68,5% (61) des internes lillois qui ne consultaient jamais leur médecin traitant contre 89,5 (34) des internes non lillois. Ce taux paraissait augmenter en trois ans (30,5% - 95 en MED-6). Le suivi gynécologique semblait peu augmenter en trois ans avec 69,8% (60) contre 67,7% (109) malgré le frottis recommandé à 25 ans. Plus d'un interne sur deux (55,9% - 71) déclarait avoir renoncé à des soins au cours de trois dernières années (contre 53,8% en MED-6). Les soins les plus inutilisés étaient les mêmes depuis trois ans (dentaires, optiques et psychologiques). Parmi les causes les plus fréquentes de renoncement aux soins, il y'avait le manque de temps (74,02% - 94) et la négligence (38,58% - 49). Près de trois quarts des internes estimait bénéficier d'une plus grande proximité du système de soin grâce aux études se traduisant par l'auto-prescription (86,61% - 110) et l'automédication (94,4% - 118). L'idée d'une visite médicale annuelle obligatoire était plébiscitée pour 76,38% (97) des internes avec un lien retrouvé avec le renoncement aux soins ($p=0,015$) et la mauvaise santé globale ($p=0,008$).

Conclusion : le mauvais état de santé global et le renoncement aux soins étaient toujours très marqués chez les internes. L'auto-prescription et l'automédication étaient les solutions les plus faciles pour pallier le manque de temps, sans satisfaire ces étudiants qui souhaitaient un suivi à travers une visite médicale annuelle obligatoire, voire peut-être d'autres services qu'il conviendrait de définir. Ces résultats devraient être analysés par la Faculté et la médecine du travail, pour répondre aux besoins des étudiants en médecine durant la totalité de leur cursus.

INTRODUCTION

L'état de santé des étudiants est analysé depuis très peu de temps. Depuis 1994, les mutuelles analysent les conditions de vie des étudiants d'une manière générale, mais la part santé occupe une place majeure depuis les années 2010 (1-2). Les enquêtes nationales de l'Observatoire de la Vie Étudiante (OVE) publiées en 2013 et 2016 ont fait part de la persistance d'un état de santé moyen ou mauvais avec un renoncement aux soins qui s'accroît (3).

L'unique publication nationale sur la santé des étudiants en médecine réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en juin 2016 avait noté une diminution très nette des consultations chez le médecin généraliste lors du passage en troisième cycle (4). Cette étude a également souligné une baisse progressive des consultations en médecine du travail au cours du cursus des études de médecine. D'un point de vue régional, Honoré et Adarsh ont montré en 2016, une aggravation de l'état de santé des étudiants en médecine de l'Université Lille (faculté H. Warembourg), avec une diminution de leur prise en charge, entre la troisième année (MED-3) et la sixième année (MED-6) (5-6). Les études de médecine avaient également modifié leurs prises en charge, avec la majoration de l'automédication mais aussi l'apparition de l'auto-prescription et de la prescription de soins par un médecin en stage sans examen au préalable (5). Ces différentes pratiques étaient largement retrouvées dans les travaux de thèse réalisés dans les autres régions de France (11-12).

La présente étude réalisée en 2019, avait pour objectif de comparer trois années plus tard la même cohorte d'étudiants lillois interrogés en MED-6 par Honore et Adarsh et en MED 3 par Herlin et Leroy. L'hypothèse était qu'avec le temps passé en stage et la capacité de prescription, les étudiants renonceraient d'avantage aux soins en se prenant en charge eux-mêmes.

L'objectif de l'étude était d'analyser l'accès et le renoncement aux soins des étudiants en médecine de l'Université de Lille au cours du troisième cycle, et d'évaluer l'impact de ce dernier sur la manière de se soigner.

La deuxième partie de l'étude, analysée par la thèse d'exercice de Thomas Nachtegale, concernait les conditions de vie et les comportements à risque des étudiants, recueillis à travers le même questionnaire.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale observationnelle de cohorte par questionnaire. L'étude était destinée aux internes actuellement en troisième année du troisième cycle des études de médecine de l'Université de Lille. La population était la même qu'en 2012-2013 et 2015-2016, interrogée respectivement par Leroy/Herlin et Honore/Nathoo.

Le questionnaire était anonyme, auto-administré, et comprenait 28 questions fermées à choix unique, 10 questions fermées à choix multiples et 1 question ouverte.

Le questionnaire recréé en 2013 avec Google Forms® n'avait pas subi de modifications majeures pour pouvoir comparer les deux études. Trois nouvelles questions ont été ajoutées. Elles portaient sur le changement de région après l'Examen Classant National (ECN) et la déclaration éventuelle d'un nouveau médecin traitant. Une question sur les causes de manque de temps engendrant un renoncement aux soins a également été ajoutée. Une question portant sur les tranches d'âge a été modifiée pour mieux correspondre aux étudiants du troisième cycle.

Le questionnaire a été envoyé par l'intermédiaire de la plateforme Facebook®, permettant d'avoir accès à deux groupes majeurs issus de la promotion 2015-2016. Trois relances ont été effectuées. Le 25 avril, le 12 mai et le 11 juin 2019 pour le groupe Promoecni2016. Le 25 avril, 12 mai et le 3 juin 2019 pour le groupe Promoimg2016.

Plusieurs relances individuelles ont également été réalisées entre le 25 avril et le 20 juin par Facebook en reprenant les étudiants issus du groupe Promoecni2016.

Le questionnaire a été clôturé le 28 juin 2019.

L'ensemble des données ont été recueillies sur un tableur Excel®. Les données de 2016 ont également été ajoutées, et un codage manuel a été réalisé afin de pouvoir comparer les résultats de 2016 et 2019 entre eux.

Afin d'éviter les biais de recrutement via la plateforme Facebook®, les 6 personnes qui n'ont pas passé l'ECN en 2016, les 44 personnes qui n'ont pas répondu au questionnaire il y'a 3 ans, et les dix personnes qui n'ont pas renseigné ces informations, n'ont pas été incluses. Sur les 421 personnes présentes en MED6 en 2016, 187 questionnaires ont été recueillis, et 127 ont pu être analysés.

En raison d'une différence significative entre les groupes de 2015-2016 et 2018-2019 sur le genre, les données n'ont pu être analysées entre elles par perte de comparabilité entre les deux échantillons à l'origine d'éventuels biais de confusion.

Les résultats descriptifs de l'étude ont été obtenues grâce à l'aide des Docteurs Axel Descamps et François Quersin, chefs de clinique et biostatisticiens au Département de médecine générale. Les données ont été confrontées entre elles par l'intermédiaire d'un « tableau croisé dynamique Excel® » afin de mettre en évidence les éventuelles corrélations. L'analyse univariée a été réalisée par l'intermédiaire d'un test de Chi-deux (ou un test de Fisher si l'effectif était inférieur à 5) avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$. Ces tests ont été réalisés par Monsieur Paul Saffers, ingénieur issu de Centrale Nantes.

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon

A. Participation des étudiants

Le nombre initial de réponses au questionnaire était de 187 en troisième cycle. Après analyse, 60 personnes n'ont pas été incluses portant le nombre de réponses finales à 127 (Figure1).

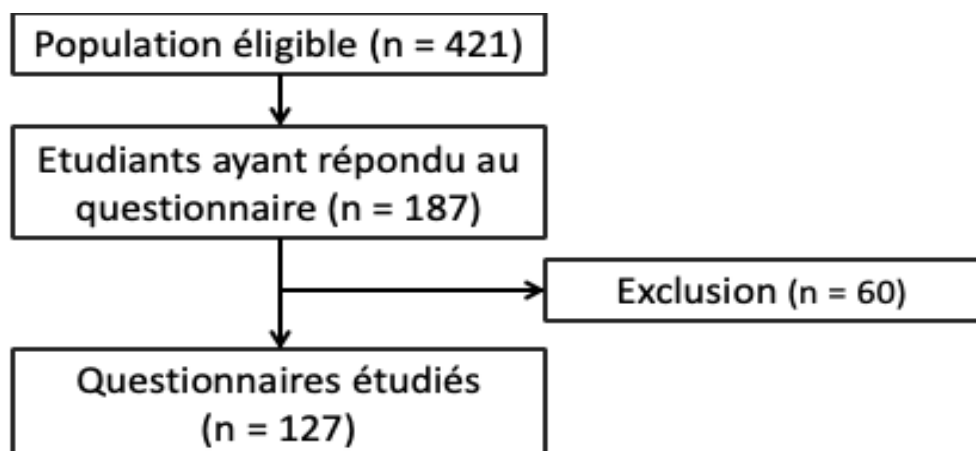
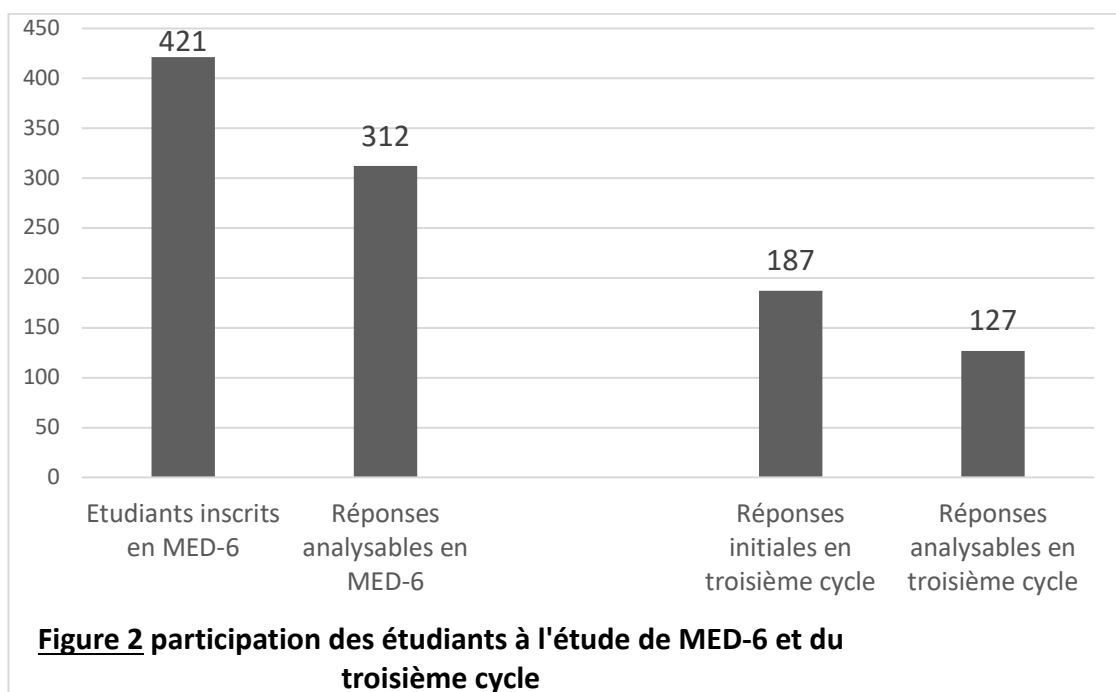


Figure 1 : Diagramme de flux

Les réponses analysables pour l'étude correspondaient à 30,16% de l'ensemble des étudiants présents en MED-6. (421).

