



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

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de Lille
entre MED-3, MED-6 et au cours de leur internat.**

Etude de l'accès aux soins et de la manière de se soigner.

Présentée et soutenue publiquement le 24 juin 2020 à 14H00

Au Pôle Recherche

Par Amandine CHHUN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL

Madame le Dr Brigitte AELBRECHT

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 ABREVIATIONS

ANEMF : Association des Etudiants en Médecine de France

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

iECN : Epreuves Classantes Nationales Informatisées

ICL : Institut Catholique de Lille

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

LMDE : La Mutuelle Des Etudiants

MED-3 : Etudiants en Troisième Année de Médecine

MED-6 : Etudiants en Sixième Année de Médecine

MSNG : Médecins Spécialistes Non Généralistes

MT : Médecin Traitant

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OVE : Observatoire nationale de la Vie Etudiante

SIUMPPS : Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la
Santé

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
PATIENTS & METHODES	4
1) Population cible	4
2) Mode de recrutement	4
3) Analyse des données	5
RESULTATS	8
I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	8
1) Description générale.....	8
2) Comparaison des MED-3, MED-6 et des internes sur les critères socio- démographiques	11
3) Choix de la population analysée.....	12
II. EVOLUTION DE LA PERCEPTION DE L'ETAT DE SANTE ENTRE MED-3, MED-6 ET AU COURS DE L'INTERNAT	13
1) Etat de santé mental.....	13
2) Etat de santé physique	14
3) Etat de santé social	14
4) Etat de santé global.....	14
III. ACCES AUX SOINS.....	16
1) Déclaration du médecin traitant.....	16
2) Distance entre le lieu d'habitation et le cabinet du médecin traitant	16
3) Fréquence de consultation chez le médecin traitant.....	16
4) Consultation des médecins spécialistes non généralistes.....	17
5) Maladie chronique	19
IV. RENONCEMENT AUX SOINS	20
1) Facilité de l'accès aux soins	20

2) Evolution du renoncement aux soins.....	20
3) Causes de renoncement aux soins	21
4) Types de renoncements aux soins	23
5) Autres dépenses.....	26
V. IMPACT DES ETUDES EN MEDECINE SUR LA MANIERE DE SE SOIGNER	
27	
1) Modification de la manière de se soigner	27
2) Proximité avec le système de soins.....	29
3) Stress des étudiants	29
VI. SIUMPPS ET VISITE MEDICALE ANNUELLE OBLIGATOIRE	30
DISCUSSION	31
I. RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE	31
II. VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE	33
1) Forces de l'étude.....	33
2) Limites de l'étude.....	33
III. VALIDITE EXTERNE.....	35
IV. EXTRAPOLATION ET PERSPECTIVES	45
CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	51
I. ANNEXE 1 : TEXTE D'INTRODUCTION ET QUESTIONNAIRE.....	51
II. ANNEXE 2 : COMMENTAIRES LIBRES	60

RESUME

Contexte : L'état de santé des étudiants en médecine qui évolue selon les années d'étude est un sujet préoccupant. En 2014 P. HUYNH et A. HELYNCK ont décrit l'état de santé des étudiants en MED-3, puis en 2017 B. AELBRECHT et P. GRAU celui des MED-6 montrant une dégradation de l'état de santé en 3 ans. Cette étude concernait la troisième partie de ce suivi de cohorte et évaluait l'évolution de l'état de santé des étudiants et de leur rapport aux soins au cours de leur internat.

Méthode : L'étude incluait 571 internes originaires de Lille 2 (Faculté H. Warembourg) et de l'Institut Catholique de Lille interrogés entre mars et avril 2019 par un questionnaire auto-administré en ligne sur Google Forms®.

Résultats : 35% (199) des étudiants ont répondu complètement au questionnaire constituant l'échantillon analysé. Les étudiants déclarant être en excellent état de santé physique, mentale et sociale ont diminué passant de 84,7% (409) en MED-3 à 71,9% (143) au cours de leur internat ($p < 0,001$). L'impression de mauvais état de santé mental des internes a augmenté depuis la MED-3 passant de 8,7% (42) à 19,1% (38) ($p < 0,001$). Ils étaient 84,9% (169) des internes à consulter leur médecin traitant rarement à jamais (0 à 1 fois par an) contre 64,6% (181) en MED-6 ($p < 0,001$) et 39,5% (191) en MED-3 ($p < 0,001$). 51,3% (102) des internes déclaraient avoir renoncé à des soins contre 12,8% (62) en MED-3 ($p < 0,001$) et 25% (70) en MED-6 ($p < 0,001$).

Conclusion : L'étude a montré une détérioration de l'état de santé global des étudiants depuis la MED-3 avec un plus fort déclin en MED-6. Le manque de temps possiblement corrélé à une charge de travail importante semblait être le facteur principal. Les rôles de de la faculté et de la médecine du travail doivent être renforcés pour prévenir la dégradation de l'état de santé des étudiants en médecine.

INTRODUCTION

La santé des étudiants en médecine est un sujet alarmant depuis plusieurs années. L'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (1) réalisée en 2016 mettait en avant la souffrance des jeunes médecins et internes, dans cette étude 14% des jeunes médecins interrogés déclaraient avoir eu des idées suicidaires et un quart était en état de santé moyen ou mauvais. L'enquête sur la santé des jeunes médecins (2) réalisée en 2017 par l'ISNI (Inter Syndicat National des Internes) en collaboration avec la CNOM, l'ANEMF (Association des étudiants en Médecine de France), l'ISNAR-IMG (Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) et l'ISNCCA (Inter Syndicat National des Chefs de Clinique et Assistants) retrouvait également une grande prévalence des troubles mentaux avec 66,2% d'internes souffrant d'anxiété, 27,7% de dépression et 23,7% d'idées suicidaires.

La présente étude faisait suite à une analyse de cohorte lilloise menée parmi les étudiants en médecine avec 3 évaluations successives à différentes étapes de leur cursus universitaire. En 2014 P. HUYNH (2) et A. HELYNCK (3) avaient initialement décrit l'état de santé des étudiants en troisième année de médecine (MED-3), puis en 2017 B. AELBRECHT (4) et P. GRAU (5) avaient analysé l'évolution de l'état de santé des étudiants en sixième année de médecine (MED-6) à la fin de leur externat. Ce premier suivi de cohorte montrait une dégradation de l'état de santé global des étudiants sur 3 ans. Un autre suivi de cohorte d'étudiants en médecine avait débuté en 2013 en parallèle à ce projet avec un suivi en 2016 puis en 2019.

Ce travail, divisé en deux parties, portait sur la troisième et dernière évaluation de suivi de la deuxième cohorte. Les étudiants à présent internes ont choisi une spécialité et une région de France pour réaliser leur internat. Ce troisième cycle d'étude implique un nouveau tournant dans leur cursus en matière de responsabilité et de rythme de travail avec des stages hospitaliers à plein temps.

L'objectif principal de l'étude était d'analyser l'évolution de l'état de santé des étudiants en médecine originaire de la faculté de Lille 2 Henri Warembourg et de l'Institut Catholique de Lille (ICL) au cours de l'internat en ce qui concerne leur accès aux soins et leur manière de se soigner en comparaison à leur état de santé en MED-3 et en MED-6.

La deuxième partie de l'enquête concernant les comportements à risque et l'hygiène de vie des étudiants est décrite dans la thèse d'exercice de Camille Charvet.

PATIENTS & METHODES

Il s'agissait de la 3ème et dernière phase d'une étude observationnelle descriptive transversale sur 5 ans évaluant l'évolution de l'état de santé des étudiants en médecine et de leurs habitudes de vie. Le projet se déroulait en 3 phases avec reconduction du même questionnaire utilisé : d'abord en MED-3 en 2014, puis en fin d'externat en MED-6 avant les Epreuves Classantes Nationales informatisées (iECN) en 2017, et enfin au cours de leur internat (pouvant aller de trois à cinq ans selon leur spécialité) au cours de l'année 2019.

1) Population cible

L'étude incluait tous les étudiants en médecine avec le statut d'interne ayant passé les iECN en 2016 (promotion 2016-2017) et qui avait initialement réalisé leur premier et deuxième cycle à la faculté de Lille 2 Henri Warembourg et à l'Institut Catholique de Lille (ICL) soit 571 étudiants. Cette population cible était similaire à la phase 2 interrogée par B. AELBRECHT (4) et P. GRAU (5).

2) Mode de recrutement

Le recueil des données s'est fait par un questionnaire Google Forms®, auto administré, anonyme comportant 51 items (Annexe 1). Divisé en 3 parties, le questionnaire comprenait une partie sociodémographique, une partie sur le rapport aux soins et la dernière partie sur les modifications concernant l'hygiène de vie et les comportements à risque. La base du questionnaire était la même que celle établie par P. HUYNH (2) et A. HELYNCK (3) en 2014 et reprise par B. AELBRECHT (4) et

P.GRAU (5) en 2017. Le questionnaire était resté quasi identique permettant de comparer l'évolution des habitudes des étudiants. Quatre questions supplémentaires ont été ajoutées pour décrire la population des internes et préciser certains types de renoncement aux soins semblant pertinents.

Le recueil des données a été réalisé sur 2 mois à partir du 5 mars 2019 et s'est terminé le 30 avril 2019 avec trois relances. Les internes pouvaient répondre par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne disponible à l'adresse <https://goo.gl/forms/YE5pdQ9wLiAiL9Iq1>.

Le questionnaire a été diffusé sur la page Facebook® des deux promotions ayant passé les iECN en 2017 (Lille 2 et ICL) et par courriel sur les adresses mails que les étudiants avaient laissé lors de la phase 2.

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 en 2014. Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest avait déclaré en 2014 l'étude comme non interventionnelle.

3) Analyse des données

Le recueil de données a été réalisé sous forme de tableaux Excel après exportation et recodage numérique manuel. Elles ont été fusionnées aux réponses des étudiants des deux premières parties réalisées par P. HUYNH (2) et A. HELYNCK (3) en 2014 et par B. AELBRECHT (4) et P.GRAU (5) en 2017. Les données récoltées ont été analysées de façon strictement anonyme.

Pour l'analyse statistique, l'état de santé global des étudiants était divisé en trois groupes :

- « Excellent » si l'interne avait répondu bon état de santé pour les trois critères de l'OMS (mentale, physique et social)
- « Bon » si deux critères étaient positifs
- « Mauvais » s'il y avait deux ou trois critères négatifs.

La fréquence de consultation chez le médecin traitant a été divisé en trois groupes comme dans les études précédentes :

- Rarement à jamais : pour les critères jamais et une fois par an
- Régulièrement : pour les critères deux fois par an et une fois par trimestre
- Souvent : pour les critères une fois par mois et plus d'une fois par mois.

Pour la comparaison avec les MED-6, les quatre critères des items régulièrement et souvent ont été regroupé contrairement aux années précédentes devant un effectif très faible (<8) des items une fois par mois et plus d'une fois par mois.

Certaines questions ont été ajoutées ou modifiées par rapport au questionnaire initial et n'ont pas pu être comparées aux promotions antérieures.

L'analyse statistique a été réalisée par Mme Hélène BEHAL de l'équipe de la Fédération de Recherche Clinique de Lille. Les paramètres qualitatifs ont été exprimés en effectif et en pourcentage. L'étape analytique, avec comparaison des internes aux MED-3 et MED-6 sur les variables binaires et catégorielles à plus de 2 modalités, a été réalisée par le test du Khi-2 ou par le test exact de Fischer en cas d'effectifs théoriques <5.

La recherche de profil d'étudiant au sein des populations interrogées a été réalisée par le test du Khi-2 ou le test exact de Fischer en cas de croisement entre 2 variables

catégorielles à 2 modalités ou plus. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (SAS Institute version 9.4).

RESULTATS

I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

1) Description générale

199 étudiants ont répondu à la totalité du questionnaire, soit 35% sur les 571 étudiants concernés de la population cible. Le diagramme de flux rappelle les effectifs (**Figure 1**). Les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon final sont décrites dans le **Tableau 1**.

En ce qui concerne les catégories professionnelles des parents les plus représentées, on retrouvait les cadres et professions dirigeantes à 46,9% (91) pour le premier parent et 29,1% (52) pour le deuxième. Les conjoints étaient pour 34,1% (29) d'entre eux également étudiants.

Le panel était composé majoritairement d'internes de médecine générale et d'étudiants restés dans la région Lilloise pour leur internat.