En affinant sur les étudiants qui ont répondu au questionnaire en MED-6 (312) ce taux passait à 40,7% (Figure 2).

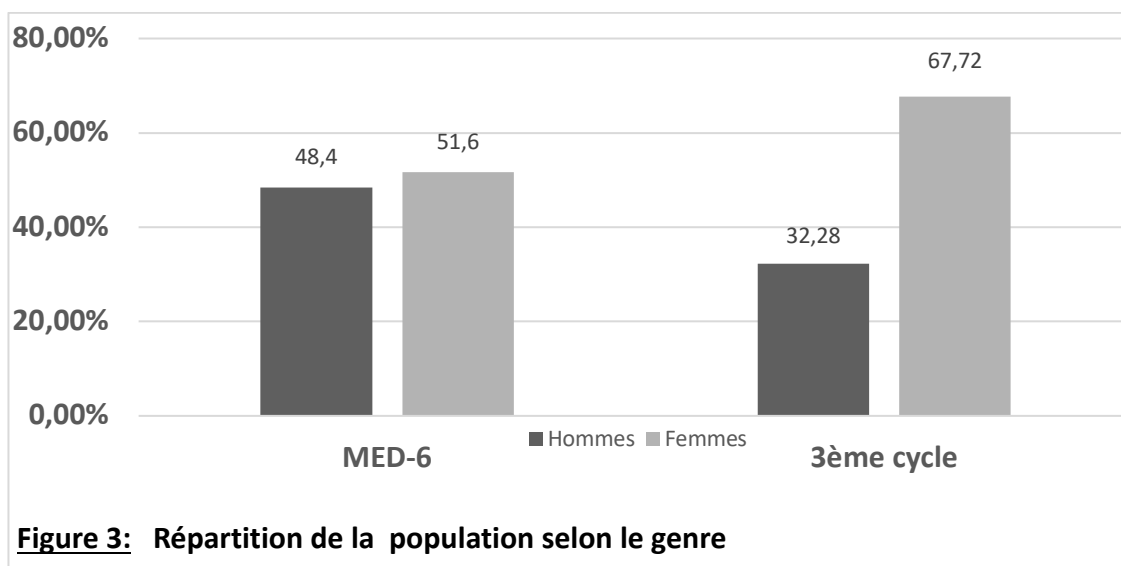


Lors de l'analyse en 2016, 54,5% (170) des étudiants ont indiqué leur adresse mail afin d'être contacté trois années plus tard. En se basant sur ce nombre comme base de données pour cette étude, le taux de participation s'élevait à 74,7%. En MED-6, la participation était de 74,1% (312) (Figure 2).

B. Comparabilité des groupes

En MED-6, l'étude avait dénombré 51,6% (161) de femmes et 48,4% (151) d'hommes. Au cours du troisième cycle, cette différence s'accroissait proportionnellement avec 67,72% (86) de femmes et 32,28% (41) d'hommes.

La participation féminine était plus importante au cours du troisième cycle qu'en MED-6 (Figure 3). Cette différence significative majeure ($p=0,002$) rendait les deux échantillons non comparables entre eux.



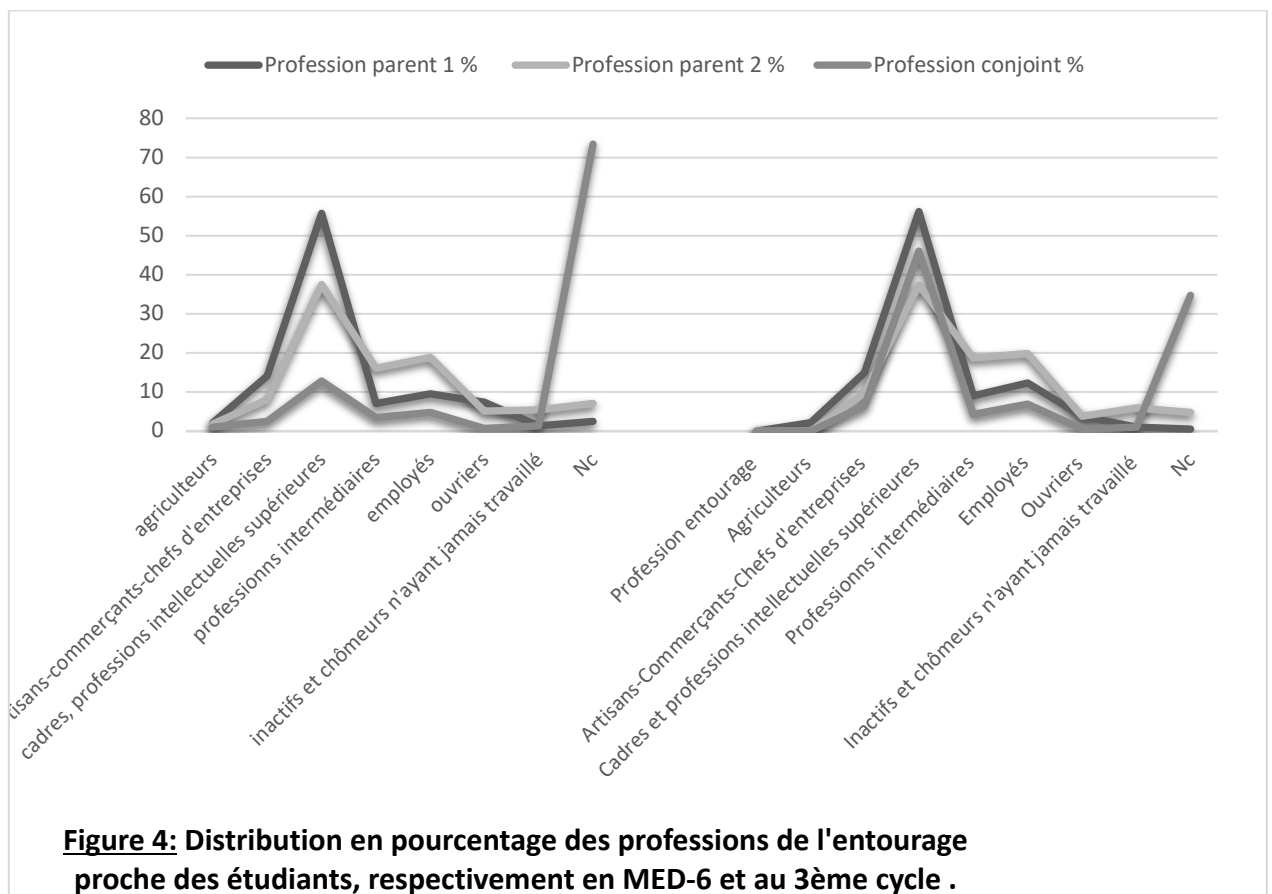
87,4% (111) des étudiants avaient entre 24 et 28 ans dans cette étude. Les 12,6% (16) restants avaient un âge supérieur à 28 ans.

70,1% (89) des étudiants déclaraient ne pas avoir changé de région après l'ECN, appelés « internes lillois » dans le reste de l'étude. Les étudiants ayant changé de région (29,9%-38) étaient nommés « internes non lillois ».

C. Profession de l'entourage proche

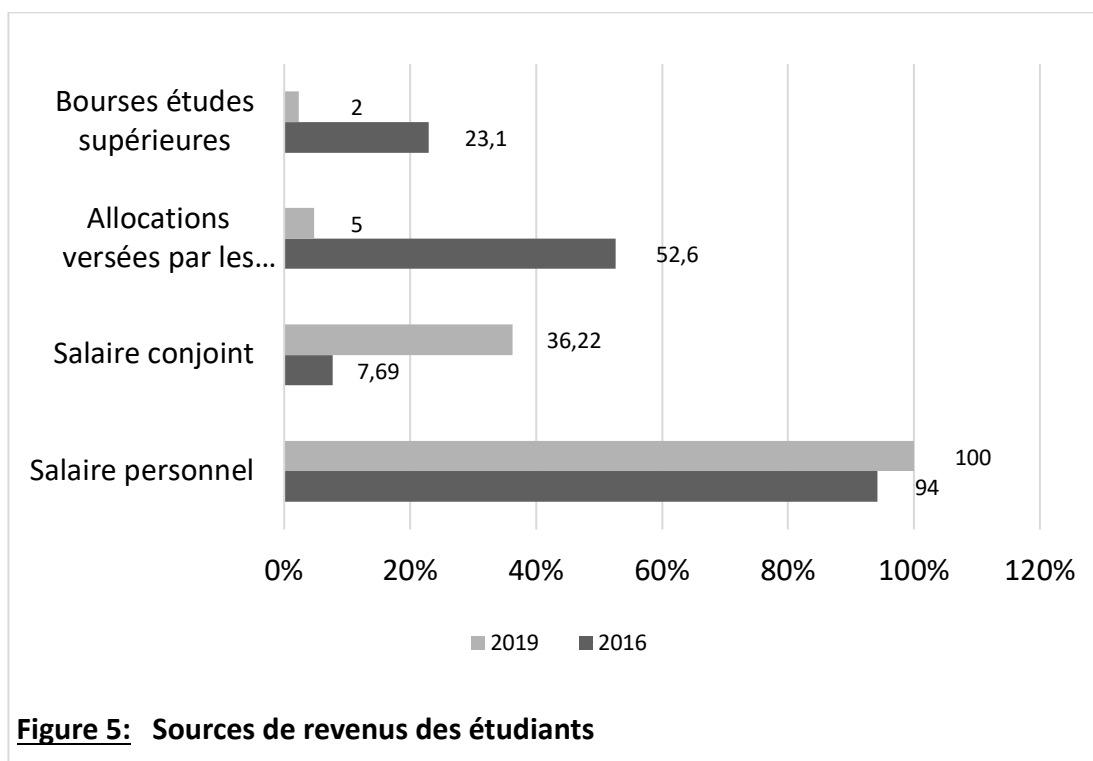
La distribution des professions de l'entourage proche des étudiants, semblait être similaire entre la MED-6 et le troisième cycle (Figure 4). Une différence tendait à se dégager sur la profession du conjoint. 46% (40) des internes déclaraient un conjoint cadre et professions intellectuelles supérieures alors qu'en MED-6 ils avaient été 12,8% (40).

Les internes étaient 59,8% (76) à avoir au moins un parent cadre. Ce taux avait été de 61,9% en MED-6 (193).



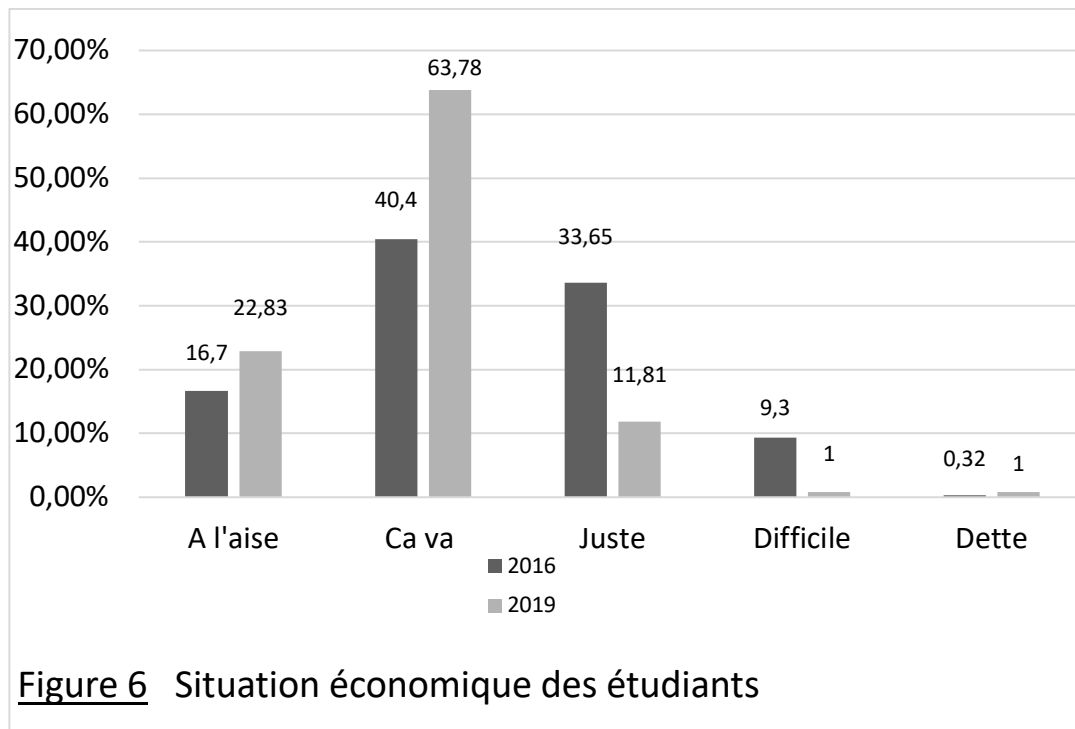
D. Sources de revenus et situation économique actuelle

Les salaires du troisième cycle permettaient une autonomisation des étudiants. Alors qu'ils avaient été 52,6% (164) à percevoir une allocation de leurs parents en MED-6, ils n'étaient plus que 5% (6) à en bénéficier durant la troisième année d'internat (Figure 5). Ils n'étaient plus que 2% (3) à bénéficier d'une bourse d'études supérieures contre 23,1% (72) en MED-6. Ils n'étaient plus que 2% (3) à bénéficier d'une bourse d'études supérieures contre 23,1% (72) en MED-6.



En parallèle, comme le montre la figure 6, les étudiants déclaraient une situation économique favorable au cours de leur internat. 63,78% (81) et 22,83% (29) répondaient respectivement « ça va » et « à l'aise » à la question concernant leur situation économique actuelle. Le pourcentage cumulé de ces deux réponses s'élevait à 86,61% (107). Un étudiant était en situation financière difficile, et un autre était

endetté. En MED-6, ils avaient été 57,1% (178) à répondre « ça va » ou « à l'aise » à cette même question.



E. Mutuelle

Les internes étaient 96,85% (123) à déclarer une mutuelle. Parmi eux, 34,65% (44) étaient couverts par la mutuelle de leurs parents et 62,2% (79) avaient leur propre mutuelle.

96,43% (301) des étudiants en MED-6 avaient bénéficié d'une mutuelle.

II. Étude de l'accès aux soins

A. Relation avec le médecin traitant

- Déclaration médecin traitant

81,1% (103) des étudiants du troisième cycle déclaraient avoir un médecin traitant (Tableau 1). Parmi les hommes, on dénombrait 73,2% (30) de déclarations de médecin traitant alors que chez les femmes ce taux était de 84,9% (73). Cette différence était non significative entre ces deux sous-groupes ($p=0,11$)

En MED-6 ils avaient été 93,3% (291) à déclarer un médecin traitant.

Tableau 1 Avez-vous déclaré un médecin traitant auprès de votre organisme de sécurité sociale ?

	Oui % (n)	Non % (n)
MED 6 (N=312)	93,3 (291)	6,7 (21)
Troisième cycle (N=127)	81,1 (103)	18,9 (24)

Parmi les étudiants qui avaient changé de région après l'ECN (38), 78,9% (30) déclaraient un médecin traitant. Le taux de déclaration de médecin traitant était de 82% (73) chez les étudiants qui avaient réalisé leur internat à Lille, sans différence significative avec les internes non lillois ($p=0,68$)

Seuls 4 étudiants (10%) déclaraient un nouveau médecin traitant lors de leur changement de région.

- **Distance du domicile avec le cabinet du médecin traitant**

Plus de la moitié des étudiants du troisième cycle (52,4% - 54) avaient un médecin traitant à plus de 20km de leur domicile (Tableau 2). En MED-6, cette catégorie avait représenté 27% (84) des étudiants.

Tableau 2 Distance du médecin traitant par rapport au domicile.

	MED-6% (N 311)	Troisième cycle % (N 103)
<10 km	62,4 (194)	31,1(32)
10-20km	10,6 (33)	16,5 (17)
>20km	27 (84)	52,4 (54)

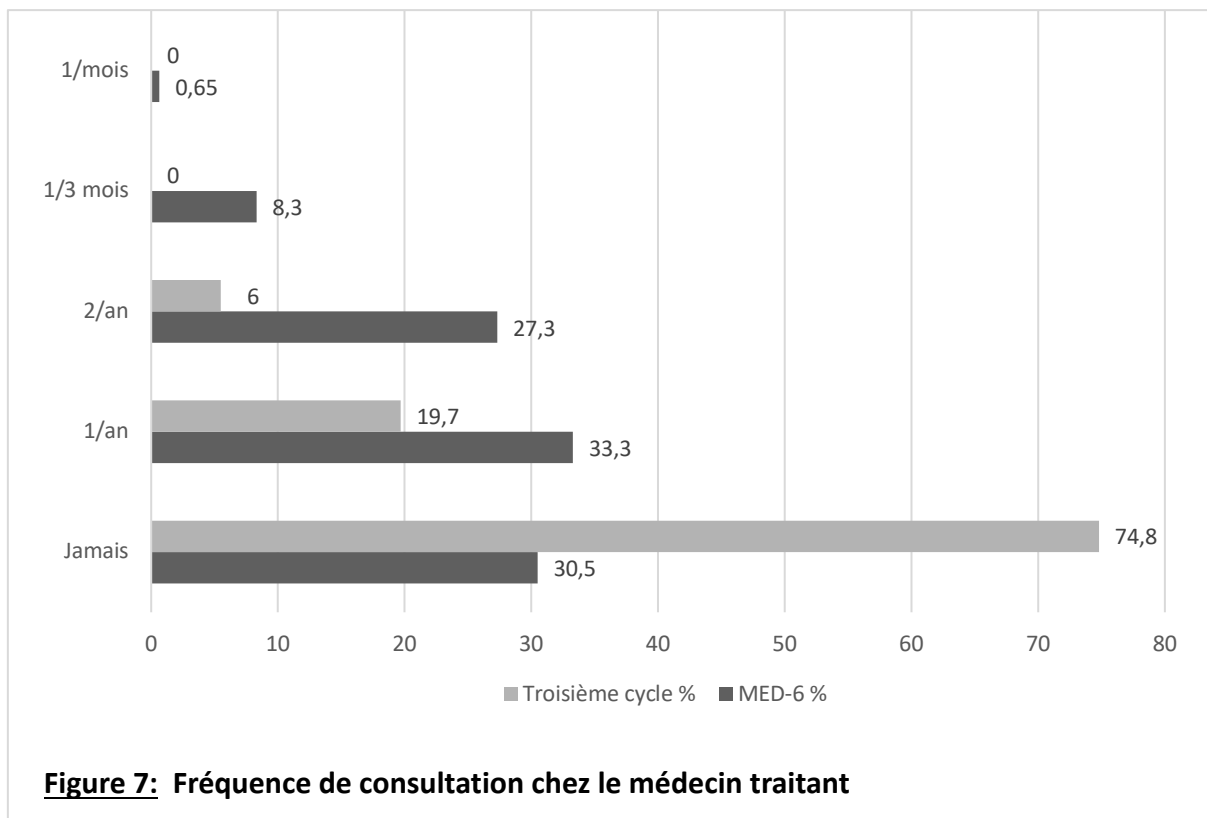
Chez les internes non lillois qui avaient un médecin traitant (30), ils étaient 26 (86,7%) à être à plus de 20km de leur médecin traitant. Ces 26 étudiants correspondaient à ceux n'ayant pas déclaré de nouveau médecin traitant.

Cette différence était significative ($p=0,01$) avec les internes lillois ayant un médecin traitant (73), car 28 (38,4%) répondaient être à plus de 20km de leur médecin.

- **Fréquence de consultation chez le médecin traitant**

Près de trois quarts (74,8% - 95) des internes répondaient « jamais » à la question concernant leur fréquence de consultation chez le médecin traitant. Les femmes étaient 72,1% (62) à déclarer ne jamais consulter leur médecin traitant contre 80,5% (33) des hommes, sans différence significative ($p=0,31$)

Un cinquième (19,7% - 25) d'entre eux indiquait consulter leur médecin traitant une fois par an et 6% (7) deux fois par an. Aucun étudiant ne consultait son médecin tous les mois ou de façon trimestrielle (Figure 7).



Le changement de région semblait impacter la fréquence de consultation. Les lillois étaient 68,5% (61) à ne jamais consulter leur médecin contre 89,5% (34) chez les internes des autres régions. Cette différence était significative ($p = 0,0128$).

D'une manière générale, les étudiants du troisième cycle ne consultent plus leur médecin traitant et moins fréquemment que lorsqu'ils étaient en deuxième cycle.