Figure 1 : Diagramme de flux

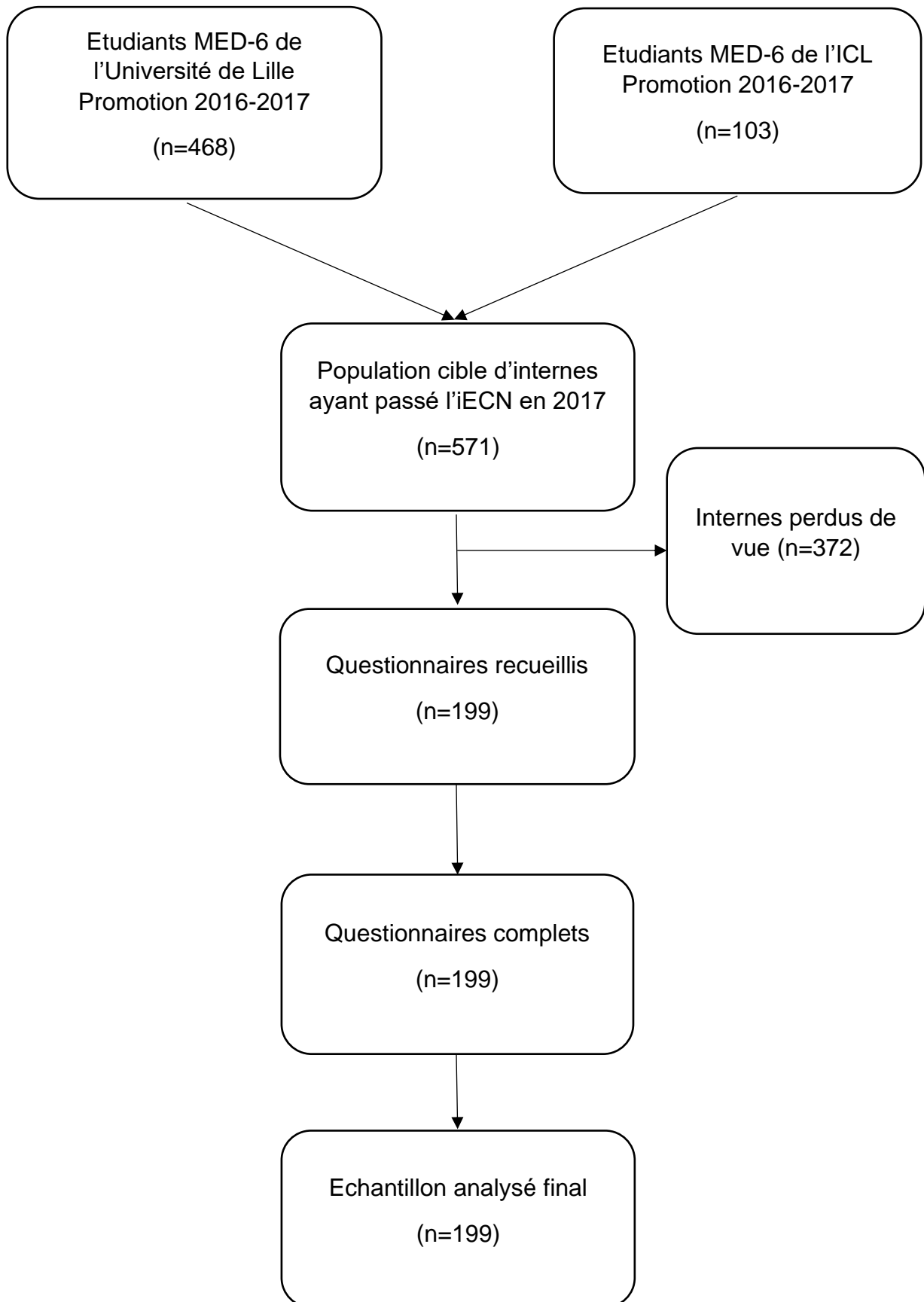


Tableau 1 : Descriptif de la population des internes analysés (n=199)

Variable d'études	Variable	Effectif n (%)
Genre	Homme	64 (32,2)
	Femme	135 (67,8)
Université	Lille 2	161 (80,9)
	ICL	38 (19,1)
Age	<25 ans	13 (6,5)
	Entre 25 et 30 ans	185 (92,9)
	>30 ans	1 (0,5)
Type d'habitation	Foyer familial	16 (8,0)
	Appartement seul/en couple	139 (69,8)
	Appartement en colocation	25 (12,6)
	Résidence universitaire	2 (1,0)
Distance entre l'habitation et la faculté	<10 km	125 (62,8)
	Entre 10 et 20 km	31 (15,6)
	>20 km	43 (21,6)
Célibataire	Oui	52 (26,1)
	Non	147 (73,9)
Situation	Marié(é)	9 (6,2)
	Pacsé(é)	15 (10,3)
	En couple sans précision	121 (82,9)
Enfant	Non	194 (97,5)
	Oui	5 (2,5)
Membre de la famille médecin	Non	153 (76,9)
	Oui	46 (23,1)
Sécurité sociale	Etudiante	31 (15,6)
	CMU	6 (3,0)
	Régime général	162 (81,4)
Type de mutuelle	Payée par les parents	85 (42,7)
	Payé par eux-mêmes	109 (54,8)
	Aide complémentaire	0 (0)
	Pas de mutuelle	5 (2,5)
Autres revenus	Aucun	134 (67,3)
	Salaire conjoint	39 (19,6)
	Aide des parents	3 (1,5)
	Bourse	1 (0,5)
	APL/ALS	12 (6,0)
Spécialités des internes	Médecine générale	103 (51,8)
	Spécialité médicale	86 (43,2)
	Spécialité médico-chirurgicale	8 (4)
	Externe	2 (1)
Lieu d'internat	Région Lilloise	127 (63,8)
	Autres régions	72 (36,2)

2) Comparaison des MED-3, MED-6 et des internes sur les critères socio-démographiques

Les hommes représentaient 32,2% (64) de la population étudiée dans cette étude contre 40,6% (196) en 2014 avec une différence significative ($p=0,04$). Il n'y avait pas de différence de genre en comparaison aux MED-6 (37,5% - 105 - $p=0,23$).

Il existait un changement au niveau du type d'habitation avec une augmentation significative des étudiants vivant en appartement seul/en couple passant de 36,9% (178) en MED-3, à 61,4% (172) en MED-6 puis à 69,8% (139) au cours de l'internat ($p<0,001$).

Le nombre d'internes célibataires avait significativement diminué par rapport à la promotion MED-3 et MED-6 passant respectivement de 60,2% (291) à 50,4% (141) puis à 26,1% (52) au cours de l'internat ($p<0,001$).

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'université d'origine entre les 3 promotions.

Il n'a pas été possible de réaliser de comparaison des catégories socio-professionnelles des parents pour des problèmes d'appariement entre la dénomination parent 1 et parent 2 ni concernant les types de mutuelle des étudiants devant un effectif trop faible (<8) de certains items.

La question 12 sur le régime de sécurité sociale n'a pas été inclus dans l'analyse statistique comparative puisque tous les étudiants étaient sous le régime général de la sécurité sociale car ils pratiquaient une activité de salarié hospitalier en tant qu'interne. L'item « régime général » a été rajouté après le début du recueil ce qui peut expliquer que 15,6% des étudiants aient déclaré être à la sécurité sociale étudiante.

Les revenus des étudiants n'ont également pas été inclus dans l'analyse statistique puisque tous les internes bénéficiaient d'un salaire hospitalier.

3) Choix de la population analysée

97% (193) des internes déclaraient avoir répondu au questionnaire de 2017 et 67,8% (135) au questionnaire de 2014.

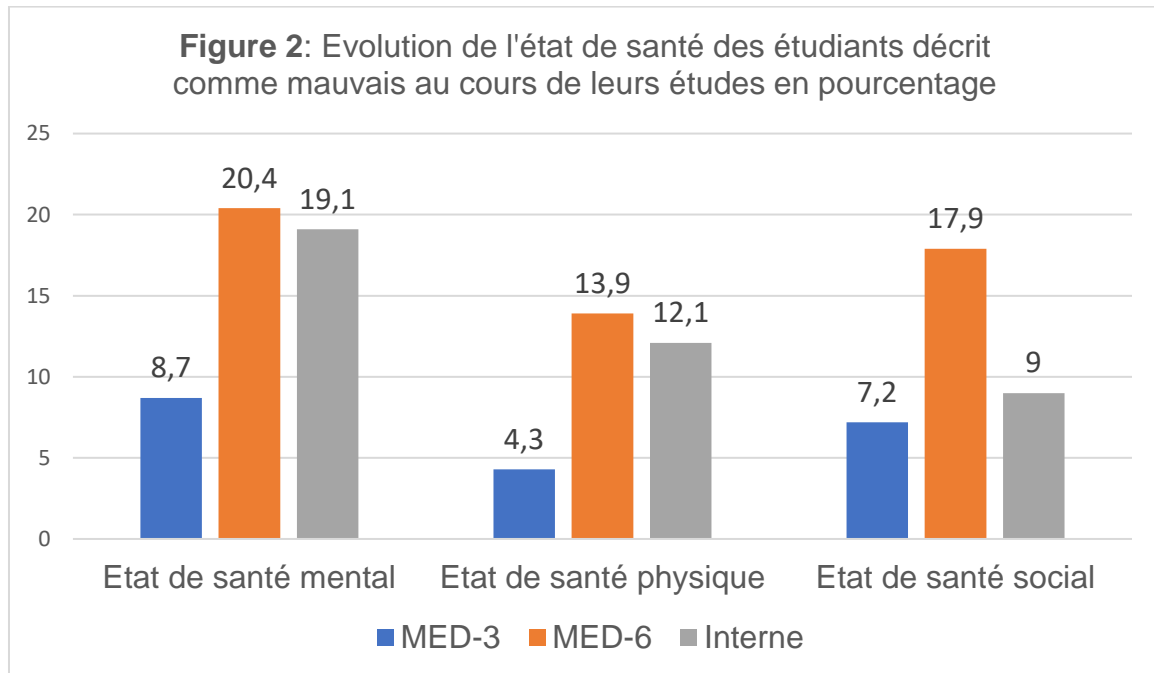
En 2017, B. AELBRECHT (4) et P. GRAU (5) n'avaient pas analysé les étudiants n'ayant pas répondu au même questionnaire en 2014.

Pour cette étude, il a été décidé pour des raisons de rigueur méthodologique d'analyser tous les étudiants ayant répondu complètement au questionnaire qu'ils aient ou non répondu aux questionnaires les années précédentes, car il n'était pas possible d'apparier les étudiants ayant répondu seulement les années précédentes.

Pour le panel de MED-6, tous les étudiants ayant un questionnaire complet ont été inclus qu'ils aient ou non répondu aux questionnaires de 2014. Il y avait donc 280 étudiants analysés dans cette étude pour la promotion MED-6 contre 204 dans les travaux de thèse de B. AELBRECHT (4) et P. GRAU (5).

II. EVOLUTION DE LA PERCEPTION DE L'ETAT DE SANTE ENTRE MED-3, MED-6 ET AU COURS DE L'INTERNAT

La **Figure 2** reprend l'évolution de l'état de santé physique, mental et social décrit comme mauvais en MED-3, MED-6 et au cours de l'internat selon les critères définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (6).



1) Etat de santé mental

En 2019, 19,1% (38) des internes se déclaraient ne pas être en bonne santé mentale contre 8,7% (42) en MED-3, ce taux avait significativement augmenté en cinq ans ($p < 0,001$).

Il n'y avait pas de différence significative par rapport aux MED-6 (20,4% - 57 - $p = 0,73$).

2) Etat de santé physique

Sur le plan de la santé physique, 12,1% (24) des internes décrivaient un mauvais état de santé physique contre 4,3% (21) en MED-3, ce taux avait significativement augmenté en cinq ans ($p < 0,001$).

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative par rapport aux MED-6 (13,9% - 39 - $p < 0,55$).

3) Etat de santé social

9% (18) des internes décrivaient un mauvais état de santé social contre 7,2% (35) en MED-3 avec une hausse non significative ($p = 0,43$).

Il existait une diminution significative de l'impression de mauvais état de santé social par rapport aux MED-6 passant de 17,9% (50) à 9% (18) chez les internes ($p = 0,006$).

4) Etat de santé global

Les **Tableaux 2 et 3** reprennent la comparaison de l'état de santé global entre MED-3 et internes et entre MED-6 et internes. La **Figure 3** décrit l'évolution de l'état de santé global des étudiants au cours de leurs études.

En comparaison à la promotion MED-3, l'impression de mauvais état de santé global des étudiants avait significativement augmenté en cinq ans passant de 3,7% (18) en MED-3 à 8,5% (17) au cours de l'internat ($p < 0,001$).

Il existait une amélioration de l'état de santé global en deux ans entre MED-6 et l'internat avec une diminution du mauvais état de santé global passant de 14,3% (40) à 8,5% (17), cette baisse n'était cependant pas significative ($p=0,15$).