B. Suivi particulier

- Gynécologique

Concernant le suivi gynécologique, 69,8% (60) des femmes avaient bénéficié d'un examen et d'un frottis au cours des trois dernières années (Tableau 3). Alors que

l'HAS préconise un frottis tous les trois ans à partir de 25 ans, il semblerait que la fréquence de cet examen n'ait pas augmenté depuis la MED-6 (67,7% - 109).

Tableau 3 Si vous êtes une femme, bénéficiez-vous d'un suivi gynécologique régulier (examen + frottis) ?

	Suivi régulier, % (n)	Pas de suivi, % (n)	Données manquantes, % (n)
MED 6 (N=161)	67,7(109)	31,1 (50)	1,2 (2)
Troisième cycle (N=86)	69,8 (60)	29,1 (25)	1,1 (1)

- **Maladie chronique**

Lors du troisième cycle, 6% des internes (7) déclaraient être suivis pour une maladie chronique imposant des consultations fréquentes et 85,7% (6) d'entre eux répondaient ne jamais consulter leur médecin traitant.

En MED-6, 36% (8) des étudiants qui avaient notifié une maladie chronique (22) n'avaient pas consulté leur médecin traitant.

C. Médecins spécialistes non généralistes consultés

Au cours des trois dernières années, ils étaient 81,9% (104) à avoir consulté au moins un médecin spécialiste non généraliste. En MED-6, ils avaient été 84,9% (265).

Le pourcentage de consultation de médecins spécialiste non généraliste était de 33,1% (42) durant les trois dernières années après soustraction de l'ophtalmologie et de la gynécologie (spécialités ne nécessitant pas de prescriptions médicales pour consulter).

Le tableau 4 répertorie les différentes spécialités consultées par ordre décroissant de fréquence. Les quatre spécialités les plus représentées (à l'exception de la gynécologie) étaient l'ophtalmologie (55,91% - 71), la dermatologie (6% - 8), l'ORL (6% - 8) et la cardiologie (6% - 7). Ces quatre spécialités étaient également retrouvées en tête dans l'étude de 2016.

Tableau 4 Médecins spécialistes non généralistes consultés au cours des trois dernières années.

Spécialistes	Pourcentage (%)	Effectif (N=127)
Ophthalmologue	55,91	71
Gynécologue	47,24	60
Aucun	18,11	23
Dermatologue	6	8
Oto-Rhino-Laryngologiste	6	8
Cardiologue	6	7
Gastroentérologue	3	4
Orthopédiste	2	3
Pneumologue	2	3
Psychiatre	2	3
Neurologue	1,5	2
Radiologue	1	1
Endocrinologue	1	1
Anesthésiste	1	1
Médecin du sport	1	1

III. Renoncement aux soins

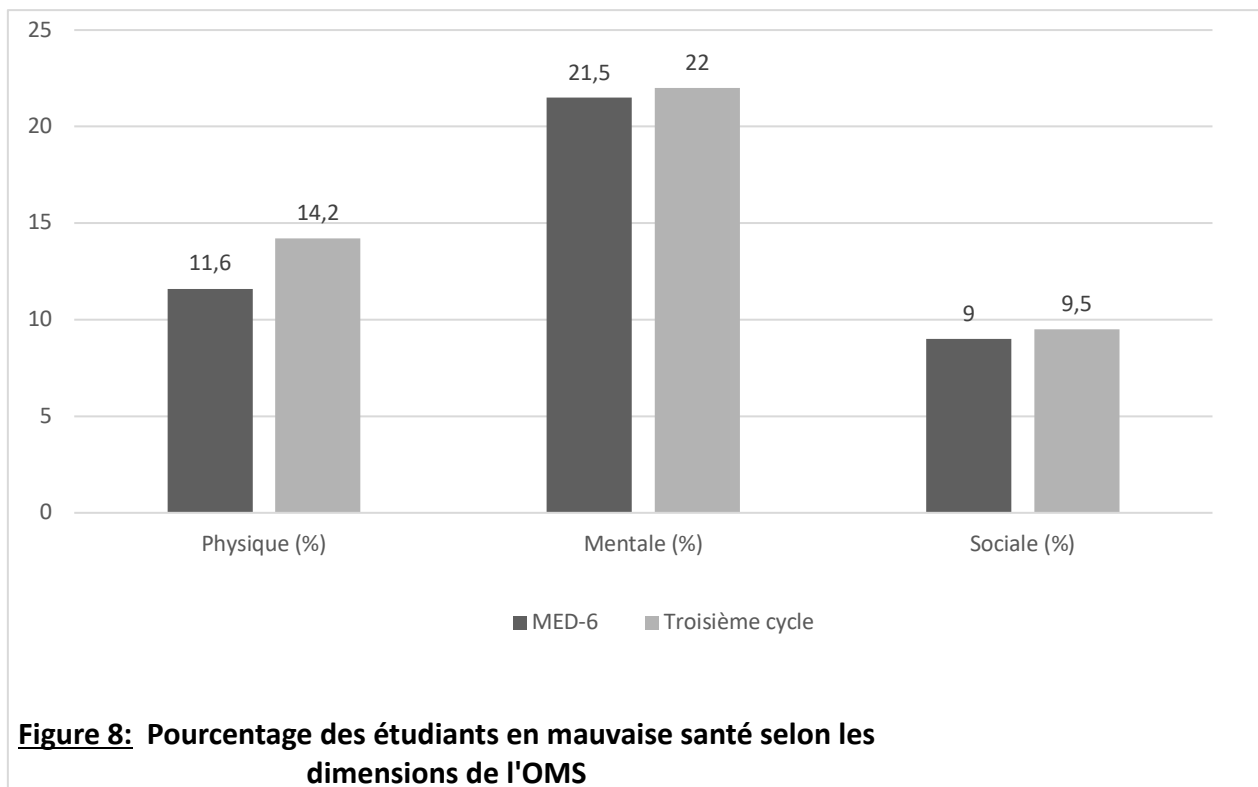
A. État de santé des étudiants

Au cours de la troisième année du troisième cycle, 3 étudiants sur 10 (29,2% - 37) indiquaient être en mauvaise santé sur au moins une des trois dimensions de l'OMS (physique, mentale ou sociale). Ce taux semblait être stable depuis la MED-6 (31,5% - 99). Les femmes (35% - 30) déclaraient être en plus mauvaise santé que les hommes (17% - 7), cette différence était statistiquement significative ($p= 0,04$). En 2016, on n'avait pas observé de différence significative entre les hommes et les femmes.

La figure 8 analyse la répartition des étudiants en pourcentage qui déclaraient ne pas être en bonne santé physique, mentale ou sociale.

Ils étaient 14,2% (18) à mentionner ne pas être en bonne santé physique, 22% (28) en mauvaise santé mentale et 9,5% (12) en mauvaise santé sociale. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les femmes et les hommes pour chacun des indicateurs.

Les résultats de ces différents indicateurs de mauvaise santé, paraissaient être stables par rapport aux données recueillies en MED-6.



B. Facilité d'accès aux soins

L'accès aux soins semblait difficile pour 20,47% (26) des internes. 12% (5) des hommes déclaraient une difficulté d'accès aux soins pour 24,42% (21) des femmes, sans différence significative ($p=0,11$). En MED-6, ils avaient été 11,2% (35) à trouver l'accès aux soins difficile.

Parmi ces 26 étudiants, 4 (15%) n'avaient pas déclaré de médecin traitant et 8 (31%) avaient changé de région (dont 6 qui n'avaient pas déclaré de nouveau médecin traitant). Aucun lien n'a été retrouvé entre l'accès aux soins et la déclaration d'un médecin traitant ou le changement de région après l'ECN (respectivement $p=0,61$ et $0,92$).

Une distance de plus de 20km du domicile avec le cabinet du médecin traitant était retrouvée chez 12 (46,5%) des internes qui avaient trouvé l'accès aux soins difficiles (26), sans lien retrouvé entre ces données.

C. Les soins abandonnés

Les internes étaient 55,9% (71) à avoir renoncé à des soins au cours des trois dernières années. Parmi eux, l'étude comptait 73,3% (52) femmes et 26,7% (19) hommes, sans différence significative entre eux ($p=0,13$).

Les internes lillois étaient 54% (48) à renoncer à des soins contre 60,5% (23) chez les internes non lillois, sans qu'il n'y ait de différence significative ($p=0,49$).

En MED-6 ils avaient été 53,8% (168) à renoncer à des soins entre 2013 et 2016.

Le tableau 5 énumère par fréquence décroissante les soins abandonnés par les internes. On retrouvait en première position les soins dentaires (29,13% - 37), suivis des soins optiques (15% - 19), des soins psychologique (12,6% - 16), l'ostéopathie (11,81% - 15) et la kinésithérapie (11,02% - 14).

Tableau 5 Soins renoncés chez les étudiants du troisième cycle au cours des trois dernières années

	Pourcentage (%)	Effectifs (N=127)
Aucun	44,09	56
Soins dentaires	29,13	37
Soins optiques	15	19
Prise en charge psychologique	12,6	16
Ostéopathie	11,81	15
Kinésithérapie	11,02	14
Biologie	7	9
Pharmacie (médicaments)	4	5
Sophrologie	3	4
Diététicien	3	4
Pédicure/podologue	3	4
Dermatologie	2	3
Allergologie	1	1
Ophtalmologie	1	1
Acupuncture	1	1
ORL	1	1
Gastroentérologie	1	1
Rééducation	1	1
Stomatologie	1	1
Pneumologie	1	1
Soins infirmiers	0	0
Orthophonie	0	0
Addictologie	0	0

En MED-6, ces cinq soins étaient également les plus représentés avec semble-t-il, une augmentation marquée du nombre de soins dentaires abandonnés durant le troisième cycle (Tableau 6)

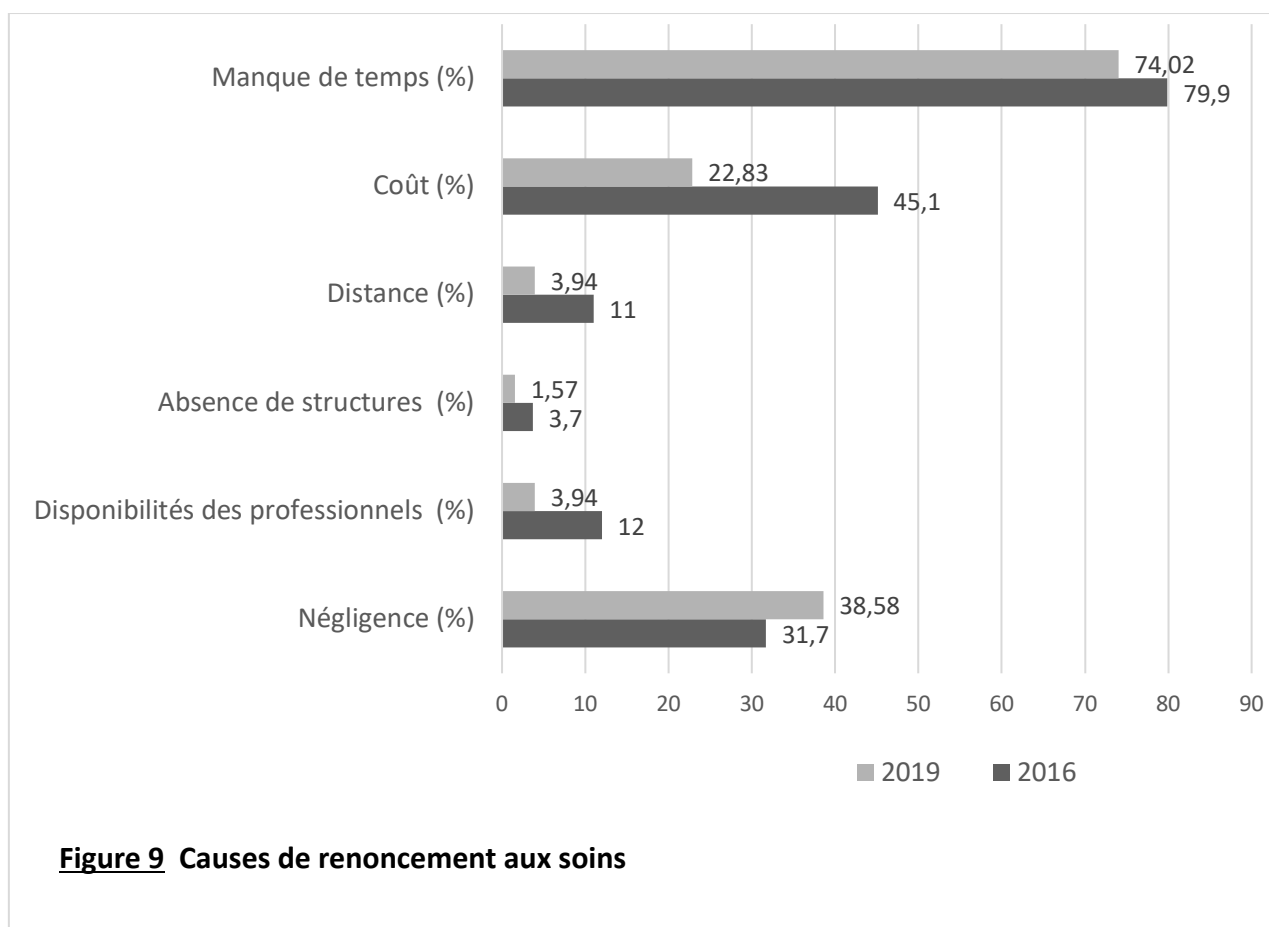
Tableau 6 : Pourcentage des cinq plus grandes catégories de soins renoncés en MED-6 et au troisième cycle

	MED-6 (%)	Troisième cycle (%)
Soins dentaires	22,4	29,13
Soins optiques	12,8	15
Prise en charge psychologique	11,5	12,6
Kinésithérapie	9	11,02
Ostéopathie	13,5	11,81

Aucun lien n'a été retrouvé entre le renoncement aux soins et la difficulté d'accès aux soins.

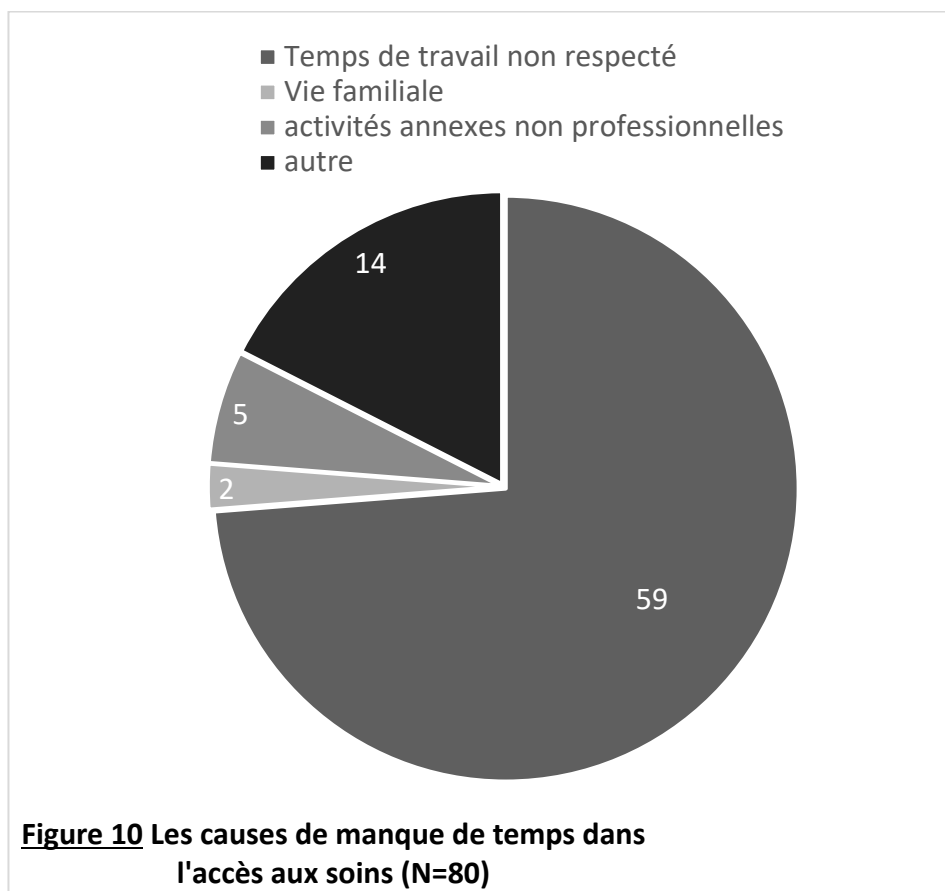
D. Les causes de renoncement aux soins

La figure 9 indique que le manque de temps (74,02% - 94) et la négligence (38,58% - 49) étaient les deux causes de renoncement aux soins les plus citées lors du troisième cycle. Le coût arrivait en troisième position avec 22,83% (29). En MED-6, ce taux avait été de 45,1% (141), arrivant en deuxième position derrière le manque de temps (79,9% - 249).



22,83% (29) des internes indiquaient le coût comme cause de renoncement aux soins et 11,02% (14) déclaraient avoir renoncé au moins une fois à une consultation avec un médecin pour des dépenses plus utiles. En MED-6, ils étaient 11,7% (36).

Ils étaient 63% (80) à répondre à cette nouvelle question concernant les raisons au manque de temps comme cause de renoncement aux soins. Parmi eux, 73,75% (59) déclaraient que le temps de travail non respecté en stage était responsable d'un manque de temps pour accéder aux soins (Figure 10). En extrapolant sur l'ensemble des étudiants de cette étude, ce taux était de 46,5%.



IV. Impact du troisième cycle sur la manière de se soigner

A. Proximité système soin en tant qu'étudiant en médecine

Près de trois quarts des internes (74,02% - 94) estimaient bénéficier d'une plus grande proximité du système de soins en tant qu'étudiant en médecine. L'analyse ne retrouvait pas de différence entre les femmes (72,1% - 62) et les hommes (78,05% - 32), ($p = 0,47$). Ce taux semblait être plus bas en MED-6 (60,2% - 186).

Tableau 7 Pensez-vous que vous bénéficiez d'une plus grande proximité avec le système de soins en tant qu'étudiant en médecine ?

	Oui % (n)	Non % (n)
MED 6 (N=312)	60,2 (186)	39,8 (123)
Troisième cycle (N=127)	74,02 (94)	25,98 (33)

Aucun lien n'a été retrouvé entre l'impression de proximité avec le système de soins en tant qu'étudiant en médecine et la facilité d'accès aux soins, la déclaration du médecin traitant ou le fait d'avoir une maladie chronique.

B. Modification de la manière de se soigner lors de l'internat

D'après le tableau 6, 89,76% (114) des internes estimaient que les études de médecine avaient modifié leur manière de se soigner. L'étude ne montrait pas de différence significative ($p=0,9$) entre les hommes (90,2% - 37) et les femmes (89,5% - 77).

En MED-6, ils avaient été 78,6% (242) à déclarer que les études avaient modifié leur manière de se soigner.

Tableau 8 Selon vous, les études de médecine ont elles modifié votre manière de vous soigner ?

	Oui % (n)	Non % (n)
MED-6 (N= 309*)	78,3 (242)	21,7 (67)
Troisième cycle (N=127)	89,76 (114)	10,24 (13)

* 3 Données manquantes

- *L'automédication*

Ils étaient 94,4% (118) à déclarer pratiquer l'automédication durant le troisième cycle, contre 65,4% en MED-6 (204). L'étude ne retrouvait pas de différence significative entre les femmes (90,7% - 78) et les hommes (97,6% - 40), ($p=0,16$).

Aucun lien n'a été retrouvé entre l'automédication et le renoncement aux soins ou le manque de temps pendant cette étude et il y'a 3 ans.

Tableau 9 Pourcentage des étudiants ayant pratiqué l'automédication en MED-6 et au troisième cycle

	Oui % (n)	Non % (n)
MED-6 (N=312)	65,4 (204)	24,6 (108)
Troisième cycle (N=127)	94,4 (118)	6 (9)

- *L'auto-prescription*

Avec la capacité de prescrire durant l'internat, 86,61% (110) des étudiants ont eu recours à l'auto-prescription (Tableau 8). Les femmes (91,9% - 79) pratiquaient plus l'auto-prescription que les hommes (75,6% - 31), cette différence était significative

($p=0,019$). Aucun lien n'a été retrouvé entre l'auto-prescription et le renoncement aux soins ou le manque de temps.

Le taux d'auto-prescription avait été de 20,2% (69) avant l'ECN et il avait existé un lien avec le renoncement aux soins.

Tableau 10 Pourcentage des étudiants ayant eu recours à l'auto-prescription en MED-6 et au troisième cycle

	Oui % (n)	Non % (n)
MED-6 (N=312)	20,2 (69)	79,8 (243)
Troisième cycle (N=127)	86,6 (110)	13,4 (17)

- Prescription sans examen, par un médecin de votre stage

21,26% (27) des internes se faisaient prescrire des examens ou médicaments par un médecin de leur stage sans bénéficier d'examen clinique. Cette pratique était retrouvée chez 18,6% (16) femmes et 26,8% (11) hommes sans différence significative ($p=0,29$).

En MED-6 26,9% (84) avaient bénéficié de cette pratique sans lien avec le renoncement aux soins.