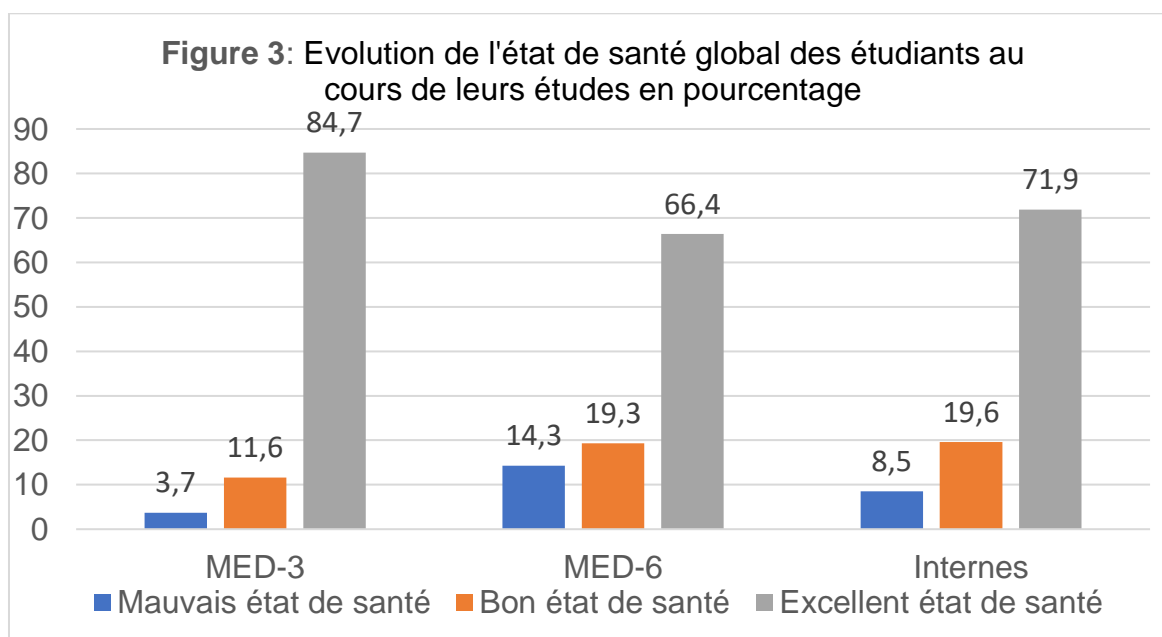
Parmi les étudiants ayant un mauvais état de santé global, on ne retrouvait pas de différence significative en fonction de la spécialité des internes (médecine générale, spécialité médicale et spécialité médico-chirurgicale).

Tableau 2 : Comparaison de l'état de santé global entre MED-3 et internes

Etat de santé	MED-3 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Mauvais	18 (3,7)	17 (8,5)	<0,001
Bon	56 (11,6)	39 (19,6)	
Excellent	409 (84,7)	143 (71,9)	

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

Etat de santé	MED-6 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Mauvais	40 (14,3)	17 (8,5)	0,15
Bon	54 (19,3)	39 (19,6)	
Excellent	186 (66,4)	143 (71,9)	



III. ACCES AUX SOINS

1) Déclaration du médecin traitant

Au cours de leur internat, 10,6% (21) des étudiants n'avaient pas de médecin traitant (MT) déclaré contre 4,3% (12) en MED-6. Ce taux avait significativement augmenté ($p= 0,008$). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative par rapport à la promotion MED-3 où 6,8% (33) des étudiants n'avaient pas déclaré de médecin traitant ($p=0,10$).

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

La distance entre le lieu d'habitation et le cabinet du médecin traitant avait augmenté au cours du cursus médical avec 63,8% (127) des internes qui habitaient à plus de 10 km de leur médecin traitant contre 50% (140) des étudiants en MED-6 et 37,2% (178) des étudiants en MED-3 avec respectivement $p=0,003$ et $p<0,001$.

3) Fréquence de consultation chez le médecin traitant

Les internes déclaraient à 84,9% (169) consulter leur MT « rarement à jamais » (soit une fois par an maximum) contre 39,5% (191) en MED-3 et 64,6% (181) en MED-6 ($p<0,001$) (**Tableaux 4 et 5**). Parmi les internes en mauvais état de santé global, ils étaient 64,7% (11) à consulter leur MT « rarement à jamais » contre 71,8% (28) et 90,9% (130) chez les internes en bon et excellent état de santé global.

Tableau 4 : Comparaison de la fréquence de consultation du MT entre MED-3 et internes en effectif et pourcentage

Fréquence de consultation	MED-3 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Rarement à jamais	191 (39,5)	169 (84,9)	<0,001
Régulièrement	277 (57,3)	29 (14,6)	
Souvent	15 (3,1)	1 (0,5)	

Tableau 5 : Comparaison de la fréquence de consultation du MT entre MED-6 et internes en effectif et pourcentage

Fréquence de consultation	MED-6 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Rarement à jamais	181 (64,6)	169 (84,9)	<0,0001
Régulièrement à souvent	99 (35,4)	30 (15,1)	

4) Consultation des médecins spécialistes non généralistes

Il n'y avait pas de différence significative entre les différentes promotions en ce qui concerne la fréquence de consultation chez les médecins spécialistes non généralistes (MSNG). (**Tableaux 6 et 7**)

Comme dans les autres promotions, presque 40% (53) des femmes internes déclaraient ne pas consulter de gynécologue en 2019 (40% en 2017 et 36,9% en 2014).

Tableau 6 : Comparaison de la fréquence de consultation chez les MSNG entre MED-3 et au cours de l'internat en effectif et pourcentage

Médecins spécialistes non généralistes	MED-3 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Ophtalmologiste	289 (60)	118 (59,3)	0,87
Gynécologue (Parmi les femmes)	181 (63,1)	82 (60,7)	0,64
Gastro-entérologue	11 (2,3)	6 (3)	0,59
Cardiologue	11 (2,3)	7 (3,5)	0,36
Diabétologue/Endocrinologue	3 (0,6)	5 (2,5)	0,051
Psychiatre	11 (2,3)	7 (3,5)	0,36
Dermatologue	32 (6,6)	20 (10,1)	0,13

Tableau 7 : Comparaison de la fréquence de consultation chez les MSNG entre MED-6 et au cours de l'internat en effectif et pourcentage

Médecins spécialistes non généralistes	MED-6 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Ophtalmologiste	187 (66,8)	118 (59,3)	0,09
Gynécologue (Parmi les femmes)	105 (60)	82 (60,7)	0,89
Gastro-entérologue	5 (1,8)	6 (3)	0,54
Cardiologue	8 (2,9)	7 (3,5)	0,68
Diabétologue/Endocrinologue	5 (1,8)	5 (2,5)	0,75
Psychiatre	8 (2,9)	7 (3,5)	0,68
Dermatologue	21 (7,5)	20 (10,1)	0,33

5) Maladie chronique

En 2019, 24 étudiants (12,1%) déclaraient avoir une maladie chronique. Ce taux était resté stable par rapport aux années précédentes avec 9,1% (44) des étudiants en MED-3 ($p=0,24$) et 14,3% (40) en MED-6 ($p=0,48$).

Parmi les internes souffrant d'une maladie chronique, 95,8% (23) d'entre eux déclaraient avoir un MT mais 54,2% (13) ne le consultaient que « rarement à jamais », soit maximum une fois par an.

IV. RENONCEMENT AUX SOINS

1) Facilité de l'accès aux soins

En 2019, 80,9% (161) des internes trouvaient l'accès aux soins facile. Ce taux avait significativement diminué par rapport aux MED-3 (90,8% - 439) et aux MED-6 (89,6% - 251) avec respectivement $p < 0,001$ et $p = 0,007$.

2) Evolution du renoncement aux soins

51,3% (102) des internes déclaraient avoir déjà dû renoncer à des soins au cours des trois dernières années. Ce taux avait augmenté significativement par rapport aux autres promotions touchant seulement 12,8% (62) d'étudiants en MED-3 ($p < 0,001$) et 25% (70) en MED-6 ($p < 0,001$). Plus les étudiants avançaient dans leur cursus, plus ils avaient dû renoncer à des soins.

En analyse bivariée, 54,2% (13) des étudiants ayant une maladie chronique déclaraient avoir renoncé à des soins. (**Tableau 8**)

Tableau 8 : Croisement entre renoncement aux soins et maladie chronique chez les internes en effectif et pourcentage

Renoncement aux soins	Absence de maladie chronique n (%)	Maladie chronique n (%)	p-valeur
Non	86 (49,1)	11 (45,8)	0,76
Oui	89 (50,9)	13 (54,2)	

Parmi les étudiants ayant un mauvais état de santé global, 88,2% (15) déclaraient avoir déjà renoncé à des soins. Il existait une différence significative par rapport aux

internes en bon état de santé global et en excellent état de santé global où respectivement 64,1% et 43,4% avaient déclaré avoir renoncé à des soins ($p < 0,001$).

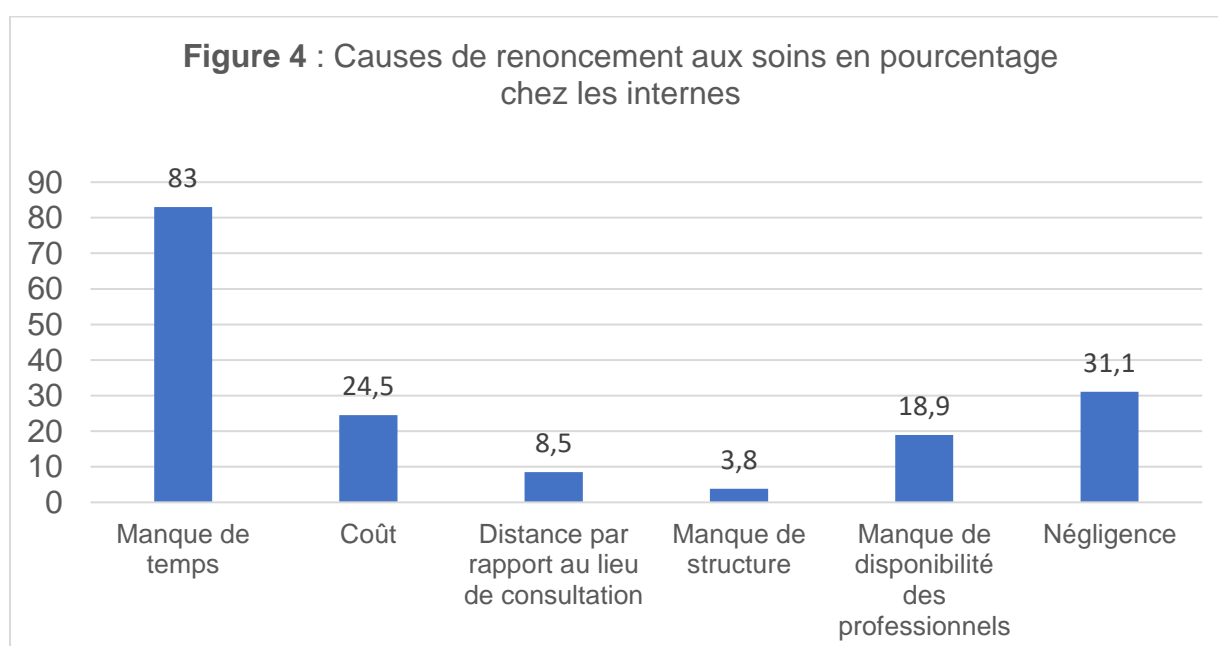
(Tableau 9)

Tableau 9 : Croisement entre renoncement aux soins et état de santé global chez les internes en effectif et pourcentage

Etat de santé global	Absence de renoncements aux soins	Renoncement aux soins	p-valeur
Mauvais	2 (11,8)	15 (88,2)	<0,0001
Bon	14 (35,9)	25 (64,1)	
Excellent	81 (56,6)	62 (43,4)	

3) Causes de renoncement aux soins

Parmi les causes de renoncement aux soins, les internes citaient principalement le manque de temps (83%), le coût (24,5%) et la négligence (31,1%). La **Figure 4** reprend la répartition des causes de renoncement aux soins des internes.



En comparaison aux MED-3, on retrouvait une augmentation significative pour tous les items étudiés : manque de temps, coût, distance par rapport au lieu de consultation, manque de disponibilité des professionnels à proximité et négligence de leur part (**Tableau 10**) ($p < 0,001$).