Tableau 11 Pourcentage des étudiants ayant obtenu une prescription par un médecin en stage sans examen au préalable en MED-6 et au troisième cycle

	Oui % (n)	Non % (n)
MED-6 (N=312)	26,9 (84)	73,1 (228)
Troisième cycle (N=127)	21,26 (27)	78,74 (100)

- **Majoration des consultations avec le médecin traitant**

Aucun étudiant durant le troisième cycle n'estimait que les études de médecine les avaient poussé à consulter davantage leur médecin traitant.

A titre de comparaison le taux était de 9,6 % (30) en MED-6.

Tableau 12 Pourcentage des étudiants ayant majoré leur consultation chez le médecin en MED-6 et au troisième cycle

	Oui % (n)	Non % (n)
MED-6 (N=312)	9,6 (30)	90,4 (282)
Troisième cycle (N=127)	0 (0)	100 (127)

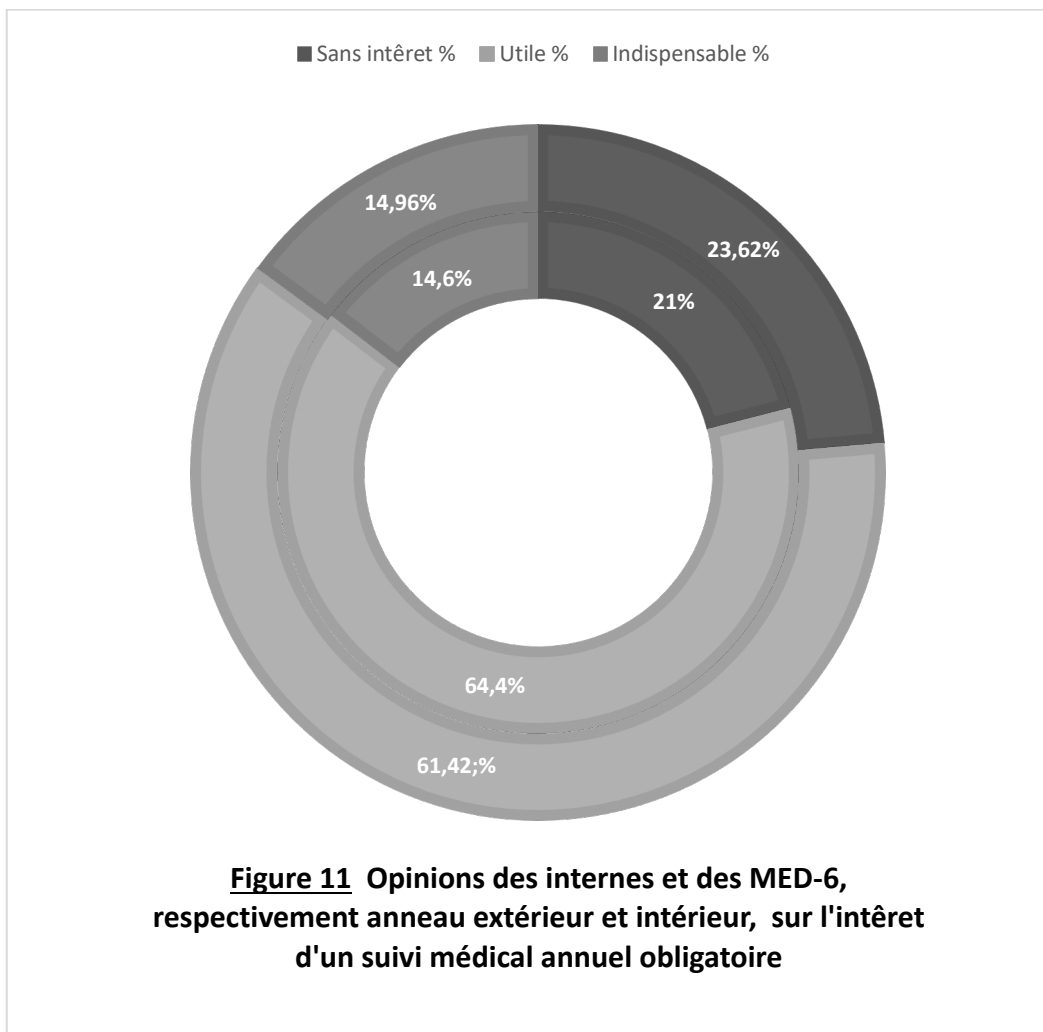
V. Visite médicale

59,84% (76) des internes estimaient qu'il existait un manque d'information concernant la santé des étudiants en médecine et leur accès aux soins. Ce taux avait été de 50,5% (156) en sixième année d'étude.

Dans le suivi de la question précédente, quatre étudiants sur dix (36,48% -49) n'étaient pas au courant qu'ils bénéficiaient d'un libre accès au SIUMPPS (Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé). 23,6% (73) des étudiants en MED-6 n'avaient pas connaissance de ce service.

En parallèle à ces résultats, plus de trois quarts (76,38% - 97) des étudiants étaient favorables à l'instauration d'un suivi médical annuel obligatoire. L'opinion des étudiants entre la MED-6 et le troisième cycle semblait être la même (figure 11).

Les étudiants qui avaient renoncé à des soins souhaitaient davantage une visite médicale obligatoire (84,5% - 60) que ceux qui n'avaient pas renoncé à des soins (66,1% - 37), ($p=0,015$). Les étudiants se déclarant en mauvaise santé globale, étaient également plus demandeurs d'un suivi médical annuel obligatoire (91,9% - 34) que ceux qui s'étaient déclarés en bonne santé (70% - 63), ($p=0,008$). En revanche aucun lien n'a été retrouvé entre l'accès aux soins et le souhait d'une visite médicale obligatoire.



DISCUSSION

L'état de santé des étudiants en médecine restait précaire durant le troisième cycle des études de médecine, avec la persistance d'un renoncement aux soins. La diminution du nombre de médecin traitant déclaré et de leur fréquence de consultation, associés à une importante augmentation de l'automédication et de l'auto-prescription, tendaient vers une autonomisation des internes sur leur santé. Pour autant, ces derniers restaient favorables à l'instauration d'un suivi annuel obligatoire.

I. Validité interne

Le recrutement de cette étude devait initialement se faire par l'intermédiaire des 170 adresses mails obtenues lors de la précédente session en 2016. Par défaut d'acquisition de ces dernières et avec l'incapacité d'obtenir les adresses mails des étudiants ayant changé de région, le recrutement par internet, via la plateforme Facebook, se voulait être une solution pertinente. 44 personnes qui n'avaient pas répondu au questionnaire il y'a 3 ans ont été exclues de l'analyse par précaution, pour ne pas inclure des étudiants ayant passés l'ECN 2016 dans une autre région. Cette exclusion conséquente (23,5 % des réponses totales) montrait les limites de la plateforme Facebook où l'identité des étudiants présents dans les groupes Facebook ne pouvait être vérifiée. Des étudiants avaient peut-être été exclus à tort, l'absence de réponses à 3 ans pouvait aussi s'expliquer par un biais de mémorisation.

La perte de comparabilité des groupes sur le genre entre l'étude de 2016 et 2019 était inattendue et reste inexplicée. Cette différence majeure n'avait pas permis de comparer l'évolution des réponses entre la MED-6 et le troisième cycle.

Le questionnaire n'avait pas subi de modifications majeures pour permettre de comparer les données avec celle de 2016. Néanmoins certaines informations supplémentaires auraient pu être recueillies. La situation familiale (en couple, nombre d'enfants) et le lieu d'habitation auraient apporté davantage de précision sur l'échantillon et auraient pu avoir un impact sur certaines réponses comme le renoncement aux soins. De même, une question sur la filière prise par les étudiants à

savoir médecine générale, spécialités médicales ou chirurgicales, aurait pu influencer les résultats. Avec l'apprentissage des pathologies et avec l'autorisation de prescription, le comportement des étudiants sur leur santé aurait pu être approfondi. Ainsi parmi les causes de renoncement aux soins, l'interne peut également se sentir capable de se prendre en charge lui-même. En étant désormais médecin, une question sur leur sentiment à consulter un confrère aurait peut-être pu expliquer certains comportements d'autogestion. Trois quarts des étudiants étaient favorables à l'instauration d'une visite médicale annuelle obligatoire. En parallèle à ce résultat, la fréquence de consultation avec la médecine du travail aurait pu être analysée.

II. Validité externe

L'étude notait la persistance d'un mauvais état de santé global (selon la définition de l'OMS). Alors qu'ils étaient 29,2% (37), ce taux était de 31,5% (99) en MED-6 (5). Les femmes (34,9% - 30) déclaraient être davantage en mauvaise santé que les hommes (17% - 7), ($p= 0,04$). Ces résultats étaient supérieurs à ceux recueillis par le CNOM en 2016 (4) où 23,3% des étudiants du troisième cycle et 24,1% dans la région nord pas de calais, déclaraient un état de santé moyen ou mauvais. Toutes filières confondues, l'enquête de la LMDE retrouvait également des résultats inférieurs à ceux de l'étude (25%), avec une tendance à se dégrader avec l'âge (17% des 20-22ans) (1).

Il y'avait une diminution progressive du taux de déclaration du médecin traitant en parallèle à l'avancée des études. Ils étaient 94,9% (319) en MED-3, 93,3% (291) en MED-6 et 81,1% (103) en troisième cycle à avoir un médecin traitant (5-6). Dans la population générale ils étaient près de 92% en 2019. Cette diminution pourrait s'expliquer par l'autogestion des étudiants en médecine sur leur santé. D'après l'étude réalisée par la LMDE, 85% des étudiants avaient consulté un médecin généraliste dans l'année (1) Ce taux était de 79,2% d'après l'enquête emeVia (2). Chez les étudiants en médecine, l'étude de 2016 du CNOM montrait une baisse continue des consultations chez le médecin traitant au cours du cursus des études. Ils étaient 49% du second cycle à ne jamais consulter de médecin traitant dans les douze mois précédents, contre 73% lors du troisième cycle, et 78% en fin de cursus (4). Il en était de même chez les internes issus de la cohorte lilloise, 74,8% (95) ne consultaient jamais leur médecin traitant dans les douze mois précédents, contre 30,45% (95) en MED-6 (5). L'absence de consultation du médecin traitant était plus marquée chez les étudiants ayant changé de région après l'ECN. Ce comportement qui différait nettement de l'ensemble des autres étudiants, tendait à se rapprocher de leurs aînés. En effet l'étude réalisée en 2006 par Romain Suty montrait que 21,5% des médecins libéraux n'avaient pas de médecin traitant, 69,7% déclaraient se prendre en charge eux-mêmes et 4,7% avaient consulté un médecin traitant dans les douze mois (7).