Tableau 10 : Comparaison des causes de renoncement aux soins entre MED-3 et au cours de l'internat en effectif et pourcentage

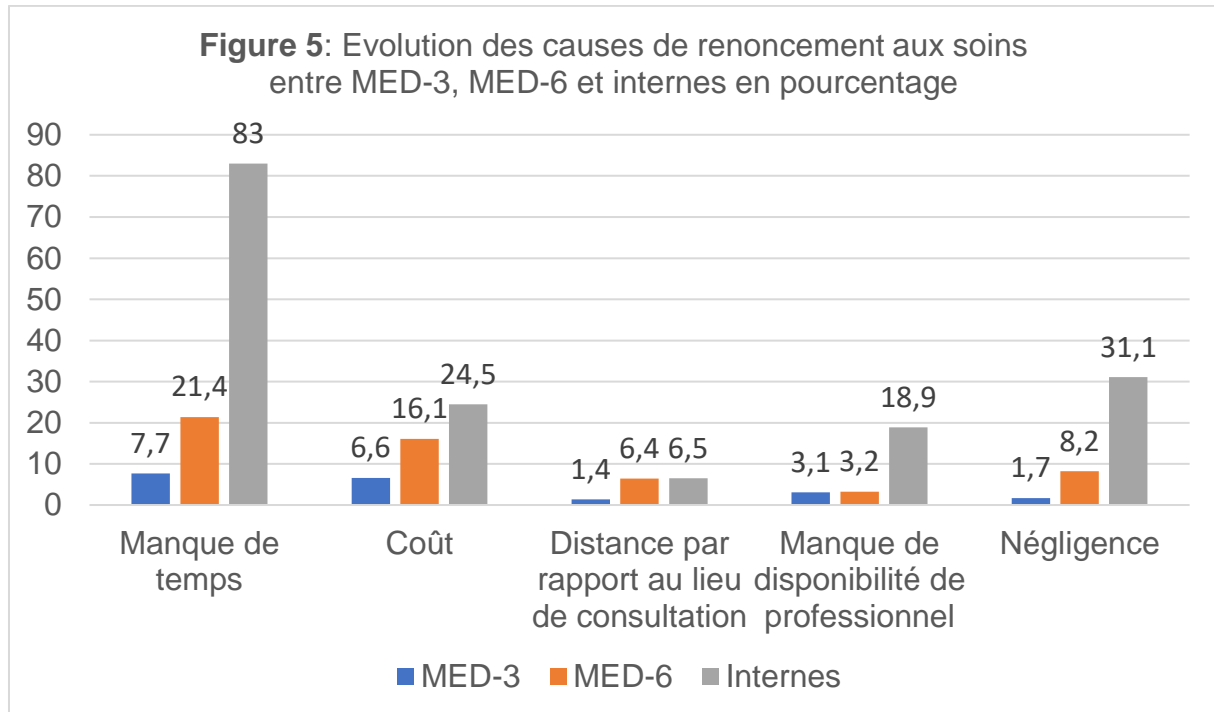
Causes de renoncement	MED-3 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Manque de temps	37 (7,7)	88 (83)	<0,001
Négligence	8 (1,7)	33 (31,1)	
Coût	32 (6,6)	26 (24,5)	
Manque de disponibilité des professionnels	15 (3,1)	20 (18,9)	
Distance par rapport au lieu de consultation	7 (1,4)	9 (8,5)	

En comparaison aux MED-6, on retrouvait une augmentation significative seulement pour les items manque de temps, manque de disponibilité des professionnels à proximité et négligence de leur part ($p < 0,001$). (**Tableau 11**)

Tableau 11 : Comparaison des causes de renoncement aux soins entre MED-6 et au cours de l'internat en effectif et pourcentage

Causes de renoncement	MED-6 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Manque de temps	60 (21,4)	88 (83)	<0,001
Négligence	23 (8,2)	33 (31,1)	<0,001
Coût	45 (16,1)	26 (24,5)	0,056
Manque de disponibilité des professionnels	9 (3,2)	20 (18,9)	<0,001
Distance par rapport au lieu de consultation	18 (6,4)	9 (8,5)	0,48

Il existait une nette augmentation des critères manque de temps, coût, manque de disponibilité des professionnels et négligence lors du passage de l'externat à l'internat. (**Figure 5**)



4) Types de renoncements aux soins

Parmi les différents types de renoncement aux soins, 27,5% (28) des internes déclaraient renoncer à une consultation médicale avec un médecin généraliste et 51% (52) avec un médecin spécialiste. Ces 2 items ont été rajouté au questionnaire initial pour mieux cibler le type de renoncement, il n'y a donc pas eu d'analyse comparative possible avec les années précédentes.

Parmi les étudiants atteints de maladie chronique, 61,5% (11) déclaraient avoir renoncé à une consultation avec un médecin spécialiste.

42,2% (43) des internes avaient renoncé à des soins dentaires, 18,6% (19) à des soins optiques, 16,7% (17) à une prise en charge psychologique, 15,7% (16) à des soins de kinésithérapie et 9,6% (10) à des soins ostéopathiques.

En comparaison à la promotion MED-3, le taux de renoncement aux médicaments avec significativement diminué passant de 40,3% en MED-3 à 6,9% au cours de l'internat ($p < 0,001$). Il n'existait pas d'autre différence significative concernant le renoncement aux autres soins entre MED-3 et internes. (**Tableau 12 et Figure 6**)

Tableau 12 : Comparaison des types de renoncement aux soins entre MED-3 et internes en effectif et pourcentage

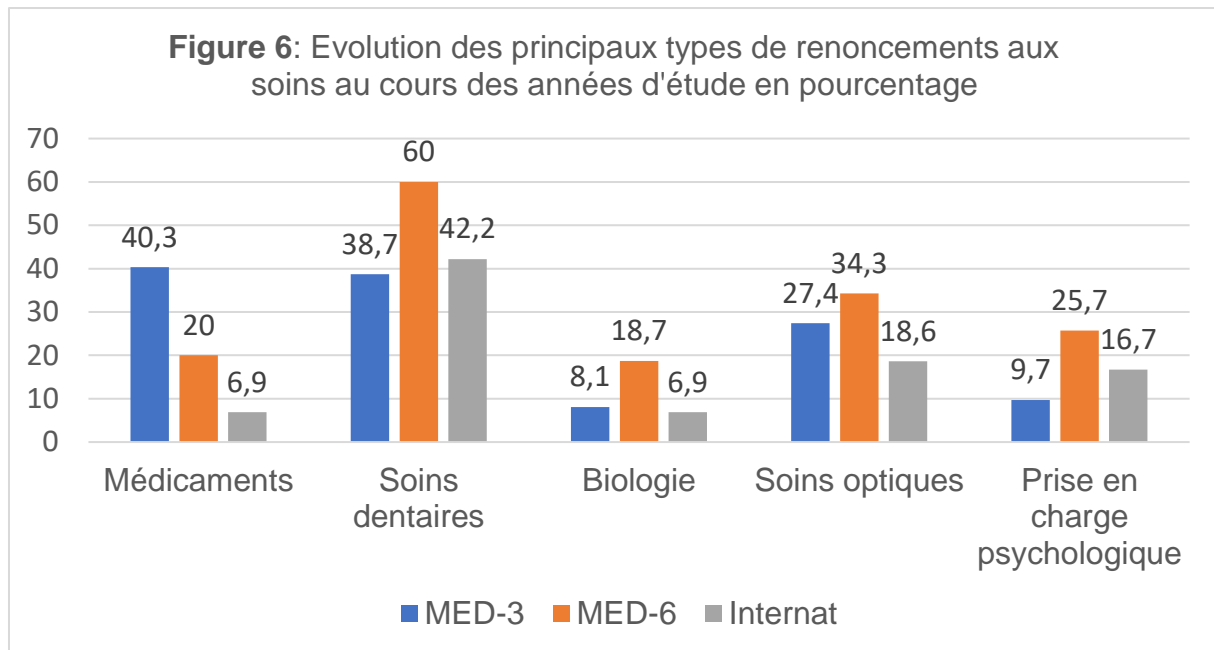
Types de renoncement	MED-3 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Soins dentaires	24 (38,7)	43 (42,2)	0,66
Soins optiques	17 (27,4)	19 (18,6)	0,19
Psychologue	6 (9,7)	17 (16,7)	0,21
Kinésithérapie	14 (22,6)	16 (15,7)	0,27
Ostéopathie	8 (12,9)	10 (9,8)	0,54
Biologie	5 (8,1)	7 (6,9)	0,77
Médicaments	25 (40,3)	7 (6,9)	<0,001
Addictologie	0	0	NA
Orthophonie	1 (1,6)	1 (1)	NA
Infirmiers	1 (1,6)	3 (2,9)	NA
Acupuncture	0	2 (2)	NA
Podologie-pédicurie	6 (9,7)	2 (2)	0,054
Sophrologie	2 (3,2)	3 (2,9)	NA

En comparaison à la promotion MED-6, il existait une diminution significative chez les internes du renoncement pour les items soins dentaires passant de 60% (42) à 42,2% (43) ($p=0,02$), soins optiques passant de 34,3% (21) à 18,6% (19) ($p=0,02$),

biologie passant de 18,6% (13) à 6,9% (7) ($p=0,02$), et renoncement à des médicaments passant de 20% (14) à 6,9% (7) ($p=0,01$). Il n'existait pas d'autre différence significative concernant le renoncement aux autres soins entre MED-6 et internes. (**Tableau 13 et Figure 6**)

Tableau 13 : Comparaison des types de renoncement aux soins entre MED-6 et internes en effectif et pourcentage

Types de renoncement	MED-6 n (%)	Internat n (%)	p-valeur
Soins dentaires	42 (60)	43 (42,2)	0,02
Soins optiques	24 (34,3)	19 (18,6)	0,02
Psychologue	18 (25,7)	17 (16,7)	0,15
Kinésithérapie	15 (21,4)	16 (15,7)	0,34
Ostéopathie	8 (12,9)	10 (9,8)	0,058
Biologie	13 (18,6)	7 (6,9)	0,02
Médicaments	14 (20)	7 (6,9)	0,01
Addictologie	3 (4,3)	0	NA
Orthophonie	1 (1,4)	1 (1)	NA
Infirmiers	2 (2,9)	3 (2,9)	NA
Acupuncture	4 (5,7)	2 (2)	NA
Podologie-pédicurie	6 (8,6)	2 (2)	NA
Sophrologie	8 (11,4)	3 (2,9)	0,052

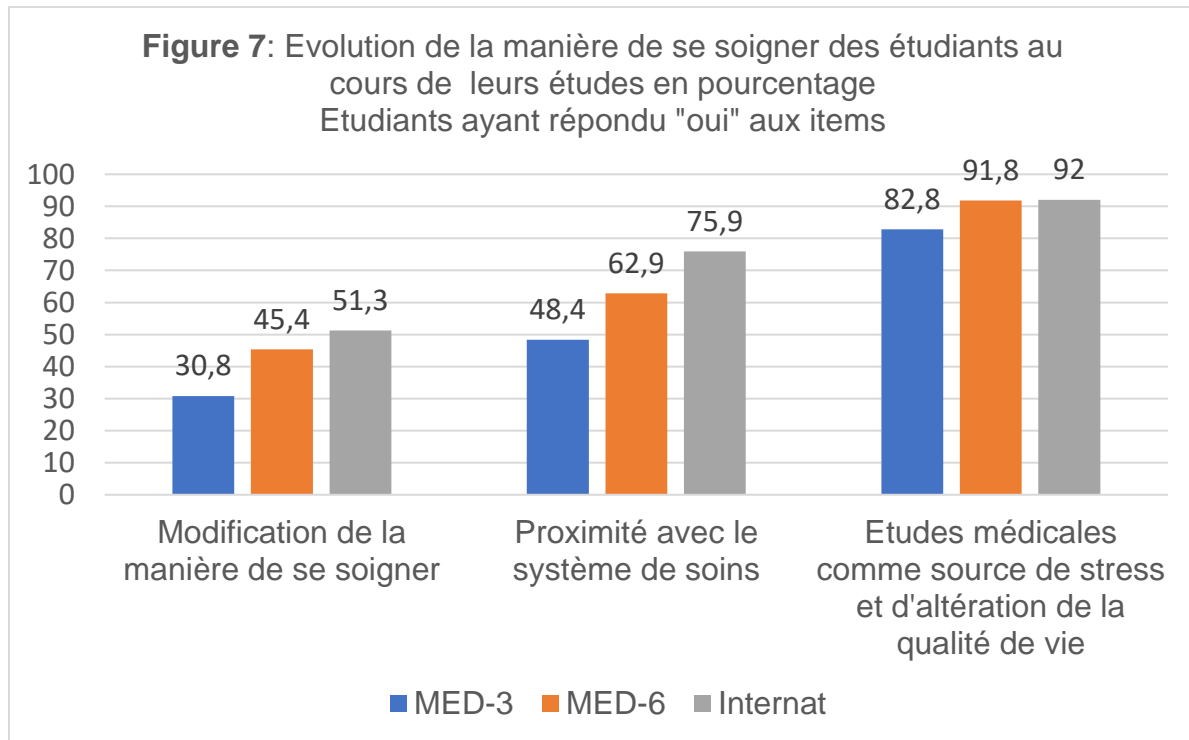


5) Autres dépenses

6,5% (13) des internes décrivaient avoir déjà dû renoncer à consulter un médecin pour effectuer d'autres dépenses semblant plus utile. Il n'y avait pas de différence significative avec la promotion MED-3 (3,7% - 18 - $p=0,11$). Il n'y a pas eu d'analyse comparative avec la promotion MED-6 car la question posée n'était pas la même.

V. IMPACT DES ETUDES EN MEDECINE SUR LA MANIERE DE SE SOIGNER

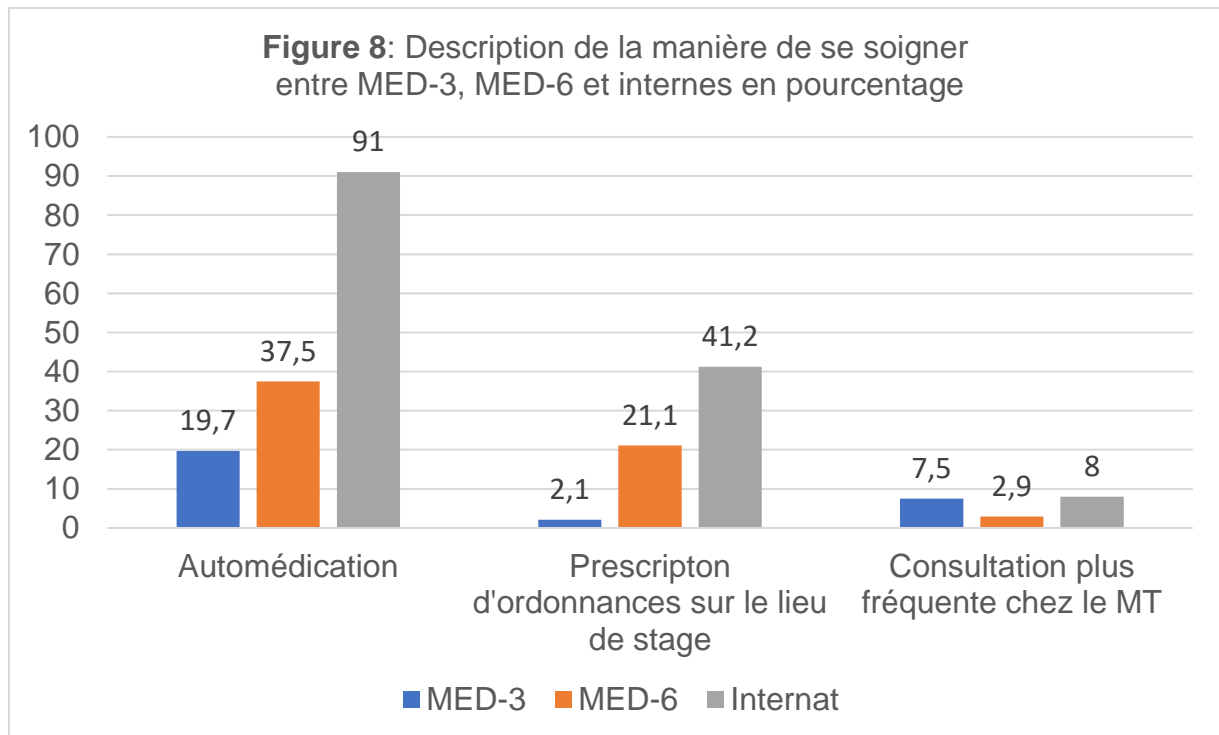
La **Figure 7** reprend l'évolution de la manière de se soigner des étudiants au cours de leurs études.



1) Modification de la manière de se soigner

51,3% (102) des internes déclaraient avoir modifié leur manière de se soigner contre 30,8% (149) en MED-3, ce taux avait significativement augmenté ($p < 0,001$). Le taux en MED-6 était de 45,4% (127), il n'y avait pas de différence significative avec cette promotion (**Figure 7**).

La **Figure 8** reprend les différents changements d'attitudes concernant la manière de se soigner des étudiants des 3 promotions.



91% (181) des internes pratiquaient l'automédication. Ce taux avait augmenté significativement par rapport aux MED-3 et aux MED-6 où ils n'étaient respectivement que 19,7% (95) puis 37,5% (105) d'étudiants ($p < 0,001$).

En analyse bivariée, parmi les internes qui pratiquaient l'automédication, 53,6% (97) déclaraient avoir déjà dû renoncer à des soins et 84% (84) par manque de temps.

Il y avait également une augmentation significative en ce qui concerne la prescription d'ordonnance sur le lieu de stage avec 41,2% (82) des internes répondant positivement à cet item contre 2,1% (10) en MED-3 et 21,1% (59) en MED-6 ($p < 0,001$). Parmi les internes qui décrivaient avoir recours à des prescriptions d'ordonnance sur leur lieu de stage, 86% (37) déclaraient avoir déjà dû renoncer à des soins par manque de temps.

Le fait de consulter plus fréquemment le médecin traitant était significativement augmenté avec 8% (16) des internes contre 2,9% (8) des MED-6 ($p=0,01$). Il n'existait pas de différence avec la promotion MED-3 (7,5% - 36 - $p=0,79$).

En analyse bivariée, parmi les étudiants ayant une maladie chronique, 95,8% (23) déclaraient pratiquer l'automédication et 45,8% (11) la prescription d'ordonnance sur le lieu de stage.

2) Proximité avec le système de soins

75,9% (151) des internes décrivaient une plus grande proximité avec le système de soins. Il y avait une augmentation significative par rapport aux promotions MED-3 et MED-6 avec respectivement 48,4% (234) ; $p<0,001$ et 62,9% (176) ; $p=0,03$.

(Figure 7)

3) Stress des étudiants

92% (183) des internes considéraient les études médicales comme une source de stress et d'altération de la qualité de vie contre 82,8% (400) des MED-3 avec une augmentation significative ($p=0,002$) et 91,8% (257) des MED-6 sans différence significative ($p=0,96$). **(Figure 7)**

VI. SIUMPPS ET VISITE MEDICALE ANNUELLE OBLIGATOIRE

Concernant les connaissances des internes sur les structures universitaires de santé existantes, 32,2% (64) des internes ne savaient pas qu'ils avaient accès librement au SIUMPPS (Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) à l'Université de Lille, ce taux restait stable en comparaison aux autres promotions (30,5% - 147 - $p=0,67$ en MED-3 et 25,7% - 72 - $p=0,12$ en MED-6).

56,3% (112) des internes pensaient qu'il existait un manque d'information concernant la santé des étudiants en médecine et leur accès aux soins. Cette proportion était identique en MED-6 (51,1% - 143 - $p=0,26$) mais ils étaient plus nombreux qu'en MED-3 (40,9% - 197 - $p<0,001$).

Concernant l'avis des internes sur une visite médicale obligatoire annuelle durant leur cursus, 15,1% (30) l'estimaient indispensable, 62,8% (125) utile et 22,1% (44) sans intérêt. Il n'y avait pas de différence significative avec la promotion MED-6 ($p=0,35$). En comparaison à la promotion MED-3, ils étaient plus nombreux à trouver cette visite annuelle obligatoire indispensable passant de 7,1% (34) en MED-3 à 15,1% (30) au cours de l'internat ($p<0,001$). (**Tableau 12**)

Tableau 12 : Que pensez-vous d'une visite médicale obligatoire au cours de votre cursus ?

	MED-3 n (%)	MED-6 n (%)	Internat n (%)
Sans intérêt	165 (34,2)	78 (27,9)	44 (22,1)
Utile	283 (58,7)	165 (58,9)	125 (62,8)
Indispensable	34 (7,1)	37 (13,2)	30 (15,1)

$p<0,001$ entre MED-3 et internes et $p=0,35$ entre MED-6 et internes

DISCUSSION

I. RESULTATS PRINCIPAUX DE L'ETUDE

Cette étude décrivait l'évolution de l'état de santé global des étudiants en médecine au cours de leur cursus universitaire. Depuis la MED-3, on notait une dégradation de l'état de santé global ; l'impression de mauvais état de santé global avait significativement augmenté en cinq ans passant de 3,7% (18) en MED-3 à 8,5% (17) chez les internes. Il existait ensuite une amélioration de l'état de santé global au cours de l'internat depuis la MED-6 mais non significative ; l'impression de mauvais état de santé global diminuait passant de 14,3% (40) à 8,5% (17) et les étudiants se considérant en excellent état de santé global passaient de 66,4% (186) à 71,9% (143). Au total, l'état de santé global des étudiant s'était donc dégradé au fil des années d'études avec un déclin plus important lors de l'externat en MED-6, année du concours des iECN.

Un interne sur cinq se décrivait en mauvais état de santé mental (19,1%), ce taux restait stable par rapport aux MED-6 (20,4%) et il avait significativement augmenté par rapport aux MED-3 (8,7%). La dégradation de la santé mentale semblait donc s'accroître à partir du second cycle d'étude.

En parallèle, l'impression de mauvais état de santé social s'améliorait significativement par rapport aux MED-6 passant de 17,9% (50) à 9% (18) chez les internes.

Les internes consultaient moins leur MT, en effet ils étaient deux fois plus nombreux à consulter leur MT « rarement à jamais » qu'en MED-3 passant de 39,5% en MED-3,

64,6% en MED-6 et 84,9% au cours de l'internat. Plus ils avançaient dans leurs études, moins les étudiants semblaient consulter leur MT.

51,3% des internes déclaraient avoir renoncé à des soins contre 12,8% en MED-3 ($p<0,001$) et 25% en MED-6 ($p<0,001$). Plus les étudiants avançaient dans leur cursus et plus ils semblaient renoncer à des soins. Le manque de temps était la première cause de renoncement passant de 7,7% en MED-3 à 21,4% en MED-6 et à 83% au cours de l'internat ($p<0,001$), le facteur manque de temps avait ainsi été multiplié par dix en cinq ans. Les internes citaient ensuite le coût (24,5%) et la négligence (31,1%).

L'automédication avait aussi augmenté au fur et à mesure du cursus universitaire passant de 19,7% en MED-3 à 37,5% en MED-6 et 91% au cours de l'internat ($p<0,001$). Les internes renonçaient principalement à consulter les médecins spécialistes (51%), les généralistes (27,5%) et aux soins dentaires (42,2%).

Plus inquiétant, les internes atteints de maladie chronique étaient plus de la moitié (54%) à déclarer avoir renoncé à des soins. Ils pratiquaient quasiment tous l'automédication (95,8%), un sur deux la prescription d'ordonnance sur le lieu de stage et 61,5% déclaraient avoir renoncé à une consultation avec un médecin spécialiste.

II. VALIDITE INTERNE DE L'ETUDE

1) Forces de l'étude

Cette analyse a permis d'évaluer le suivi des étudiants en médecine sur plusieurs années. Le questionnaire créé en 2014 lors de la 1^{ère} phase de la cohorte était standardisé, anonyme, et auto-administré permettant de limiter la variabilité en lien avec l'enquêteur.

2) Limites de l'étude

Cette étude présentait un biais de sélection car la participation était basée sur le volontariat, certains étudiants étaient donc plus motivés que d'autres pour répondre au questionnaire.

L'anonymat a pu créer des doublons car il n'a pas été choisi de demander d'identifiants pour accéder au questionnaire sur Google Forms®.

Il existait un taux de participation plus faible que les années précédentes (483 en 2014 et 389 en 2017), avec néanmoins 199 cas qui ont été recueillis ce qui constituait un échantillon satisfaisant. Cette baisse de participation pouvait être expliquée par une population cible difficile à retrouver notamment par les changements de région des étudiants après les ECN pour réaliser leur internat. Certaines adresses mails récupérées lors de la phase 2 pour assurer le suivi n'étaient plus valides. Enfin, le questionnaire avait été diffusé sur les groupes de discussion de la plateforme de réseau social Facebook® des promotions concernées mais ils n'incluaient pas tous les étudiants ciblés. La longueur du questionnaire et la durée nécessaire pour y répondre pouvaient également être des obstacles.

Il y avait également dans cette étude une sous-représentation du genre masculin contrairement aux années précédentes ajoutant un biais de sélection.