La fréquence de consultation des médecins spécialistes non généralistes restaient importante au cours de trois dernières années (81,9% - 104). La gynécologie et l'ophtalmologie ne nécessitant pas de prescription médicale, ce taux passait à 33,1% (42) après retrait de ces dernières. Avec la diminution du nombre de médecin traitant déclaré et de leur fréquence de consultation, ces résultats tendaient à montrer que les étudiants n'éprouaient plus le besoin de consulter un médecin généraliste

pour voir un spécialiste non généraliste. Comportement déjà évoqué au cours de la MED-6 (5).

69,8% (60) des étudiantes du troisième cycle bénéficiaient d'un suivi gynécologique dans les trois ans précédents ce questionnaire. Malgré un dépistage du cancer du col de l'utérus recommandé à partir de 25 ans, ce taux n'avait pas subi d'augmentation en trois ans (67,7% - 108) (5). Les étudiantes en médecine semblaient être légèrement mieux suivies que la population générale. D'après l'institut national du cancer, 61,2% des femmes entre 25 et 65 ans bénéficiaient d'un suivi gynécologique régulier avec un taux de 65% entre 25 et 34 ans. Cette légère différence pouvait s'expliquer par l'apprentissage de la pathologie et par la connaissance de l'intérêt des tests de dépistage chez les étudiantes en médecine. Toutefois, les raisons de l'absence de suivi, auraient pu être recherchées dans cette population sensibilisée. Dans la population générale l'âge supérieur à 50 ans, les femmes ménopausées, les bénéficiaires d'une ALD, les situations de handicap, les conditions socio-économiques défavorisées, étaient plus sujettes à une absence de suivi.

Le taux de renoncement aux soins semblait être stable sur trois ans avec 53,8% (168) pour les étudiants en MED-6 et 56% (71) pour les internes (5). Ils étaient plus nombreux à renoncer à des soins en filière médecine que dans la population générale des étudiants selon l'OVE (30,3%) (3). Le manque de temps (74,02% - 94) et la négligence (38,58% - 49) étaient les deux causes les plus citées de renoncement aux soins durant le troisième cycle.

Concernant le manque de temps, le taux était de 54% pour l'ensemble des étudiants selon la LMDE (2019) et de 41% des étudiants du troisième cycle selon le CNOM (1-4). Pour 73,75 % (59) des étudiants lillois qui ont répondu à la question sur

le motif de manque de temps (n=80), le temps de travail non respecté est responsable d'un renoncement aux soins. Cette nouvelle donnée pourrait s'inscrire dans le débat du temps de travail. En effet d'après le CNOM, 64,59% des étudiants en 2016 avaient un temps de travail hebdomadaire supérieur à 48h donc au-dessus de la limite législative (4).

Avec l'apport du salaire du troisième cycle, le facteur coût (22,83% - 29) a été remplacé par la négligence (38,58% - 49) comme cause de renoncement aux soins. Le coût était une cause plus fréquente de renoncement aux soins en MED-6 (45%), mais également sur le plan national selon l'OVE en 2013 (48 %) et la LMDE en 2019(40 %) (1-3).

En parallèle à ces causes de renoncement aux soins, en 2003 Truchot.D mettait en avant la peur du non-respect du secret médical comme facteur limitant de consultations des médecins (8). Cette peur serait d'autant plus marquée en province ou il serait plus difficile de taire des informations. Dans certains pays comme la Grande-Bretagne, il existe des permanences de consultations anonymes réservées aux médecins comme la NCSSD (National Counseling Service for Sick Doctors) ou également le BMA (British Medical Association) qui est un service téléphonique disponible 24h/24. A ce jour, cette possibilité anonyme n'existe pas en France.

D'après une étude Irlandaise menée en 2001, les médecins seraient réticents à déclarer leur maladie (9). Durant leurs études, la maladie n'était pas tolérée, ce qui entraîne une culture professionnelle où la maladie est cachée pour assurer son poste. Cette donnée est confortée par l'étude de 2003 faite par Chew-Graham et Al, où le caractère embarrassant de la maladie et la peur de révéler des informations privées à la faculté étaient des freins de consultations (10).

Pour 89,76% (114) des étudiants les études avaient modifié la manière de se soigner des étudiants du troisième cycle. L'auto-prescription et l'automédication étaient des pratiques courantes chez les internes de la cohorte Lilloise. 86,6% (110) et 94,4% (118) déclaraient pratiquer respectivement l'auto-prescription et l'automédication. Ces données avaient tendances à augmenter sur 3 ans et étaient supérieures à la pratique des étudiants toute filière confondue d'après l'enquête emeVia (49,2% d'automédication) et d'après l'OVE (48,5% d'automédication) (2-3).

Bien qu'aucun lien significatif n'ait été retrouvé dans cette étude entre ces pratiques et le renoncement aux soins, le manque de temps et la négligence, il semblerait d'après plusieurs travaux qualitatifs et quantitatifs de thèses réalisés en France que certains de ces facteurs influencent bien la manière de se soigner. Les études réalisées par Prud'Homme A., Richard A en 2013 et Simon L. en 2016 indiquaient que l'accessibilité évidente aux ordonnanciers/médicaments des internes leur permettaient de pallier au manque de temps pour consulter, le tout en se considérant apte à se soigner eux-mêmes (11-12). En parallèle à ces aspects pratiques, les internes avaient déclaré une certaine peur du jugement, un manque de confidentialité et un sentiment de puissance à recourir à l'auto-prescription et l'automédication, en évitant ainsi de perdre une certaine identité sociale en consultant un confrère.

Ces comportements d'autogestion des étudiants étaient également justifiés par le manque d'information sur la santé des étudiants en médecine et leur accès aux soins pour 59,84% (76) d'entre eux. Quatre étudiants sur dix n'avaient pas connaissance du SIUMPS. Ces taux avaient tendance à s'accroître sur trois ans (23,6% - 50,5%) (5). L'étude du CNOM montrait que la fréquence de consultation de

la médecine du travail avait tendance à diminuer au cours du cursus : 47% au second cycle, 37% troisième cycle et 22% en fin de cursus, sans explication notable, traduisant un certain nomadisme des étudiants (4). Alors que le caractère obligatoire d'une visite médicale annuelle, restait plébiscité sur trois ans : 76,38% (97) au cours du troisième cycle contre 79% (243) en MED-6 (5). Cette information conforte l'idée que malgré leurs connaissances médicales, leur liberté d'auto-prescription et leur facilité de consultation des médecins spécialistes, le suivi d'un étudiant en médecine comme n'importe quel patient était souhaité, voir nécessaire pour eux-mêmes. Pour le CNOM, l'entre-aide devait être une mission de l'Ordre Des Médecins pour 92% des répondants (4).

CONCLUSION

L'état de santé et le renoncement aux soins des étudiants du troisième cycle semblaient ne pas s'améliorer sur trois ans. Malgré leur jeune expérience de médecin, les internes étaient libres sur la prise en charge de leur propre santé et la fréquence d'auto-prescription et d'automédication étaient déjà au plus haut. Le manque de temps la négligence et la facilité d'accéder aux ordonnanciers semblaient être des causes évidentes d'autogestion. D'autres raisons non étudiées dans cette étude comme la relation entre confrères, le respect du secret médical, la difficulté à passer la barrière et devenir « patient » tendaient à expliquer ces comportements.

Néanmoins, la visite médicale annuelle obligatoire était plébiscitée chez les étudiants en médecine, preuve de l'intérêt qu'ils portaient à améliorer leurs états de santé en acceptant de consulter un confrère. D'autres solutions permettraient peut-être d'améliorer leur suivi comme la mise en place d'un service anonyme (déjà présent dans d'autres pays), voire la limitation d'auto-prescription selon certaines pathologies.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LMDE. Premiers résultats de l'Enquête Nationale sur la Santé des Étudiants 2014 (ENSE4). 2015.
2. emeVia. La santé des étudiants en 2015. 9ème enquête nationale. EmeVia. CSA. 2015.
3. L'OVE, Observatoire national de la vie étudiante. La santé des étudiants : Enquête nationale Conditions de vie des étudiants 2013. Juillet 2014.
4. Le Breton-Lerouillois G. La Santé des Étudiants et Jeunes Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Commission Jeunes Médecins. Juin 2016.
5. Honore.M-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 qualité de vie et comportements à risque des étudiants. Lille 2 droit et santé.2016
6. Leroy E, Herlin M. Les étudiants en médecine lillois et leur santé : étude de la promotion de MED-3 à la Faculté de Médecine de Lille 2 en septembre 2012 [Thèse d'exercice : Médecine générale]. Lille 2 Droit et Santé. 2013.
- 7.Suty.R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. 2006
8. Truchot D. Le *Burn-out* dans la pratique du médecin généraliste. Enquête auprès de médecins généralistes. La Revue Du Praticien Médecine Générale 08-12- 2003 ;17(634):1643.
9. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioner's care of their own health : qualitative study. BMJ september 29,2001 ;323 :728-3 1.
10. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. Med Educ. 2003 ;37(10):873–880.

11. Prud'Homme A., Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'auto-prescription ? Étude qualitative. Thèse de médecine. Université de Grenoble ; 2013

12. Simon L. Les internes sont-ils conscients des risques de leur automédication ? Thèse de médecine. Université Paris Descartes ; 2016

ANNEXES

Questionnaire : Comment se soignent les internes ?

Bonjour à toutes et tous,

Nous, c'est Thomas et Edouard, nous sommes internes de médecine générale et nous avons besoin de vous pour nous aider dans notre travail de thèse.

Souvenez-vous, il y a trois ans, Marie et Adarsh vous avaient sollicités alors que vous étiez en MED-6 pour savoir comment vous vous soigniez ? Cette étude en suivait une précédente trois ans auparavant concernant le même objectif, vous étiez alors en MED-3. En MED-6, cette étude était particulièrement intéressante dans le cadre du suivi de votre santé surtout dans une année de concours particulièrement éprouvante.

Nous revenons vers vous car maintenant, vous êtes interne comme nous. Vous êtes en responsabilité, le plus souvent à l'hôpital mais aussi en ville. Vous êtes donc maintenant des acteurs du système de santé et ceci est source de stress et de difficultés.

L'objectif de notre travail est de s'intéresser à "COMMENT LES INTERNES SE SOIGNENT, ET QUEL EST VOTRE RAPPORT AUX SOINS ?".

Notre projet, dans la continuité de nos prédécesseurs, achève le projet sociologique écrit sous la direction du professeur Jean-Marc Lefebvre. Ce projet vise à renseigner le rapport évolutif aux soins au cours de votre cursus.

Ce travail achève donc ce projet dont nous espérons souligner certains aspects dans le domaine de votre santé, notamment dans un contexte où vous êtes devenu des acteurs de celle des autres.

Il s'agit d'un questionnaire à réponses fermées, anonyme, qui demande 5 minutes de votre attention.

N'hésitez pas à nous contacter aux adresses suivantes :

jean-marc.lefebvre2@univ-lille.fr

edouard.thomas.these@gmail.com

Qui êtes-vous ?

En quelques questions, nous allons faire le point sur votre situation sociale.

1. Vous êtes ?

Une femme,

Un homme,

2. Quel est votre âge ?

- Entre 24 et 28 ans,
- Entre 28 et 32 ans,
- Autres :

3. Avez-vous répondu à ce questionnaire il y a 3 ans ?

- Oui,
- Non,

4. Quelle est la profession de vos parents ? Conjoint(e) ?

	Agriculteurs	Artisans- Commerçants- Chefs d'entreprises	Cadres et Professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Inactifs et chômeurs n'ayant jamais travaillé	NC
Parent 1								
Parent 2								
Conjoint(e)								

5. Quelle est votre mutuelle ? (Une seule réponse possible),

- Mutuelle payée par vos parents,
- Mutuelle payée par vos parents,
- CMU complémentaire,
- Vous n'avez pas de mutuelles,

6. Bénéficiez-vous de revenus ? (Plusieurs réponses possibles),

- Salaire : le vôtre,
- Salaire : votre conjoint(e),

- Bourse d'enseignement supérieur ou contrat d'engagement de santé publique,
- Allocation versée par vos parents,

7. Comment qualifiez-vous votre situation actuelle ? (Une seule réponse possible),

- A l'aise,
- Ça va,
- Juste,
- Difficile,
- Dettes,

Comment vous soignez-vous ?

Maintenant que vous êtes interne, quelle est votre relation avec le monde médical ?

8. Avez-vous déclaré un médecin traitant auprès de votre organisme de sécurité sociale ? (une seule réponse possible),

- Oui,
- Non,

9. Avez-vous changé de région suite au passage de l'examen classant national (ECN) ? (une seule réponse possible),

- Oui,
- Non,

10. Si oui, avez-vous déclaré un nouveau médecin traitant ?
(une seule réponse possible),

- Oui,
- Non,

11. L'accès aux soins vous semble-t-il facile ? (une seule réponse possible),

- Oui,
- Non,

12. A quelle fréquence consultez-vous votre médecin traitant ? (une seule réponse possible),

- Jamais,
- 2 fois par an,
- 1 fois par an,
- 1 fois par trimestre,
- 1 fois par mois,

13. Quelle est la distance de son cabinet par rapport à votre domicile ?
(Une seule réponse possible),

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

14. Quels médecin spécialistes non généralistes avez-vous consulté dans les 3 dernières années ? (plusieurs réponses possibles),

- Ophtalmologue,
- Gynécologue,
- Gastro-entérologue,
- Cardiologue,
- Aucun,
- Autres :.....

15. Si vous êtes une femme, bénéficiez-vous d'un suivi gynécologique régulier (examen + frottis) ?

(Une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

16. Etes-vous suivi pour une maladie chronique imposant des consultations fréquentes ?

(Une seule réponse possible),

- Oui,
- Non,

17. A quels soins avez-vous déjà été contraint de renoncer ?

(Plusieurs réponses possibles),

- Soins dentaires,
- Biologie,
- Ostéopathie,
- Acupuncture,
- Podologue / Pédicure,
- Prise en charge psychologique,
- Pharmacie (médicaments),
- Diététicien,
- Addictologie,
- Kinésithérapie,
- Soins infirmiers,
- Soins optiques,
- Sophrologie,

- Orthophonie,
- Aucun,
- Autre:

18. Pour quels motifs avez-vous renoncé à ces soins ?

(Aucune ou plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps,
- Coût,
- Distance par rapport au lieu de consultation,
- Absence de structures adaptées à vos besoins de proximité,
- Négligence,

19. Si vous avez évoqué un manque de temps dans le renoncement aux soins, celui-ci vous semble lié à ? (plusieurs réponses possibles),

- Vie familiale,
- Temps de travail non respecté,
- Activité annexe non professionnelle (bénévolat par exemple),
- Autre : ...

20. Avez-vous déjà renoncé à consulter un médecin pour effectuer d'autres dépenses semblant plus utiles ?

(Une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

Vous considérez-vous en bonne santé ?

La santé, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), est un « état de complet bien-être physique, mental, social, sexuel et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

21. Physique ?

(Une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

22. Mentale ?

(Une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

23. Sociale ?

(Une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

Maintenant que vous êtes interne.

24. Selon vous, intégrer les études de médecine a-t-il modifié votre manière de vous soigner ? (une seule réponse possible),

- Oui,
- Non,

25. Dans ce cas :

(Plusieurs réponses possibles).

- Vous pratiquez l'automédication, ces médicaments vous ont été prescrit par un praticien autre que vous-même,
- Vous vous faites faire des prescriptions sans examen par les médecins à l'occasion de vos stages,
- Vous vous prescrivez vous-même vos médicaments,
- Vous consultez votre médecin plus fréquemment,
- Autre :

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

(Une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

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

(Une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

28. Comment l'apprentissage de la pathologie et ses facteurs de risque a-t-elle modifié vos habitudes en ce qui concerne ?

(Une seule réponse par ligne possible).

	Initiation	Augmentation	Diminution/Arrêt	Pas de modifications
Tabac				
Alcool				
Produits illicites				
Alimentaire				
Médicaments				

29. L'apprentissage de la pathologie et ses facteurs de risque a-t-elle modifié vos habitudes pour ce qui concerne votre sexualité ?

(une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

30. Si oui, dans quel sens ces habitudes ont-elles été modifiées ?

(Plusieurs réponses possibles).

- Comportement à risque,
- Protection,
- Test de dépistage,

31. Estimez-vous que votre temps de sommeil actuel soit suffisant par rapport à vos besoins ?

(Une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

32. Si NON, pourquoi ?

(Plusieurs réponses possibles).

- Travail,
- Stress,
- Sorties.

33. Avez-vous constaté une modification significative de votre poids depuis le début de vos études ?

(Une seule réponse possible).

- Prise de poids,

- Pas de modification significative
- Perte de poids,

34. Que faites-vous de votre temps libre ? (plusieurs réponses possibles),

- Activités physiques et sportives,
- Musique, lecture, TV,
- Sorties, cinéma,
- Activités associatives,
- Aucune activité extra-universitaires,
- Autre :

35. Pensez-vous qu'il existe un manque d'information concernant la santé des étudiants en médecine et leur accès aux soins ?

(Une seule réponse possible).

- Oui,
- Non,

36. Que pensez-vous d'une visite médicale annuelle obligatoire au cours de votre cursus ?

(Une seule réponse possible).

- Sans intérêt,
- Utile,
- Indispensable,

37. Savez-vous que chaque étudiant a accès librement au service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SIUMPPS) à l'Université de Lille ?

(Une seule réponse possible).

Oui,

Non,

C'est presque terminé !!

Merci de votre participation

Il reste quelques questions libres...

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

.....

39. Dans le cadre de l'étude et pour vous remercier, nous pouvons vous transmettre les résultats de l'étude.

Voulez-vous nous laisser une adresse mail ?

AUTEUR : Willocquet

Prénom : Édouard

Date de soutenance : 14 mai 2020 à 14h

Titre de la thèse : Comment les étudiants en médecine de l'université de Lille, issus de la cohorte de 2016, ont modifié leur prise en charge médicale au cours de leur internat en 2019 ?

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Thèse d'exercice

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : étudiants médecine, accès aux soins, renoncement aux soins, manière de se soigner, visite médicale obligatoire

Contexte : L'accès aux soins et la manière de se soigner évolue avec le niveau de formation professionnelle, en particulier chez les étudiants en médecine. L'étude de 2019 avait pour objectif de comparer ces aspects, en reprenant la même cohorte d'étudiants de l'Université de Médecine de Lille, analysée en 2013 par Herlin/Leroy, et en 2016 par Honore/Nathoo.

Méthode : L'étude était destinée aux 421 étudiants de l'université de Lille présents en MED-6 en 2015-2016, suivis depuis 2013, interrogés de nouveau en 2018-2019 au cours de leur troisième cycle à l'aide du même questionnaire anonyme, auto-administré, en ligne sur Google Forms.

Résultats : Le taux de participation était de 30,7% (127) pour l'ensemble des étudiants inscrits en MED-6 en 2016 mais de 74,7% pour les étudiants qui souhaitaient être recontactés en 2019 (170). L'état de santé global semblait être stable sur ces trois ans, 31,5% (99) de mauvaise santé en MED-6 pour 29,2% (37) à l'internat avec des femmes plus touchées que les hommes ($P=0,04$) au cours de l'internat. Le taux de déclaration de médecin traitant tendait à baisser sur trois ans avec 93,3 % (291) en 2016 et 81,1% (103) en 2019. Le changement de région influençait la fréquence de consultation du médecin traitant ($p=0,0128$) pour 68,5% (61) des internes lillois qui ne consultaient jamais leur médecin traitant contre 89,5 (34) des internes non lillois. Ce taux paraissait augmenter en trois ans (30,5% - 95 en MED-6). Le suivi gynécologique semblait peu augmenter en trois ans avec 69,8% (60) contre 67,7% (109) malgré le frottis recommandé à 25 ans. Plus d'un interne sur deux (56%-71) déclaraient avoir renoncé à des soins au cours de trois dernières années (contre 54% en MED-6). Les soins les plus inutilisés étaient les mêmes depuis trois ans (dentaires, optiques et psychologiques). Parmi les causes les plus fréquentes de renoncement aux soins, il y'avait le manque de temps (74,02% - 94) et la négligence (38,58% - 49). Près de trois quarts des internes estimait bénéficier d'une plus grande proximité du système de soin grâce aux études se traduisant par l'auto-prescription (86,61% - 110) et l'automédication (94,4% - 118). L'idée d'une visite médicale annuelle obligatoire était plébiscitée pour 76,38% (97) des internes avec un lien retrouvé avec le renoncement aux soins ($p=0,015$) et la mauvaise santé globale ($p=0,008$).

Conclusion : le mauvais état de santé global et le renoncement aux soins étaient toujours très marqués chez les internes. L'auto-prescription et l'automédication étaient les solutions les plus faciles pour pallier le manque de temps, sans satisfaire ces étudiants qui souhaitaient un suivi à travers une visite médicale annuelle obligatoire, voire peut-être d'autres services qu'il conviendrait de définir. Ces résultats devraient être analysés par la Faculté et la médecine du travail, pour répondre aux besoins des étudiants en médecine durant la totalité de leur cursus.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Madame le Docteur Brigitte LEROY-MARTIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