2 étudiants ayant répondu au questionnaire étaient encore externes conférant un autre biais de sélection. Ils auraient pu être exclu de l'échantillon final car leurs réponses étaient probablement plus proches du ressenti des MED-6 que des internes.

97% (193) des internes déclaraient avoir répondu au questionnaire de 2017 et 67,8% (135) au questionnaire de 2014. Il pouvait exister un biais de mémorisation concernant les questions relatives à leur participation aux premières étapes d'études. Le taux plus faible pour 2014 pouvait aussi s'expliquer par la présence de redoublants.

Pour des raisons d'analyse statistique plus pertinentes, tout le panel d'étudiants ayant répondu complètement au questionnaire a été analysé contrairement à B. AELBRECHT (4) et P. GRAU (5) en 2017 lors de la phase 2 qui avaient exclus les étudiants n'ayant pas répondu au premier questionnaire. Le nombre d'étudiants de la promotion MED-6 diffère donc de la phase 2 comme expliqué dans la partie choix de la population analysée. Une analyse de sensibilité avait été réalisée entre les étudiants exclus et l'échantillon final de 2017 ne retrouvant pas de différence dans les résultats finaux.

D'autres questions auraient pu être plus interprétables si elles avaient été posées différemment. Par exemple la fréquence de visite chez le médecin traitant ou le renoncement aux soins sur les douze derniers mois (1,7) aurait été plus précise que « sur les trois dernières années ».

Cette troisième partie de suivi de cohorte a eu lieu deux ans après la phase 2 réalisée en 2017, or le questionnaire quasi similaire au questionnaire de base était composé de plusieurs questions évaluant l'évolution « depuis trois ans » (Annexe 1), ceci pouvait ajouter un biais de confusion.

III. VALIDITE EXTERNE

Dans l'enquête nationale menée par La Mutuelle Des Etudiants (LMDE) (7) sur la santé des étudiants en France réalisée en 2019, 89% des étudiants se considéraient en bonne santé, ce taux semblait concordant avec notre étude où 91,5% des internes se décrivaient en bon et en excellent état de santé global (19,6% et 71,9%).

Cependant la moyenne d'âge de notre étude se situait entre 25 et 30 ans, contrairement à l'enquête de la LMDE qui se composait de 81% des étudiants entre 20 et 24 ans. Dans le rapport de l'Observatoire national de la Vie Etudiante (OVE) (8) sur la santé des étudiants en 2016, la perception positive de l'état de santé s'amenuisait avec l'avancée en âge ; 76 % des moins de 20 ans s'estimaient en bonne ou très bonne santé, contre 69 % des plus de 25 ans.

Bien que la distinction santé physique, mentale et sociale n'est pas été réalisée, l'étude de la CNOM (1) de 2016 retrouvait un taux cumulé d'état de santé moyen et mauvais plus élevé parmi les étudiants de second cycle (30,8%) que parmi les étudiants du troisième cycle (23,5%). Dans notre étude, ce sont aussi les étudiants du second cycle qui décrivaient un ressenti de mauvais état de santé global plus élevé, ils étaient 14,3% (40) en MED-6 contre 8,5% (17) au cours de l'internat. Les ECN sont souvent redoutés par les étudiants car ils déterminent leur future spécialité ainsi que la ville où ils feront leur internat, cette année d'étude est souvent décrite comme stressante et éprouvante ce qui peut expliquer ce déclin. Sur le plan de l'état de santé social, il existait un déclin particulier en MED-6 qui peut être expliqué par la préparation aux ECN et la nécessité de diminuer ses interactions sociales pour réviser. Celui-ci s'améliorait de manière significative pendant l'internat passé le cap des ECN.

On notait une progression inquiétante du taux d'étudiants se considérant en mauvais état de santé mental depuis le début de leurs études, touchant quasiment 20% des étudiants à partir de la MED-6 ; B. AELBRECHT (4) avait décrit en 2017 cette augmentation de l'impression de mauvais état de santé mental en trois ans par rapport aux MED-3 ainsi que A. NATHOO (9) en 2016 dans le suivi de la première cohorte lilloise. Ce taux restait le même pendant l'internat.

A l'échelle nationale d'après l'enquête de la LMDE (7), 67% des étudiants avaient ressenti des symptômes dépressifs et 30% des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. Dans notre étude la notion de mauvais état de santé global n'a pas été exploré de manière plus précise. L'étude de la CNOM (1) avait déjà mis en avant la souffrance psychologique des étudiants en médecine où 16% des étudiants de deuxième cycle et 14% du troisième cycle déclaraient avoir des pensées suicidaires. 21,3% des étudiants en médecine interrogés par l'ANEMF en 2013 (10) décrivaient avoir eu au moins une fois des pensées suicidaires dont 8,32% plusieurs fois. Dans une revue de la littérature publiée en 2016 dans l'American Medical Association (JAMA) (11), il existait 11,1% de risque suicidaire chez les étudiants en médecine avant l'internat et 27,2% de dépression. Chez les internes une méta-analyse, également publiée dans le JAMA, retrouvait une prévalence du syndrome dépressif de 28,8 % (12).

10,6% des internes répondaient ne pas avoir de MT déclaré. Ce taux était plus élevé dans l'étude de la CNOM (1) où 41% des participants à l'étude déclaraient ne pas avoir de médecin référent.

Malgré un taux élevé de MT déclaré dans notre étude (90%), la fréquence de consultation du MT était en baisse. Ils étaient 85% à consulter leur MT « rarement à

jamais » soit une fois par an maximum. Selon l'étude de la CNOM (1), 49% des étudiants du second cycle et 27% des étudiants en troisième cycle avaient consulté un médecin généraliste lors des 12 derniers mois.

Le facteur géographique peut en parti expliquer la baisse de consultation chez leur MT. Les internes ayant pour 36% changés de région dans notre panel, la distance entre l'habitation des étudiants et le cabinet de leur MT pouvait être un frein. Les étudiants s'étaient plus tournés vers l'automédication (91% des internes) et donc probablement vers des « auto diagnostic » et « auto prise en charge » au lieu de consulter leur MT. Enfin, le manque de temps pourrait être un gros frein au fait de consulter leur MT, les internes citaient principalement le manque de temps comme cause de renoncement aux soins.

Au contraire, l'étude menée par la LMDE (7) décrivaient que 94% des étudiants déclaraient avoir eu au moins une consultation avec un professionnel de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête dont 85% auprès de médecins généralistes. Dans l'étude de l'OVE (8), la majorité des étudiants avait consulté un médecin généraliste il y a moins d'un an (83 %) mais ils n'étaient que 14 % parmi les étudiants en santé.

Ils semblaient que les étudiants en médecine en particulier consultaient moins leur médecin généraliste. Est-ce que le fait d'être jeune médecin ou futur médecin favorise les « auto prise en charge » ? 15% des étudiants dans l'étude de la CNOM (1) optaient pour « une prise en charge personnelle ». A l'échelle internationale l'étude londonienne de Hooper et al. (13) retrouvait que 20% des étudiants en médecine de 4^{ème} année initiaient la démarche diagnostique et 59% des étudiants trouvaient approprié de « s'auto diagnostiquer ».

Le taux de consultation chez le gynécologue était resté stable depuis la MED-3, or ce taux aurait dû augmenter avec le fait que les étudiantes interrogées soient plus âgées. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (14) préconisent un premier frottis cervico-vaginal à partir de 25 ans. A. NATHOO (9) avait montré une augmentation significative du taux de consultation chez le gynécologue entre MED-3 et MED-6 passant de 52,1% à 67,7% au sein du suivi de la première cohorte. L'absence d'augmentation dans notre panel pourrait s'expliquer par le plus faible taux de participation.

Selon l'enquête de la LMDE (7), 52% des étudiantes avaient consulté un médecin gynécologue au cours des 12 mois précédant l'enquête et les raisons évoquées par les étudiantes n'ayant pas eu de consultation gynécologique dans les 12 derniers mois étaient le manque de temps (17%) et le manque d'argent (9%). Dans l'enquête réalisée par l'EmeVia (15) (réseau des mutuelles étudiantes) en 2015, 45% des étudiantes avaient eu une consultation gynécologique. Le taux était similaire à notre étude bien qu'il aurait été plus précis de connaître le taux de consultation sur les douze derniers mois.

Paradoxalement au fait que les étudiants décrivaient une plus grande proximité avec le système de soins au fur et à mesure des années, ils semblaient également trouver l'accès aux soins de moins en moins facile passant d'environ 90% en MED-3 et MED-6 à 81% au cours de l'internat. Cependant les items « facilité d'accès aux soins » et « proximité au système de soins » ont été insuffisamment précisés. La notion de facilité a pu être comprise comme la facilité d'accéder à une consultation ou à un spécialiste comme supposé par l'auteur ou alors d'avoir un avis par un confrère en dehors d'une consultation.

Plus d'un interne sur deux avait renoncé aux soins dans notre étude (51,3%), ce taux avait été multiplié par deux depuis la MED-6 et par quatre depuis la MED-3. Selon l'étude de la LMDE, 42% des étudiants déclaraient avoir renoncé à des soins (7). Il semblait que le renoncement aux soins touchait tous type d'étudiant de manière générale.

La cause de renoncement aux soins par manque de temps avait été multiplié par quatre depuis deux ans dans notre étude (83%) et était le frein principal à se prendre en charge. L'augmentation de la charge de travail en devenant interne avec des stages hospitaliers à plein temps et des gardes hospitalières pourrait expliquer le manque de temps décrit par les internes. Plusieurs études ont pointé du doigt le temps de travail des internes bien au-delà des 48h par semaine recommandées par la loi (16). L'étude de la CNOM (1) avait mis en avant que 40% des internes travaillaient entre 48h et 60h par semaine et plus récemment en 2019, l'ISNI (17) décrivait un temps de travail moyen des internes approchant les 58 heures par semaine ainsi que l'absence de repos compensateur pour 30% d'entre eux. Certaines spécialités semblent plus touchées par le dépassement du temps de travail, l'étude menée par l'Association des internes et chefs de clinique (AICB) en Franche-Comté en 2019 (18) retrouvait que 47,5 % des internes de spécialités médicales travaillaient au-delà de 60h par semaine et 43,4 % des internes en spécialités chirurgicales au-delà de 75h. L'étude de l'ISNI (17) décrivait également une moyenne hebdomadaire de temps de travail de 70h pour les internes de chirurgie, 52h pour les internes de médecine générale et 57h pour les internes de spécialité médicale. Dans notre étude, les internes de spécialités médico-chirurgicales étaient peu représentés.

Malgré l'augmentation des salaires entre l'externat et l'internat, les internes étaient plus nombreux à citer également le coût (24,5%) comme frein à la prise en charge de leur santé. L'enquête de la LMDE (7) décrivaient 54% de renoncements à des soins par manque de temps et 40% pour raisons financières. 15,6% des étudiants déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 6 derniers mois selon l'étude de l'EmeVia (15). L'enquête de l'OVE (8) mettait aussi en avant, comme raisons aux renoncement aux soins, les causes financières à 44,5% et le manque de temps à 38,7%. L'accès aux soins semblait lié aux capacités financières des étudiants.

La rémunération dérisoire des étudiants est vectrice de source de mal-être chez eux. L'enquête sur la précarité des étudiants en médecine de premier et second cycle réalisée par l'ANEMF (19) en 2019 montrait l'augmentation de l'anxiété ressentie par les étudiants en médecine vis-à-vis de leur situation financière tout au long des études. De plus, 43,2 % des étudiants ne mangeaient pas à leur faim, 30 % sautaient des repas tous les mois pour raisons financières, 25 % avait déjà pensé à arrêter leurs études pour des raisons financières.

Dans le rapport récent sur la santé mentale des étudiants en médecine rédigé par le Dr FRAJERMAN A., l'augmentation des rémunérations semble être une piste pour améliorer l'état de santé des étudiants en médecine ; rapporté aux heures travaillées, les externes en médecine seraient payés 1,29 euro brut de l'heure et en se basant sur une hypothèse de temps de travail hebdomadaire de 55 heures par semaine, les internes toucheraient un salaire horaire de 6,3 euros en première année d'internat, 7,2 euros en deuxième année et 9,7 euros en troisième année. (20)

Au cours de leur cursus universitaire, il existait un pic de renoncements aux soins (soins dentaires, soins optiques, biologie) en particuliers en MED-6. Dans notre étude, les internes avaient principalement renoncé à consulter les médecins spécialistes (51%), les médecins généralistes (27,5%), aux soins dentaires (42,2%) et aux soins optiques (18,6%). L'étude de l'OVE (8) retrouvait 16% des étudiants ayant renoncés à une consultation spécialisée, 12% à un médecin généraliste, 16% à des soins dentaires et 14% des soins optiques, ces résultats étaient moins élevés que dans notre étude.

Les nouveaux items renoncement à consulter un médecin généraliste et à un médecin spécialiste n'ont pas pu être comparés aux promotions antérieures, il semblait pourtant pertinent d'avoir précisé ces items dès le début de l'analyse de cohorte au vu des taux élevés retrouvés chez les internes.

De manière assez inquiétante, une grande majorité d'interne qui se décrivait en mauvais état de santé global avait renoncé aux soins (88%), les internes qui semblaient avoir le plus besoin d'aide avaient du mal à se soigner. Pourquoi les étudiants renonçaient à des soins alors qu'ils semblaient en difficulté ? Le manque de temps peut de nouveau être une hypothèse. 63% des participants de l'étude de la CNOM (1) en mauvaise et moyenne santé ne consultaient pas de médecin généraliste par manque de temps.

Selon la CNOM (1), la conscience d'une mauvaise ou moyenne santé combinée à des idées suicidaires n'incitaient pas les jeunes générations à consulter un spécialiste en médecine générale ou un autre spécialiste. Plusieurs travaux (21,22) ont mis en évidence la difficulté des médecins à évoquer leur détresse, et la négligence envers leur propre santé et bien-être. Le fait d'être en détresse ou malade peut être vu

comme un facteur dévalorisant ou témoignant de l'incapacité du médecin à prendre en charge le patient et donc pouvant freiner le médecin à recourir à des soins ou du soutien. Les médecins parlent de déni et évoquent la tendance à ignorer le mal être chez eux et leurs collègues.

L'avancée dans le cursus médical semblait affecter la manière de se soigner des étudiants notamment en ce qui concerne l'automédication. L'item renoncement aux médicaments avait significativement diminué depuis 2 ans et semblait concorder avec l'augmentation du taux d'automédication des étudiants au fur et à mesure de leur cursus universitaire. Le taux d'automédication avait plus que doublé en deux ans, les internes semblaient favoriser ce mode de prise en charge à 91%. Cela semblait spécifique aux étudiants en médecine car d'après la LMDE (7), 46% des étudiants déclaraient avoir eu recours à l'automédication et 49,1% selon l'étude de l'EmeVia (15). Cependant le questionnaire ne permettait pas de savoir si l'automédication était liée à une prise en charge d'une pathologie ou à des pratiques abusives voire addictives. L'augmentation du taux d'automédication des internes concordait aussi avec la baisse des consultations chez le MT. Le manque de temps était le principal facteur à l'automédication selon les analyses bi variées. 84% des internes qui s'automédiquaient et 86% des internes qui pratiquaient les ordonnances sur leur lieu de stage avaient renoncé à des soins par manque de temps.

Les études médicales étaient décrites comme stressantes et altérant la qualité de vie quelques soient les années d'études. Le taux déjà très élevé en MED-3 (82%) avait significativement augmenté en MED-6 et pendant l'internat touchant plus de neuf étudiants sur dix. Avec l'arrivée des stages hospitaliers à plein temps en troisième

cycle, les étudiants font face à de nouveaux défis qui peuvent être source de stress : concilier cours et stages hospitaliers, charge de travail, gardes hospitalières, découverte du monde médical et de la réalité du terrain et des conditions de travail parfois éprouvantes.

88% des étudiants et jeunes médecins avaient déclaré avoir été exposés à des situations stressantes lors des trois derniers mois selon l'étude de la CNOM (1).

Dans l'étude de l'ANEMF (10) réalisée en 2013, 43,8% des externes interrogés se disaient stressés tous les jours par les ECN. Ce taux montait à 66,4% chez les MED-6. A chaque étape de leurs études, il semblerait que les étudiants soient face à des facteurs environnementaux stressants liés à leur étude pouvant altérer leur état de santé global.

Au niveau national, 77% des étudiants se sentaient stressés au moins de temps en temps et 86% décrivaient les études comme la cause de leur stress selon la LMDE (7). Toutes les populations étudiantes sont soumises au stress et aux angoisses propres à ces périodes de vie. Il semblerait pertinent de mettre en avant celles propres aux étudiants en médecine dès le début de leurs études pour mieux les prendre en charge et les prévenir. Certains travaux portant sur les internes ont déjà permis de mettre en avant les difficultés rencontrées par les internes. En 2016, MANI C. (23) avait étudié les déterminants du syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale de la région PACA et LIAUTAUD A. (24) avait analysé les facteurs de stress et critères de bien être chez des internes en médecine lors des situations difficiles.

Avec l'augmentation du pourcentage de femme dans les études médicales, il aurait été intéressant d'étudier l'état de santé des étudiants selon le genre, les femmes ayant plus souvent plus de symptômes dépressifs et d'anxiété dans les études. (7,8,25)

32,2% des internes déclaraient manquer d'informations concernant le SIUMPPS. Une antenne du SIUMPPS avait été créé au sein de la Faculté de Médecine depuis plusieurs années, cependant les étudiants ne semblaient pas en être informés.

D'après la LMDE (7), parmi les étudiants qui déclaraient avoir consulté un professionnel de santé dans les douze derniers mois, 33% avaient été réalisées dans les services de médecine universitaire. Les étudiants déclaraient être mal informés sur les problématiques de bien-être (42%), le système de santé (48%) et la dépression (53%). En 2005, Vandentorren et al. (26) avaient identifié les besoins d'information en santé des étudiants de l'université de Talence dans la région de Bordeaux pour planifier ses actions de promotion de la santé à partir des besoins réellement exprimés par ces étudiants ; les thèmes les plus cités étaient « comment être et rester en bonne santé » et « psychologie, dépression et suicide ».

Selon la CNOM (1), 36% des étudiants ou jeunes médecins avaient rencontré la médecine du travail ou la médecine universitaire sur les 2 dernières années, et plus l'étudiant évoluait dans sa formation, moins il rencontrait la médecine universitaire ou la médecine du travail. Les internes en tant que salariés hospitaliers sont également sous la prévention de la médecine du travail mais il n'y avait pas de question spécifique dans notre étude portant sur le fait d'avoir ou non déjà consulté ce service.

IV. EXTRAPOLATION ET PERSPECTIVES

Le faible taux de participation de l'étude ainsi que la différence de genre dans les critères socio-démographiques de la population d'interne rendaient difficile son extrapolation à l'ensemble des étudiants du troisième cycle.

Suite à son enquête nationale, plusieurs propositions ont été formulées par la LMDE pour améliorer la santé des étudiants de manière générale (7) pouvant concerner les étudiants en médecine : accélérer le développement de centre de santé universitaire, augmenter les moyens de bureau d'aide psychologique universitaire et proposer un tiers payant systématique intégral aux jeunes de moins de 25 ans devant le frein à se soigner pour raison financière.

Conscient du problème sur la santé des étudiants en médecine, le gouvernement a également créé en 2019 le centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé (27) pour améliorer leur bien-être avec 15 engagements basés sur les 12 recommandations du Dr MARRA D. émis dans son rapport sur la « Qualité de vie des étudiants en santé » en 2018 (28).

La revue de la littérature réalisée par le Dr FRAJERMAN A. en 2019 (29), citaient les interventions possibles pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine et plus récemment dans un article en 2020 (20), elle reprenait les grandes actions de prévention pour améliorer la santé des étudiants en médecine.

La médecine universitaire et du travail semblent insuffisantes et ne toucher que très peu d'étudiants en médecine, celles-ci devraient affirmer leurs rôles dans

l'accompagnement des externes et internes en difficulté notamment par une surveillance régulière, annuelle, portant sur les étudiants les plus à risque. La CNOM (1) avait mis en avant ces profils à risque comme étant les étudiants de second cycle ou l'interne travaillant au-delà de 48h vivant seul, consommant sensiblement plus d'antalgiques et de psychotropes que la moyenne et manifestant un épuisement émotionnel.

CONCLUSION

L'état de santé des étudiants en médecine s'était dégradé au fur et à mesure de leur cursus médical depuis la MED-3 avec un déclin particulier au cours de la MED-6. Il existait une amélioration ensuite de l'état de santé global par rapport à la MED-6 passé le cap des ECN, les étudiants semblaient retrouver une vie sociale plus épanouie. Les ECN souvent critiqués par leur classement comme ultime sanction du long et studieux parcours des étudiants conférant stress et anxiété doivent subir une réforme à la rentrée 2020 avec l'apparition de plusieurs évaluations. Cette réforme permettra-t-elle d'améliorer l'état de santé des étudiants de second cycle face au stress de leurs études ? Il serait intéressant de suivre l'état de santé des étudiants de second cycle après ce changement.

Les internes renonçaient plus à se soigner et ne consultaient que rarement leur médecin traitant, qu'ils aient ou non une maladie chronique. Le manque de temps dû à leur formation était la cause principale mise en avant et soulève encore la question du temps de travail des internes et de la charge de travail qui leur incombe. L'automédication, principale moyen de prise en charge des internes, pose la question de pratique abusive voire addictive qui reste à être exploré.

Enfin, la dégradation de l'état de santé mental des étudiants était importante et concernait principalement les étudiants de second et troisième cycle. Le burn-out des internes est de plus en plus décrié, il semble important de mettre en avant les différents facteurs environnementaux dès le second cycle d'études sur lesquels il est possible d'améliorer la prévention et la prise en charge, ainsi que de renforcer le suivi médical des futurs médecins au sein de la faculté de médecine et de la médecine du travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La Santé des Etudiants et Jeunes Médecin - Conseil National de l'Ordre des Médecins - Commission Jeunes Médecins [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
2. HUYNH P. Evaluation de la santé, des addictions (alcool, tabac, drogues, médicaments) et du comportement sexuel de la population de MED-3 du Nord-Pas-de-Calais en septembre 2013 [Internet]. Université Lille 2, Droit & Santé; 2013. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/624f0354-a870-492e-b899-c418357cbe68>
3. HELYNCK A. Evaluation 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]. 2013 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <http://pepите.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2383>
4. AELBRECHT B. Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de Lille entre MED-3 et MED-6: Etude de l'accès au soin et de la manière de se soigner [Internet]. Université Lille 2, Droit & Santé; 2017. Disponible sur: <http://pepите.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-8909>
5. GRAU P. 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 [Internet]. Université Lille 2, Droit & Santé; 2017. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/440c18e8-65b2-4f9a-ae7-4c17892e7545>
6. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Constitution de l'OMS.
7. LMDE. 5ème enquête nationale sur la santé des étudiant-e-s en France. 2019.
8. Observatoire national de la Vie Etudiante (OVE). La Santé des étudiants - Enquête nationale des conditions de vie des étudiants [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2018/11/Reperes_sante_etudiants_2018.pdf
9. NATHOO A. Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de l'université Lille 2 entre MED-3 et MED-6 : étude de l'accès aux soins et de l'impact des études médicales sur la manière de se soigner [Internet]. Université Lille 2, Droit & Santé; 2016. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/276d2fd6-2573-4a7e-b974-5811137fd38e>
10. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF). Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine [Internet]. 2013 janv. Disponible sur: https://www.psychanalyse.com/pdf/Enquete_Condition_de_travail_des_etudiants_en_medecine.pdf

11. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 6 déc 2016;316(21):2214-36.
12. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 8 déc 2015;314(22):2373.
13. Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ*. juin 2005;39(6):588-93.
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Synthèse des recommandations en santé publique - Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. 2010 juill. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
15. EmeVia. La santé des étudiants en 2015 - 9 ème enquête nationale [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.emevia.com/sites/default/files/files/DP%20Enquete%20sant%C3%A9%202015_Acc%C3%A8s%20aux%20soins.pdf
16. Journal officiel de la République française. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030295642&categorieLien=id>
17. ISNI. Enquête nationale de l'ISNI sur le temps de travail des internes [Internet]. 2019 sept. Disponible sur: <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>
18. L'Est républicain. Les internes en médecine face à l'excès de travail. 2020 janv.
19. ANEMF. Enquête précarité 2019 [Internet]. 2019 oct. Disponible sur: <https://www.anemf.org/download/enquete-precarite-2019/>
20. Frajerman A. La Santé Mentale des Etudiants en Médecine. Fondation Jean Jaures. 2 mai 2020;
21. Wallace JE, Lemaire J. On physician well being—You'll get by with a little help from your friends. *Soc Sci Med*. juin 2007;64(12):2565-77.
22. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med*. janv 2001;52(2):203-13.
23. MANI C. Étude des déterminants du syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale de la région PACA. [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://core.ac.uk/download/pdf/52770618.pdf>

24. LIAUTAUD A. Analyse des facteurs de stress et critères de bien être Chez des internes en médecine lors des situations difficiles Par des entretiens semi-dirigés [Internet]. 2017. Disponible sur: https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:376495&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIR ES%3A1392&file=2017_Liautaud_Arthur.pdf
25. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. févr 2017;4(2):146-58.
26. Vandentorren S, Verret C, Vignonde M, Maurice-Tison S. Besoins d'information en santé des étudiants au service inter-universitaire de médecine préventive de Bordeaux. *Santé Publique*. 2005;17(1):47.
27. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Lancement du Centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. 2019 juill. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid143914/lancement-du-centre-national-d-appui-a-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante.html>
28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport du Dr Donata Marra sur la qualité de vie des étudiants en santé. 2018 avr.
29. Frajerman A. Quelles interventions pour améliorer le bien-être des étudiants en médecine ? Une revue de la littérature. *L'Encéphale*. févr 2020;46(1):55-64.

ANNEXES

I. ANNEXE 1 : TEXTE D'INTRODUCTION ET QUESTIONNAIRE

Chers co-internes,

Quand vous étiez en MED 3 et MED 6, vous avez été sollicités par 2 internes de médecine générale pour participer à une étude concernant la santé des étudiants en médecine.

En voici la dernière partie, qui permettra de clore cette étude menée sur 5 ans. Ce projet constitue notre travail de thèse d'exercice en médecine générale.

Vous êtes à présent devenus internes avec tous les changements que cela implique et nous aimerions savoir de quelle manière vous vous soignez et quel est votre état de santé, afin de comparer vos réponses d'internes avec celles de Med-3 et Med-6.

Vos réponses seront anonymes et le temps de réponse du questionnaire est estimé à 5 minutes.

Voici le lien pour le questionnaire : <https://goo.gl/forms/YE5pdQ9wLiAiL9lq1>

Nous avons déjà eu de nombreux perdus de vue lors de la 2^{ème} phase en 2017, donc chaque réponse compte ! Ce sujet est de plus en plus d'actualité, et nous concerne tous, aidez-nous à avoir des résultats significatifs ! N'hésitez pas à en parler à vos anciens co-externes, même ceux qui ont déménagé pour l'internat.

Vous pouvez nous contacter aux adresses mails suivantes :

- these.camille.amandine@gmail.com (internes de médecine générale)

- jean-marc.lefebvre2@univ-lille.fr (responsable du projet)

Merci de votre participation et bon courage pour vos stages !

Amandine CHHUN et Camille CHARVET, Internes de Médecine Générale de Lille

QUESTIONNAIRE

1) RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Vous êtes

- Une femme
- Un homme

2. Quelle est votre université d'origine ?

- Université Lille
- Institut Catholique de Lille

3. Quel est votre âge ?

- < 25 ans
- Entre 25 et 30 ans
- > 30 ans

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

- Oui
- Non

5. Avez-vous répondu au questionnaire il y a 6 ans ?

- Oui
- Non

6. Quel est votre type d'habitation ?

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

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

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

8. Êtes-vous célibataire ?

- Oui
- Non

Sinon, êtes-vous...

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

9. Avez-vous des enfants à charge ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ? ...

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

	Parent 1	Parent 2	Conjoint
Agriculteur			
Artisan/chef d'entreprise/commerçant			
Cadre et profession dirigeante (libérales et assimilées, cadre de la fonction publiques, intellectuelles ou artistiques, 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			

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

- Oui
- Non

12. Quelle est votre complémentaire santé ?

- Sécurité Sociale Etudiante
- CMU
- Régime générale

13. Quelle est votre mutuelle ?

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

14. Avez-vous d'autres revenus que votre salaire d'interne ?

- Oui
- Non

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 : ...

15. Quelle est votre spécialité ?

- Médecine Générale
- Spécialité Médicale
- Spécialité Médico-chirurgicale
- Externe

16. Dans quelle ville faites-vous votre internat ?

- Lille
- Autre

VOTRE SANTE ET VOUS

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

- Oui
- Non

18. 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

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

- < 10 km
- > 10 km

20. Consultez-vous des spécialistes non généralistes ?

- Aucun
- Ophtalmologue
- Gynécologue

- Gastro-entérologue
- Cardiologue
- Diabétologue
- Psychiatre
- Dermatologue
- Autre : ...

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

- Oui
- Non

22. Vous considérez-vous en bonne santé ?

	Oui	Non
Mentale		
Physique		
Sociale		

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.

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

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

. Si oui, lesquels ?

- Consultation médicale spécialisée (hors MG)
- Consultation médicale généraliste
- 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 : ...

25. 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

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

- Oui
- Non

. Si oui, lesquels ? ...

MODIFICATION DE VOTRE RAPPORT A LA SANTE

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

- Oui
- Non

28 Concernant votre manière de vous soigner :

- 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 : ...

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

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

MODIFICATION DES HABITUDES DEPUIS 3 ANS

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

	Tabac	Alcool	Médicaments	Drogue	Sport
Je ne consommais/pratiquais pas et je ne consomme/pratique toujours pas					
Début de consommation/pratique					
Consommation/pratique stable					
Augmentation de la consommation/pratique					
Diminution de la consommation/pratique					
Arrêt total					

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

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

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

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

	Aucune	< 1 fois/mois	1 fois / semaine	Plusieurs fois/semaine
Médicaments				
Drogues				
Sport				

35. 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

36. Combien d'heures dormez-vous par jour ? réponse transcrite en temps de sommeil moyen

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

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

Si modification, pourquoi ?

- Travail
- Stress
- Sorties
- Autre

38. 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

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

- Oui
- Non

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

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

De combien ?

- < 5 kg
- 5 à 10 kg
- > 10 kg

40. 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

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

- Oui

- Non

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

- Sans intérêt
- Utile
- Indispensable

43. 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

44. Avez-vous des commentaires ? Réponse libre

II. ANNEXE 2 : COMMENTAIRES LIBRES

- Stress et difficulté lié aux études et prises de fonction sous diagnostiqué dans certaines faculté lors de l'entrée en internat, une visite de médecine du travail est obligatoire, cependant ce n'est pas le cas à Lille, je trouve ça dommage puisque nous sommes les "employés du CHRU de Lille" pendant un minimum de 3 ans
- Question 12 : il serait intéressant d'ajouter «Régime général» pour les internes
- J'ai vraiment hésiter à ne pas remplir la suite du questionnaire quand j'ai vu « parent 1, parent 2 ». Il faut arreter !!! C'est vraiment pour aider une collegue à faire sa these que je l'ai quand meme remplis !
- Bon courage pour la thèse ! :)
- mais médecin du siumps très désagréable, j'y suis allé au début pour certif de sport, franchement j'ai cru ne jamais avoir ce certif. Il m'a proposé plein de bonnes choses pour ma santé, mais j'avais l'obligation de le faire en échange du certif alors que les choses n'avaient vraiment de liens quoi .. ça a été complètement contre productif .. et au final il n'a meme capté que je n'avais fait qu'un seul vaccin ROR il a fallu que je passe par la médecine du travail du ch de dunkerque pour ça .. et pour le coup passer en médecine du travail en début de semestre d'internat j'ai trouvé ça très bien !
- Je ne pense pas qu'il faille instaurer une visite médicale obligatoire pour les étudiants en médecine. Par contre, il me semble important de sensibiliser les étudiant à ne pas s'automédiquer, et à prendre un médecin traitant en qui on peut avoir confiance.

- En arrivant dans une zone de désert médical, je pensais avoir un meilleur accès aux soins qu'un patient lambda mais finalement non je n'ai pas pu changer de médecin traitant malgré le changement de région
- Félicitations pour ce suivi !! J'espère que les résultats nous seront communiqués.
- je n'ai ni parent 1 ni parent 2 mais un père et une mère, merci!
- Visite médicale à l'embauche du début d'Internet serait utile
- Dans "médicament" j'ai répondu oui car je prends une pilule contraceptive de façon journalière
- Bon courage pour votre thèse !
- Si une telle visite médicale venait à être obligatoire, ce serait intéressant de la faire à la moitié de l'année scolaire (pour les non-internes) ou en mi-semester. En début d'année/semester, tout le monde pense repartir sur de bonnes bases et à la fin de l'année/semester, c'est trop tard pour entreprendre quoi que ce soit. Je pense notamment aux problèmes psychologiques qui sont prépondérants en études de médecine. J'ai également appris qu'à Lille il y avait un numéro de téléphone spécial en filière psy uniquement dédié aux étudiants en médecine et personne ne nous en a parlé durant notre cursus (on nous a dit "on est là si vous avez besoin blablabla", mais les étudiants ont besoin d'être anonymes quand ils parlent de ces problèmes encore si tabous) Pourtant je pense que si ce numéro était plus "partagé" en début d'année dans un discours non stigmatisant, il pourrait potentiellement sauver des vies. Le fait qu'on dise qu'il est spécialement dédié aux pb des étudiants en médecine légitimise beaucoup la souffrance dans ce milieu et on est plus enclin à approcher ces structures. J'ai connu ce dispositif trop tard, j'ai pu sortir de cette mauvaise

passe (durant l'externat) avec d'autres ressources, mais ça reste dommage parce que ce travail sur moi a pris beaucoup de temps (2ans avec un triplement, alors que à la base, j'étais en avance d'un an, arrivée en 4ème année). Je suis peut-être hors-sujet mais les interlocuteurs principaux dans les "hautes sphères" de la fac sont complètement condescendants (à part Pr Truffert) dans leurs paroles, et je ne suis absolument pas la seule à le penser pour avoir discuté avec d'autres personnes qui ont été convoquées pour des cas similaires, alors que ces personnes-là sont ouvertes au débat, en général. Je ne sais pas ce que vous pourrez faire de ces remarques mais votre thèse portant sur l'état de santé selon l'OMS des étudiants, je pense que le fond de ce travail, c'est aussi un peu de faire bouger les choses, donc je me suis permise ce pavé. Je vous souhaite une thèse couronnée de succès et une bonne continuation dans vos carrières de docteurs en médecine!

- La question numéro 7 me semble moins adapté aux étudiants qui ont quittés Lille pour l'internat. Bonne continuation
- Trop de risque que le dossier soit transmis à la faculté
- Bon courage pour votre thèse :)
- D'avantage d'accompagnement psychologique serait indispensable pendant les études de santé
- Je suis encore externe, je sais pas si ça va vous être utile mais j'ai répondu aux questionnaires précédents

AUTEUR : CHHUN

Prénom : Amandine

Date de Soutenance : 24 juin 2020

Titre de la Thèse : Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de Lille entre MED-3, MED-6 et au cours de leur internat. Etude de l'accès aux soins et de la manière de se soigner.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Thèse d'exercice

DES + spécialité : Médecine générale

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

Contexte : L'état de santé des étudiants en médecine qui évolue selon les années d'étude est un sujet préoccupant. En 2014 P. HUYNH et A. HELYNCK ont décrit l'état de santé des étudiants en MED-3, puis en 2017 B. AELBRECHT et P. GRAU celui des MED-6 montrant une dégradation de l'état de santé en 3 ans. Cette étude concernait la troisième partie de ce suivi de cohorte et évaluait l'évolution de l'état de santé des étudiants et de leur rapport aux soins au cours de leur internat.

Méthode : L'étude incluait 571 internes originaires de Lille 2 (Faculté H. Warembourg) et de l'Institut Catholique de Lille interrogés entre mars et avril 2019 par un questionnaire auto-administré en ligne sur Google Forms®.

Résultats : 35% (199) des étudiants ont répondu complètement au questionnaire constituant l'échantillon analysé. Les étudiants déclarant être en excellent état de santé physique, mentale et sociale ont diminué passant de 84,7% (409) en MED-3 à 71,9% (143) au cours de leur internat ($p < 0,001$). L'impression de mauvais état de santé mental des internes a augmenté depuis la MED-3 passant de 8,7% (42) à 19,1% (38) ($p < 0,001$). Ils étaient 84,9% (169) des internes à consulter leur médecin traitant rarement à jamais (0 à 1 fois par an) contre 64,6% (181) en MED-6 ($p < 0,001$) et 39,5% (191) en MED-3 ($p < 0,001$). 51,3% (102) des internes déclaraient avoir renoncé à des soins contre 12,8% (62) en MED-3 ($p < 0,001$) et 25% (70) en MED-6 ($p < 0,001$).

Conclusion : L'étude a montré une détérioration de l'état de santé global des étudiants depuis la MED-3 avec un plus fort déclin en MED-6. Le manque de temps possiblement corrélé à une charge de travail importante semblait être le facteur principal. Les rôles de de la faculté et de la médecine du travail doivent être renforcés pour prévenir la dégradation de l'état de santé des étudiants en médecine.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL

Madame le Dr Brigitte AELBRECHT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE