HAL
open science

Étude sur le ressenti des étudiants en médecine de Rouen à propos de leur externat, de leur état de santé général ainsi que leurs liens vis-à-vis de la médecine du travail Février 2020- Septembre 2021

Vincent Maufroid

To cite this version:

Vincent Maufroid. Étude sur le ressenti des étudiants en médecine de Rouen à propos de leur externat, de leur état de santé général ainsi que leurs liens vis-à-vis de la médecine du travail Février 2020-Septembre 2021. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03373116

HAL Id: dumas-03373116

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03373116v1

Submitted on 3 Jan 2022

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

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

Année : 2021 N°

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE

FACULTE DE MEDECINE DE ROUEN

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT
SPECIALITE MEDECINE DU TRAVAIL

par

MAUFROID Vincent Germain Gilles

Né le 08/05/1994 à ROUEN

THESE PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE ROUEN LE 30/09/2021

Etude sur le ressenti des étudiants en médecine de Rouen à propos de leur externat, de leur état de santé général ainsi que leurs liens vis-à-vis de la médecine du travail

Février 2020- Septembre 2021

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury :	Professeur GEHANNO Jean-François
Directrice de thèse :	Docteur ROLLIN Laëtitia
Membres :	Professeur LADNER Joël
	Docteur BOYER Anne-France

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition

Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mme Julie **GUEUDRY**	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques

Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(détachement)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive

Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Elodie **ALESSANDRI-GRADT**	HCN	Virologie
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney **GILARD**	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien **MIRANDA**	HCN	Chirurgie Vasculaire

Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
M. Abdellah **TEBANI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine **SAULNIER**	UFR	Biologie

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie

Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Chervin **HASSEL**	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline **LECOINTRE**	Physiologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy **RAZAKANDRAINIBÉ**	Parasitologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI**	Informatique
Mme Clémence **MEAUSOONE**	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**	UFR	Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie **PEZZINO**	Orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien **VALET**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

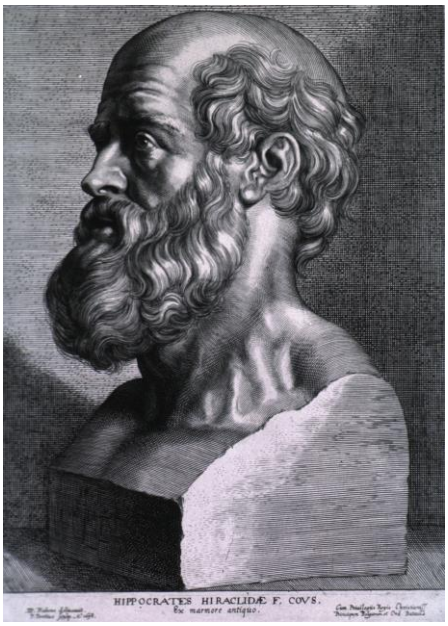
HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-François GEHANNO, vous me faites l'honneur d'avoir accepté d'être le président du jury de cette thèse et je vous remercie de m'avoir aidé pour mes diverses questions concernant le choix du sujet et des modalités de passages de cette thèse.

Monsieur le Professeur Joël LADNER et Madame le Docteur BOYER Anne-France, vous me faites l'honneur de vous intéresser à mon sujet d'étude. C'est avec un grand respect que je vous présente mes remerciements.

Madame le Docteur Laëtitia ROLLIN, vous avez accepté de diriger mon projet de thèse. Pour tout votre soutien, votre aide précieuse concernant les statistiques, votre temps passé pour m'aider sur ce sujet et pour tous vos conseils, je vous remercie très sincèrement.

Je souhaite dédier cette thèse dans un premier temps à mes parents. Papa, maman, c'est grâce à vous. A votre soutien en tout temps, à vos conseils, à votre éducation, à votre aide sur ces 27 années que j'en suis arrivé là aujourd'hui. Aux portes de ma future profession qui est celle de médecin du travail. Vous avez toujours été à mes côtés dans les moments difficiles, vous m'avez toujours poussé vers le haut et vous m'avez permis de faire les études qui me plaisaient. Il y a eu de rudes épreuves tout au long de ces années mais grâce à vous et à votre amour, demain après la soutenance de cette thèse, il y aura un docteur dans la famille. En dehors de la médecine, je voulais vous dire merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui, merci de m'avoir permis de faire toutes les choses que je voulais faire lorsque j'étais plus jeune, merci de m'avoir permis d'apprendre et de jouer le plus bel art de ce monde : la musique. De m'avoir permis d'être dans un groupe (tous ces démontages et remontage de batterie et ces organisations de concerts…), de m'avoir écouté lorsque je jouais. Merci de m'avoir donné le goût des arts, de la culture et des sports, de m'avoir permis de faire de la moto, de m'avoir donné toutes ces passions, de m'avoir fait voyager au ski, aux USA, en Irlande, en Italie et en France et de m'avoir transmis toutes vos valeurs. Sans vous je n'aurais jamais pu accomplir toutes ces choses, en tout temps vous avez été là pour moi. Merci de m'avoir donné l'enfance la plus heureuse et tous ces moments merveilleux. Mille mercis ne suffisent pas pour vous remercier de tout ce que vous avez fait, il me faudrait un livre entier pour pouvoir vous dire tous les souvenirs fantastiques qui me trottent dans la tête, ô combien je vous suis reconnaissant, ô combien je vous aime et ô combien je suis fier d'être votre fils.
Merci à ma chérie, à ma femme, à mon amour Fleur. Toi aussi tu m'as soutenu dans ces années difficiles de l'externat. Je tenais à te dire que je t'aime et que c'est également grâce à toi que j'en suis arrivé là aujourd'hui. Depuis ce premier jour de novembre 2016, dès que notre regard s'est croisé, dès que nos premiers mots se sont échangés, je suis amoureux. Merci de faire de moi un homme comblé de bonheur, merci d'avoir toujours été à mes côtes depuis notre rencontre. Merci de m'aimer comme tu le fais. J'ai hâte de voir et de franchir les étapes de notre future vie.

Merci à tous les membres de ma famille, à mes grands-parents qui ont toujours été fantastiques. Pour tous ces repas de Noël, ces réunions de famille où l'on finissait avec nos fameuses chansons de l'harmonie et des fromages !
Merci Mamie Nicole pour ton soutien sans faille, pour m'avoir aidé et tant gâté. Pour avoir été la plus merveilleuse des grands-mères, de m'avoir chouchouté comme tu l'as fait toutes ces années. Je me rappellerai toujours toutes ces petites attentions, des petits bonbons pimouss, des ricolas, de la traditionnelle grenadine avant de dormir et tous ces moments délicieux passés à tes côtes, nos petits déjeunés avec moi et ta fameuse soupe, les vacances à la montagne, les voyages à Paris…
Merci Papy Gilles et Annick aussi pour votre soutien, pour tous ces souvenirs de vacances en camping, de toutes ces balades à vélo, de la luge au Lac de Caniel, des « bagarres » dans le lit avec « la pince », des parties de jeux-vidéos, de cette partie de football épique en bretagne et pour les traditionnelles pâtes au thon.
Je voulais vous dire que je suis particulièrement désolé de ne pas avoir été très présent ces dernières années, j'en suis conscient et j'aurais aimé avoir plus de temps pour venir vous voir.
Merci à Isabelle, à Nina, à tonton Bruno, à Sylvie, à tata Maria, à tonton Rocco, merci à tous mes cousins : Michaël, Christophe, Anaïs, Laurine, Enzo, à Tati Mélanie et Céline.

Merci à tous mes amis pour toutes ces années, toutes ces soirées d'enfer et inoubliables, ces voyages, ces parties de fifa, ces foots, ces piscines, ces sorties vélo, ces années de primaires, collèges, lycées à vos côtés et ces millions de souvenir tous plus géniaux les uns que les autres. Merci à vous, mes plus fidèles, mes plus vieux compères, mes frères : Louis, Steven, Erwan, Maxime.L, Maxime.P, Julie, Julien, Axel.
Merci également à Elodie, Sarah, Mathilde, Lucie, Camille, Romane, Thomas, Eleusis, Hélène pour ces années d'externat à vos côtés.

Merci à mes co-internes de médecine du travail avec qui j'ai partagé ces dernières années, ces différentes expériences de stage, de séminaires. Merci aux 3 fantastiques avec qui j'ai passé le meilleur semestre : Monsieur Petit, Dr.Wololo et Dr.Brillant. Merci à Rémi pour l'aide sur STATA, à Clément.D de par ton expérience et tes conseils sur le terrain que tu as pu m'apporter. Merci à Faten pour m'avoir aidé sur l'organisation de ma thèse, sur les différentes sources disponibles et outils à utiliser, merci également pour tous tes conseils et cette partie de semestre passé ensemble.

Merci aussi à Totom, Saka, Gaïa et Blacksad pour leur amour félin !

MOTS-CLEFS

- Anxiété
- Consommation substance
- Dépression
- Difficulté au travail
- Difficulté financière
- Etudiants médecine
- Externat
- Manque de reconnaissance
- Médecine du travail
- Ressenti études
- Sacrifices personnels
- Souffrance au travail

RESUME

L'objectif principal de cette étude était de déterminer les besoins du suivi médical par la médecine du travail chez les externes travaillant au CHU de Rouen. Les objectifs secondaires étaient de recueillir leur ressenti par rapport à leurs études, connaître leur point de vue et leur connaissance à propos de la médecine du travail et enfin et améliorer le suivi médical des externes afin de limiter les risques psycho-sociaux.

Une étude observationnelle épidémiologique analytique, de cohorte, rétrospective et monocentrique à été réalisée pour évaluer ces objectifs. Les étudiants remplissaient un questionnaire spécifiquement créé pour l'étude comprenant le questionnaire HAD versant dépression.

Au total, il y a eu 494 étudiants participants. 94% d'étudiants trouvaient qu'il y avait un manque de reconnaissance de leur travail. 85% ont fait des sacrifices pour continuer médecine. 43% ne recommandaient pas leurs études aux lycéens et 24% ne referaient pas médecine. 31% voyaient un spécialiste pour discuter de leurs études. 18% consommaient une substance pour supporter leurs études. 21% étaient en difficulté financière. L'anxiété, la fatigue chronique, la surcharge de travail et les troubles du sommeil touchaient respectivement 82%, 70%, 65% et 41% des étudiants. 29% trouvaient que le suivi en médecine du travail était adapté. Enfin les étudiants estimaient principalement que le manque de temps et la méconnaissance du rôle de la médecine du travail limitaient le suivi.

En conclusion, la médecine du travail est un élément important du suivi de la santé des étudiants en médecine. La visite d'embauche sera extrêmement importante dans la prise en charge des étudiants. Cette enquête a permis de montrer qu'il existait encore beaucoup de mal-être chez les étudiants, qu'ils étaient toujours confrontés à de nombreuses difficultés. Les risques psycho-sociaux, apparaissent dès le début des études médicales et qu'il était important d'agir dès que possible. La mise en place de séances d'informations entre les cours, de flyers ou d'affiches pour communiquer sur le rôle et les missions du service permettront une information des étudiants.

ABBREVIATIONS

- AES : Accident d'Exposition au Sang
- AEV : Accident d'Exposition Viral
- ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
- AS : Aide-Soignant
- ASH : Agent de Service Hospitalier
- BDI : Beck Depression Inventory
- CES-D : Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- CIDI-SF : Composite International Diagnostic Interview
- DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Soins Médicaux
- DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Soins Médicaux
- ECN : Examen Classant National
- EGPRN : European General Practice Research Network
- GDS : Geriatric Depression Scale
- HAD : Hospital Anxiety Depression
- HANDS : Harvard department of Psychiatry/National Depression Scale
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INVS : Institut National de Veille Sanitaire
- ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes
- JAMA : Journal de l'Association de Médecine Américaine
- MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview
- PHQ-9 : Patient Health Questionnaire 9-item
- PRIME-MD : Primary care Evaluation of Mental Disorders questionnaire
- SDS : Zung Self-rating Depression Scale

- TCA : Troubles du Comportement Alimentaire
- TGI : Troubles Gastro-Intestinaux
- TOA : Troubles Ostéo-Articulaire
- VIP : Visites d'Information et de Prévention

TABLE DES MATIERES

I. Prologue 18
II. Introduction 19
III. Méthode 25
1) L'étude 25
2) Population et lieu de l'étude 25
a. Critères d'inclusion 25
b. Critères d'exclusion 26
3) Questionnaire (exemple en annexe) 26
4) Recueil des données 26
5) Analyse statistique 28
6) Déroulement de l'étude et difficultés rencontrées 28
7) Considérations éthiques et conflits d'intérêt 29
IV. Résultats 29
V. Discussion, interprétation et possibilités d'actions 45
a. Avantages 45
b. Limites 46
c. Possibilités d'actions 47
VI. Conclusion 66
VII. Annexe et bibliographie 68

I. Prologue

« Est-ce que tu ferais à nouveau médecine ? »

Cette question anodine au premier abord, s'est pourtant vu être exprimée par une grande majorité d'étudiants en médecine de France. Pour certains, la réponse fut simple et évidente mais pour d'autres, celle-ci fut plus complexe. Me concernant, cette question a été pour la première fois évoquée avec des co-externes au début de la 4ème année de médecine (Anciennement D2). Nous étions une vingtaine d'étudiants autour d'une table un midi après un stage et à ma grande surprise, la moitié de mes collègues affirmaient ne pas vouloir refaire médecine. Beaucoup disaient que ces études n'étaient pas ce qu'ils avaient imaginé, qu'ils étaient malheureux, que la pression était trop importante, qu'ils n'avaient plus de temps pour eux et que le travail à l'hôpital n'était pas satisfaisant voir ingrat par moment.

Certains avaient de gros problèmes financiers et du fait de la quantité de travail à fournir, ils ne pouvaient pas trouver de jobs étudiants. Une phrase de l'un d'eux m'avais particulièrement marquée. Il disait ceci : *« Si j'avais l'occasion de retourner à la fin de mon lycée, je ne referais pas médecine. Mais maintenant que j'y suis et avec tous ces efforts fournis pour passer le concours* [celui de PACES qu'il avait fait 2 fois] *et avec toute l'admiration de ma famille, tout l'argent dépensé par mes parents dans ces études, je ne peux plus arrêter. Je ne peux plus en sortir. Je préfère souffrir encore 5 années et essayer de trouver la spécialité qui me déplaira le moins plutôt que de tout abandonner. Je peux tenir. »*

Depuis ce jour, à chaque fois que l'occasion se présentait de pouvoir parler avec d'autres externes, des internes ou des médecins séniors. Je leur demandais comment s'était passé leur externat et je leur posais cette question. Les réponses étaient très disparates, pour certains c'était le « oui » franc. Pour d'autre des « oui mais… », des « oui car finalement j'ai trouvé une voie qui me plaisait », mais aussi et pas de manière anecdotique, des « non ».

C'est donc pour cela que je me suis attaché à travailler sur ce sujet et à vous proposer ce travail. Je pense que ce thème est très important et touche tout médecin et futur médecin. J'espère qu'il permettra de mieux comprendre les problématiques et d'aider au mieux les étudiants qui se posent cette question aujourd'hui *:« Est-ce que tu ferais à nouveau médecine ? »*

II. Introduction

Les études de médecine sont reconnues comme faisant partie des études les plus dures des différents cursus universitaires, à la fois sur le plan des connaissances académiques à acquérir mais aussi sur le plan émotionnel.[1] En France, ce sont des études qui s'organisent de la manière suivante. Une première étape comprenant 6 années d'études avec (au moment de la rédaction de cette thèse), un premier concours à la fin de la première année commune à plusieurs professions (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique et kinésithérapie), permettant une première sélection des étudiants qui pourront accéder aux études de médecine.

Les places permettant l'accès à la suite des études de médecine varient en fonction des villes et des années. A Rouen par exemple, on retrouve en moyenne entre 200 et 250 places.
Viennent ensuite, 5 années de formation générale en soins médicaux pour la 2ème et la 3ème année de médecine puis de formation approfondie en soins médicaux (autrement appelées « externat ») à partir de la 4ème année, jusqu'à la 6ème année de médecine. A l'issue de cette première phase de formation, on retrouve un 2ème concours. Cette fois, permettant de choisir la future spécialité médicale que l'étudiant pratiquera et faisant entrer celui-ci dans la période de l'internat, qui dure selon les spécialités de 3 à 5 ans.

La vie professionnelle des étudiants en médecine en France, débute donc à partir de la 4ème année ou DFASM1 (Diplôme de Formation Approfondie en Soins Médicaux 1, encore appelée D2). Durant ces 3 années de formations approfondies, les étudiants en médecine vont faire plusieurs stages à l'hôpital (environ 12) dans divers services. A Rouen, ces stages vont varier de 6 à 10 semaines en journée complète alternant avec des périodes de révisions de même durée pour les 4ème et 5ème année (DFASM 2) et en demi-journée durant toute l'année pour les 6ème années (DFASM 3). Ceci afin d'avoir une vision la plus globale possible des différentes spécialités médicales proposées et permettre un choix éclairé après passage de l'ECN. Ils doivent également durant cette période effectuer 25 gardes allant de 8h pour les gardes en semaine, à 24h pour les gardes du week-end, dans les différents services du CHU.

Ainsi, les externes en médecine présentent un double statut, celui d'étudiant qui les rattache à la faculté de médecine de Rouen mais également le statut de salarié avec le début de la rémunération

par le CHU et donc, de part ce deuxième statut, les rattache au service de médecine du travail du CHU de Rouen.
Il faut également savoir qu'après la période de l'externat et après le choix de la spécialité, une fois passé l'ECN. Les étudiants vont entrer dans une période appelée « internat » qui va avoir une durée allant de 3 à 5 ans en fonction de la spécialité choisie.
Comme on peut le voir, ce sont des études longues (entre 10 et 13 ans), qui demandent du temps et un investissement personnel très conséquent pour pouvoir exercer cette profession. C'est pour cela qu'un certain nombre d'études ont été menées au cours de ces dernières années et ont permis de montrer des effets sur la santé psychique des étudiants en médecine[2], l'accroissement de l'anxiété et des symptômes dépressifs.[3]

Depuis plus de 100 ans, il existe des données relatant un mal-être chez les médecins. Une étude américaine de 1903 publiée dans le JAMA[4] (Journal de l'Association Américaine de Médecine) avait déjà montré qu'il existait un taux plus important de suicide chez les médecins que dans la population générale. Depuis, de nombreuses études réalisées en France et dans le monde au cours de ces vingt dernières années ont permis de montrer que l'état de santé psychique et physique des médecins s'était fortement dégradé. Ce constat a également été fait chez les internes et les étudiants en médecine à moindre échelle à la fois dans le milieu médical mais aussi dans le grand public via des témoignages (*Omerta à l'hôpital* de Valérie Auslender, médecin généraliste), des BD (Vie de carabin, interne), de nombreux articles de journaux, revue, série télévisée et films traitant de ce sujet (*Hippocrate* ou *Première année* de Thomas Lilti, médecin généraliste).

Chaque année, on rapporte dans les médias une dizaine de cas de suicides chez les internes en France. Si on regarde les chiffres du ministère des solidarités et de la santé [5], on retrouve un taux approximatif de 33 pour 100 000 alors que dans la population générale, le taux est à 10.9 pour 100 000 dans la même tranche d'âge (25-30 ans). Si l'on prend en considération qu'il y a environ 30 000 internes en France, cela fait donc un risque 3 fois plus important qu'un interne se suicide qu'une personne de même âge dans la population générale.

Afin de mieux comprendre la situation concernant les étudiants en médecine. Il faut que nous nous intéressions aux ressentis, à l'état de santé mentale des docteurs en médecine et aux internes. Nous allons partir de ce qui a été fait et observé sur ce sujet d'un point de vue mondial et international pour ensuite nous rapprocher des études françaises puis régionales.

Tout d'abord, sur le plan mondial, on peut prendre comme exemple, la méta-analyse réalisée en 2004 par E.Schernhammer.[6] Elle était partie du postulat qu'au cours des années précédentes, les études montraient que le taux de suicide chez les médecins était plus haut que dans la population générale. Ainsi, elle a regroupé 25 études parmi les 454 retrouvée entre 1966 et 2003. Les études sélectionnées étaient celles pour lesquelles on parlait de suicide et de mortalité dans les objectifs d'études et non d'idées, de risques, de tendance suicidaire, d'épuisement professionnel. Finalement, cette étude a permis de montrer que le taux de suicide chez les médecins était de 1.41 chez les hommes (soit une augmentation de 40%) et de 2.27 chez les femmes (soit une augmentation de 120%) par rapport à la population générale.

Comme autre étude sur ce sujet, nous pouvons prendre la méta-analyse publiée dans le JAMA en 2015 sur la prévalence des syndromes dépressifs et de la dépression chez les internes.[7] Cette étude partait du postulat que les internes étaient à haut risque de dépression mais que les taux variaient entre les différentes études réalisées jusqu'alors. Ils ont ainsi utilisé pour cette méta-analyse, 54 études publiées entre 1963 et 2015. Au total, il y a eu 17 000 internes recensés dans cette méta-analyse et elle a permis de montrer que la prévalence des syndromes dépressifs dans cette population d'internes était de 28.8%. En rapportant ce chiffre à la prévalence des syndromes dépressifs dans la population générale, qui est de 10 % en France[8], cela permet de nous donner une idée de la situation, de se rendre compte de la difficulté et de la charge mentale que peut subir cette population particulière. Il faut cependant nuancer ces chiffres par le fait que les critères de définition de syndrome dépressif de ces 2 études ne sont pas exactement les mêmes. La méta-analyse mondiale sur les internes regroupait ces échelles diagnostiques : BDI, CES-D, PRIME-MD, PHQ-P, SDS et HANDS ; alors que l'étude sur la population générale française utilisait ces échelles : CIDI-SF, MINI, CES-D, GDS, BDI, HANDS ainsi que les critères de définition du DSM-4.

Parmi les autres grandes études réalisées et notamment à l'échelle européenne, on retrouve celle de l'EGPRN[9] (European General Practice Research Network). Elle avait pour but de déterminer la prévalence de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Ainsi, cette étude a permis de montrer que 43% des médecins généralistes présentaient un syndrome d'épuisement professionnel et que 32.7% souhaitaient changer de métier. En France, en 2012, le taux de prévalence du syndrome d'épuisement professionnel était de 1.4% chez les hommes et de 3.1% chez les femmes selon le bulletin épidémiologique de 2015 de l'INVS. [10] Même si ces résultats ne sont pas comparables car les échelles et critères diagnostics d'épuisement professionnel utilisés pour les 2 études ne sont pas identiques (MDI : Maslach Burnout Inventory pour l'étude européenne et les critères du CIM-10

pour l'étude française), cela permet de nous donner une idée générale sur la différence entre les différentes populations.

On retrouve ensuite au niveau national, une première étude faite par le Dr.Barbarin en 2009 [11], ayant permis de montrer que 44.7% des internes en médecine générale présentaient un syndrome d'épuisement professionnel. Toujours en France, cette fois-ci dans une enquête de 2017 où l'intersyndicale des internes a montré que parmi 7631 internes ayant répondu, 66% souffraient d'anxiété contre 26% dans la population générale, 28% souffraient de syndrome dépressif contre 10% dans la population générale [12] (selon l'échelle HAD). Elle a également retrouvé dans cette étude que 23.7% d'entre-deux avaient des idées suicidaires et que 3.4% des internes avaient déjà réalisé une tentative d'autolyse.

Enfin au niveau régional, une première étude menée par le Dr.Picquendar[13] pour un travail de thèse en 2016 avait montré que 43.3% des médecins généralistes de Haute-Normandie présentaient un syndrome d'épuisement professionnel (selon l'échelle MBI). Ce chiffre était donc en corrélation avec celui retrouvé sur la population de médecin généraliste à l'échelle Européenne décrit ci-dessus et qui utilisait la même échelle diagnostique.
Une autre étude, cette fois-ci pour la soutenance de thèse du Dr.Linant Marine[14] en 2018 nous permet d'avoir, pour la première fois, des données sur le ressenti, les conditions de vie et l'état de santé des internes en médecine générale de l'université de Rouen. Elle a également étudié la relation entre la médecine du travail et cette population d'interne. Elle a pu montrer que, parmi les 169 internes ayant répondu à l'enquête, 43% trouvaient que la médecine du travail était inexistante, 39% trouvaient que l'organisation était moyenne. 67% souffraient de stress et d'anxiété, 65% de fatigue chronique, 45% négligeaient leur hygiène de vie.

Si nous nous intéressons maintenant aux étudiants en médecine avant l'internat, parmi les études réalisées à l'échelle mondiale. On retrouve une étude en 2016 qui avait fait une méta-analyse et une revue systématique des données actuelles sur la prévalence de la dépression, des symptômes dépressifs et des idées suicidaires chez les étudiants en médecine. [15]
Elle avait permis de rassembler les données de 183 études avec environ 123 000 étudiants dans 43 pays et avait montré que la prévalence générale de la dépression ou des symptômes dépressifs chez cette population d'externes était de 27,2%. Elle a également permis de recueillir que les idées suicidaires chez les externes étaient de 11.1%. Dans leur conclusion, les chercheurs estiment que

l'une des causes possibles de ces chiffres était le stress et l'anxiété prédominants dans les études de médecine du fait de la grande compétitivité présente dans celles-ci.

Une autre méta-analyse de 2019, évaluant cette fois l'anxiété[16], a repris les données de 69 études avec environ 40 000 étudiants en médecine et avait pu retrouver que la prévalence de l'anxiété était de 33.8%. Anxiété qui, par ailleurs, peut être responsable de symptômes physiques comme de l'asthénie, des céphalées, des nausées, des palpitations, des douleurs abdominales, des sensations de souffle coupé et d'incontinence urinaire[17]. Elle peut également être responsable sur le plan psychique de troubles de l'attention et de la concentration[18], de troubles de la mémoire de travail[19] et d'atteintes des fonctions sensitives.[20]

Frajerman & Al ont également réalisé en 2017, une méta-analyse sur le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out » chez les étudiants en médecine avant l'internat[21]. Ils ont récupéré les données de 24 études réalisées entre janvier 2010 et décembre 2017. Ainsi sur les 17 000 étudiants de l'étude, 8060 souffraient d'un syndrome d'épuisement professionnel (44.2%) et il touchait aussi bien les hommes que les femmes. Encore une fois, ce chiffre reste très proche du chiffre retrouvé dans la population de médecins généralistes en France et en Europe. On peut donc penser que l'épuisement professionnel est un sentiment apparaissant dès l'externat et qui se maintient durant toute la formation médicale et au-delà, une fois le diplôme de docteur en médecine acquis.
Ils ont également montré que les pays d'Océanie et du Moyen-Orient avaient une prévalence plus importante pour le burn-out.

Au niveau national, les travaux de thèse réalisés les années précédentes ont pu montrer certaines caractéristiques communes par rapport aux études internationales. Notamment les travaux de thèse du Dr.Danset Alban qui avait étudié la santé psychique des externes en médecine de DFASM 1 jusqu'en DFASM 3 dans 2 grandes facultés de France, celle de Tours et celle de Paris VII. [22]
Il montre dans cette étude, que dans ces 2 facultés, les résultats étaient similaires, que chez les 1036 étudiants retenus, il y avait 40% d'anxiété et que 70% parmi ceux-ci présentaient au moins un des critères du burn-out syndrome, 57% présentaient des troubles du sommeil, 35% estimaient avoir une mauvaise qualité de vie, 63% avaient déjà songé à renoncer à leur études, 21% présentaient des idées suicidaires et que 2% avaient déjà réalisé une ou plusieurs tentatives de suicide.
Dans cette même étude, en ce qui concerne la consommation de substance, on retrouve que 6.4% des étudiants étaient des consommateurs de cannabis, 9.6% des consommateurs de drogues dures (cocaïne, MDMA ou autres), 24% des consommateurs de stimulants, 37% des consommateurs

d'anxiolytiques, 26% des consommateurs de somnifères et 13% des consommateurs d'antidépresseurs.

L'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France) a publié en octobre 2019, un rapport complet nommé « enquête précarité » [23] permettant de faire un état des lieux de quelques éléments concernant le quotidien des étudiants et leurs études en termes de rémunération et de niveau de vie. Ils ont, pour cette étude, envoyé un questionnaire via Facebook et Twitter (deux réseaux sociaux internet) à tous les étudiants en médecine de France (toutes années confondues) et ont eu 8249 réponses d'étudiants. Tout d'abord sur le plan financier, 40.7% des étudiants se trouvaient en difficulté financière, 23.6% des étudiants avaient déjà pensé à arrêter leurs études à cause de soucis financiers, 59.5% étaient totalement dépendants de leurs parents et 69.6% avaient arrêté leurs activités de loisirs. En terme d'anxiété, entre la P2 et la D4, le taux augmentait et passait de 32.6% à 45.8%. Sur le plan alimentaire, 35.2% sautaient un repas par semaine et seulement 32.6% déclaraient manger équilibré. Enfin cette étude nous donne en conclusion que 46.5% des étudiants en médecine ne recommandaient pas leurs propres études.

Sur le plan national, on peut également citer les travaux du Dr Jouault Amélie et du Dr Eudeline Sara qui, pour leur soutenance de thèse, ont fait un recueil de données de 2179 internes en médecine générale concernant les violences subies aux cours de leurs études et notamment durant les stages et enseignements. Elles ont ainsi pu retrouver que 93% des étudiants en médecine avaient subi au cours de leurs études, des violences psychologiques délivrées par des supérieurs hiérarchiques ou personnels médicaux.

Enfin, sur le plan régional, une enquête intéressante menée dans la faculté de médecine de Caen avait permis de montrer que déjà durant la période de pré-externat, 42.6% des 312 étudiants en médecine interrogés présentaient des signes évocateurs de syndrome d'épuisement professionnel. [24]

On a donc une bonne connaissance d'une certaine partie de la problématique que représente les difficultés psychiques rencontrées par le personnel médical (étudiants et médecins). Nous avons beaucoup de données sur le syndrome d'épuisement professionnel, sur l'anxiété, sur les idées suicidaires et le risque de suicide, ainsi que sur la consommation de substances illicites grâce aux nombreuses études faites sur le plan international et aux méta-analyses qui en ont découlées.

En revanche, il nous reste des incertitudes, notamment chez les étudiants en médecine durant l'externat, sur la genèse de cette charge mentale excessive, de l'anxiété et des diverses difficultés psychiques.

L'objectif principal de cette étude était donc de déterminer les besoins du suivi médical par la médecine du travail chez les externes travaillant au CHU de Rouen.
Les objectifs secondaires étaient de recueillir leur ressenti par rapport à leurs études, de connaître leur point de vue et leur connaissance à propos de la médecine du travail, d'étudier leur mode de vie, de connaitre leur état de santé physique et psychique et rechercher des signes de mal-être, de dépression, d'épuisement, de difficultés en stage notamment relationnelles et professionnelles, de difficultés par rapport à leur formation. D'améliorer le suivi médical des externes afin de limiter les risques psycho-sociaux dans la suite de leur carrière médicale notamment durant la période de l'internat.

III. Méthode

1) L'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle épidémiologique analytique, de cohorte, rétrospective et monocentrique.

2) Population et lieu de l'étude

a. Critères d'inclusion

La population inclue dans l'étude comprenait : les étudiants en médecine, homme ou femme, en 4ème, 5ème ou 6ème année de médecine, étudiant à l'université de Rouen et travaillant au CHU de Rouen ainsi que dans les centres hospitaliers rattachés à ce CHU (Centre hospitalier de Bois-Guillaume, de Saint-Julien et du Rouvray). L'objectif concernant le nombre de personnes à inclure dans l'étude a été fixé à priori à 500 étudiants pour avoir un effectif proche d'une population étudiante classique en étude de médecine à Rouen. Le consentement pour la participation à l'étude était donné à l'oral durant les entretiens et était révocable à tout instant de l'étude.

b. Critères d'exclusion

Etaient exclus de l'étude, les étudiants en médecine en 1ère, 2ème ou 3ème année de médecine, c'est-à-dire avant l'externat, les étudiants en 7ème année et plus, ce qui correspond à l'internat et tous les étudiants rattachés à d'autres universités que celle de Rouen. Les étudiants ne donnant pas leur consentement pour répondre au questionnaire était également exclus.

3) Questionnaire (exemple en annexe)

Le questionnaire utilisé a été créé spécialement pour cette étude. Il a été rédigé par mes soins avec la relecture et l'approbation des médecins séniors du service de médecine de santé au travail du CHU (Pr.GEHANNO, Dr.ROLLIN, Dr.ANSELME et Dr.BOYER). Il était composé de 21 questions qui portaient sur les thèmes suivants : la reconnaissance professionnelle et le ressenti des étudiants à propos de leurs études. L'état de santé général des étudiants et enfin le rapport des étudiants avec le service de médecine de santé au travail. De plus, les questions concernant la « dépression » du questionnaire HAD ont été intégrées au questionnaire de l'étude.

4) Recueil des données

Les étudiants inclus dans l'étude étaient ensuite convoqués nominativement à venir dans le service de médecine du travail du CHU de Rouen. Pour les étudiants en 4ème année, il s'agissait de leur faire passer une visite médicale d'embauche classique. Pour rappel, à l'hôpital public, cette visite est obligatoire pour tout nouveau salarié embauché à l'hôpital, à la différence du privé, où cette visite d'embauche a été remplacée par la visite d'information et de prévention. En ce qui concerne les étudiants en 5ème année et 6ème année, il s'agissait de faire soit une visite d'embauche s'ils n'avaient pas pu en bénéficier durant leur 4ème année, soit de leur faire une visite de suivi classique s'ils avaient déjà eu leur visite d'embauche et de leur donner le questionnaire de l'étude durant cette visite. La consultation était réalisée soit par un médecin sénior soit par un interne du service de médecine de santé au travail. Dans le cas où les étudiants en 5ème et 6ème année ne pouvaient pas se déplacer, une téléconsultation était réalisée avec envoi d'un lien internet par mail pour remplir le questionnaire.

Durant cette visite, étaient proposés systématiquement à tous les étudiants, un interrogatoire et un examen clinique classique complet.

L'interrogatoire portait sur les éléments suivants :

- antécédents médicaux et chirurgicaux, personnels comme familiaux.
- antécédents d'accident du travail, d'accident de trajet ou d'un accident d'exposition au sang/viral (AES/AEV), l'existence d'une maladie professionnelle.
- le service dans lequel l'étudiant était en stage lors de l'entretien
- ses horaires de travail.
- le mode de vie (consommation tabagique, alcoolique ou d'autres substances, activité sportive, allergie, emplois précédents, situation familiale, mode de transport et durée des trajets, enfants)
- une vérification du carnet vaccinal.
- les traitements médicamenteux ou autre thérapie en cours.

L'examen clinique réalisé ensuite comprenait :

- Une prise de la pression artérielle allongée et au repos.
- Une mesure du poids et de la taille avec calcul de l'indice de masse corporel (IMC).
- La recherche d'une altération de l'état général (anorexie, asthénie, amaigrissement). Si amaigrissement, un calcul de cinétique de poids était réalisé afin de rechercher une éventuelle dénutrition.
- La recherche d'un syndrome fébrile et si oui, une prise de température axillaire.
- Un examen cardio-vasculaire classique avec la recherche de palpitations cardiaques, une auscultation cardio-vasculaire à la recherche d'un souffle cardiaque, une recherche de douleur cardiaque à l'effort ou au repos.
- Un examen pulmonaire avec une auscultation à la recherche d'une anomalie ventilatoire alvéolaire ou d'un foyer auscultatoire, la recherche d'une toux ou d'une dyspnée.
- Un examen ostéoarticulaire à la recherche d'une arthralgie, de tendinopathie, de bursite ou d'atteinte de coiffe (chevilles, genoux, hanches, coudes, poignets ou épaules), la recherche d'une douleur au niveau du rachis à type de lombalgies ou de cruralgies ou d'une anomalie de statique dorsale (scoliose, déviation axiale)
- Un examen neurologique à la recherche de céphalées, d'un trouble sensitivo-moteur ou d'une anomalie des paires crâniennes. La recherche d'un trouble de la vision ou d'un trouble auditif évaluée par un audiotest ou un visiotest si besoin.
- Un examen abdominal avec la recherche d'un trouble du transit, d'une douleur abdominale à la palpation, d'une masse. La recherche également de la présence de signes fonctionnels urinaires.

- Un examen des téguments à la recherche d'une anomalie cutanée type eczéma, acné, nævi anormaux, xérose cutanée, allergie.
- Une évaluation psychologique sommaire sur la qualité du sommeil et l'état d'esprit de l'étudiant(e), son moral, les diverses difficultés éventuelles auxquelles il ou elle était confronté(e) au cours de ses études.

Les étudiants qui avaient déjà eu leur visite d'embauche étaient aussi contactés. Ceci permettait de faire le point sur leur état de santé, s'ils avaient des besoins particuliers et d'assurer un suivi régulier.
Était présenté ensuite à l'étudiant(e) en fin de consultation, le questionnaire (voir annexe) crée spécialement pour l'étude et constitué de 21 questions décrit dans la partie « 3 » si dessus.
Les données de l'examen clinique et de l'interrogatoire étaient inscrites dans le dossier médical de l'étudiant et dans le logiciel de médecine du travail du CHU de Rouen (Kitry) par le médecin qui avait mené la consultation. Les questionnaires étaient ensuite recueillis par l'investigateur et saisis dans un tableau Excel.

5) Analyse statistique

L'analyse statistique a été faite via le logiciel STATA. Des tests de chi2 ou de Fisher, selon les effectifs, ont été utilisés pour mettre en évidence des différences significatives selon le genre des étudiants et l'année d'étude. La différence était considérée comme significative si $p<0.05$. Des tests de Student ont été utilisés pour les comparaisons de moyenne.

6) Déroulement de l'étude et difficultés rencontrées

La période d'inclusion a été de février 2020 à décembre 2020. Au total, 494 étudiants ont répondu au questionnaire. Ces 494 étudiants étaient répartis dans 4 promotions : DFASM 3 (2019-2020), DFASM 3 (2020-2021), DFASM 2 (2020-2021) et DFASM 1 (2020-2021). 209 étudiants ont été convoqué en médecine du travail ou ont bénéficié d'une téléconsultation et 285 ont seulement eu le questionnaire (voir explication ci-dessous).

Les principales difficultés rencontrées au cours de l'étude ont été l'accessibilité aux listes des étudiants en médecine pour pouvoir envoyer les convocations à leur rendez-vous en médecine du travail et l'organisation des consultations pour les étudiants durant la période de crise sanitaire liée à la COVID-19. Celle-ci a entrainé dans un premier temps, une diminution du nombre de consultation physique au profit des téléconsultations afin de diminuer le risque de transmission du virus avant de devoir être arrêtées complètement. Ainsi pour avoir une plus grande participation, un questionnaire virtuel via *Google Forms* (identique à la version papier), a été envoyé aux étudiants par mail ou via le réseau sociale Facebook, pour lesquels aucune visite dite « physique » ou téléconsultation n'avait pu être réalisée. A savoir qu'en cas de non-réponse à 3 appels téléphoniques sur 3 jours différents, l'étudiant n'était plus contacté par téléphone mais via les systèmes numériques. Une comparaison des résultats selon le type de participation a été effectuée à l'aide de tests du chi2 et de Student afin de vérifier s'il existait une différence significative dans les réponses entre les deux groupes.

7) Considérations éthiques et conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été à signaler durant la réalisation de cette étude. Aucun promoteur n'a participé à l'élaboration de cette étude. Les étudiants étaient libres de remplir ou non le questionnaire.

IV. Résultats

A la fin des 10 mois de recueil de données, 494 étudiants avaient participé à l'étude. En sachant qu'il y a environ 200 à 220 étudiants dans une promotion Rouennaise, cela fait 494 étudiants sur approximativement 800/880 étudiants. Il faut savoir qu'environ la moitié de la population a répondu au questionnaire en ligne et que l'autre y a répondu en présentiel. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les étudiants ayant répondu au questionnaire en ligne et en présentiel. Les 2 populations ont donc été regroupées dans l'analyse. [Pour simple précision avant de détailler les résultats, les pourcentages mis entre parenthèse représentent à chaque fois le pourcentage par rapport à la population totale des étudiants]. (A la fin de la partie résultat, se trouvent les tableaux analytiques des données obtenus par les questionnaires).

I. *Description de la population*

Ainsi, parmi ces 494 étudiants, on retrouve 321 femmes (65%) et 173 hommes (35%). Concernant les promotions, nous avions 118 étudiants en DFASM 1 (24%), 177 en DFASM 2 (36%) et 199 en DFASM 3 (40%). A savoir que les externes ayant participé avaient tentre 21 et 24 ans. Un seul étudiant parmi l'ensemble de la cohorte interrogé à refuser de participer et de répondre au questionnaire.

	DFASM 1	DFASM 2	DFASM 3	Total
Homme	45	57	71	173
Femme	73	120	128	321
Total	118	177	199	494

Tableau 1 - Effectifs H/F et effectifs promotions

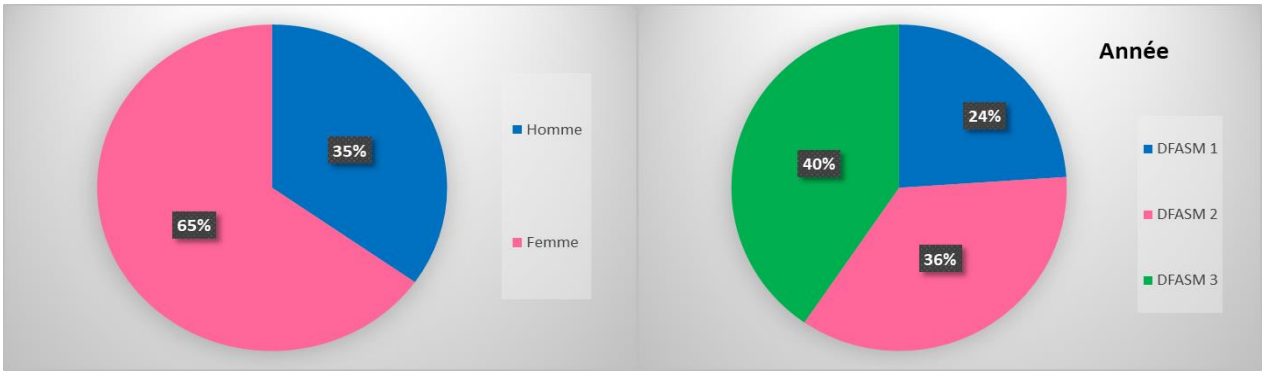
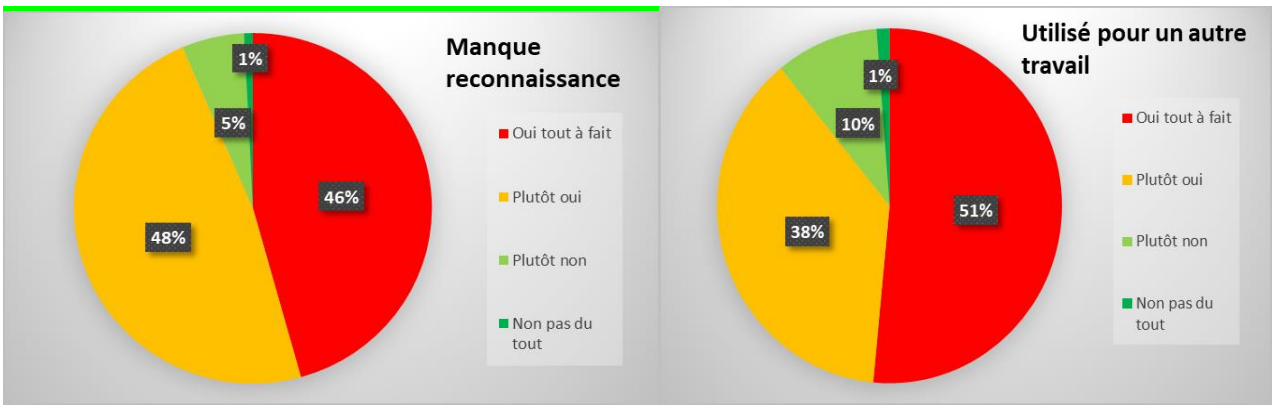


Figure 1 - Répartition H/F et répartition par promotions

II. *Reconnaissance professionnelle et ressenti au travail*

Concernant le manque de reconnaissance dans le travail des externes (question 1), 465 étudiants (94%) ont estimé que leur travail n'était pas ou peu reconnu avec une différence significative selon le genre (96% - 307/321 chez les femmes contre 89% - 155/173 chez les hommes avec p=0.001). Les étudiants ont estimé que leur travail n'était notamment pas reconnu par le personnel médical dans 89% des cas, par le personnel non-médical (ASH, AS, Secrétaire) dans 74% des cas et par les

patients dans 15% des cas. La proportion d'étudiants estimant avoir effectué un travail qui ne correspondait pas à leurs attributions était de 89%, avec une différence significative selon l'année d'étude (79% - 93/118 en 4ème année, 92% - 163/177 en 5ème année et 93% - 190/199 en 6ème année, avec p =0.001).



Figures 2 - Répartition questions 1 et 2 : manque de reconnaissance des externes et travail hors mission

III. Ressenti sur les études de médecine

Concernant les études de médecine de manière générale (question 3), la majeure partie des étudiants : 374 (75%), estimaient que la durée de 6 ans de leur cursus était satisfaisante. Le reste d'entre-eux pensait majoritairement que ces études étaient trop longues (111 étudiants – 22%) et aurait préféré un cursus mieux étalé sur le plan des connaissances avec une durée maximale de 5 voir 4 ans pour respectivement 70 (14%) et 26 (5%) d'entre-eux, avec une différence significative selon le genre (29% - 51/173 hommes contre 18% - 59/320 femmes avec p=0.012). A noter que 9 étudiants (1.9%), voudraient que les études de médecine soit plus longues et durent 7 années au lieu de 6.

Pour quasiment la motié des étudiants : 226 (45%), les études de médecine ne se sont pas déroulées comme ils l'avaient espéré (question 4) avec une différence significative selon l'année d'étude (62.7% des DFASM 1 contre 50% et 54% respectivement chez les DFASM 2 et 3, pour un p=0.006).

424 étudiants (85%) ont du faire des sacrifices pour pouvoir poursuivre leur cursus universitaire (question 5) avec une différence significative selon le genre (88% - 282/319 femmes contre 79.2% - 137/173 hommes pour un p=0.006).

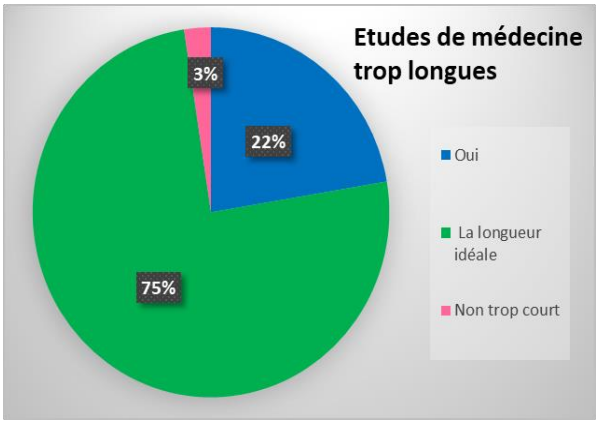
Parmi ces étudiants ayant fait des sacrifices, 51.7% (194/375) ont dû diminuer ou arrêter complètement une activité extra-universitaire comme une activité sportive, ou une activité artistique par exemple. Ce phénomène était significativement plus important chez les hommes que chez les femmes avec 59.3% des hommes (70/118) contre 48.2% des femmes (124/257) avec p=0.046. 11.2% (42/375) des étudiants ont dû mettre fin à une relation amoureuse. 33,3% (125/375) ont dû mettre fin à des relations amicales et/ou fortement limiter leurs relations sociales notamment chez les femmes : 37.3% (96/257) contre 24.6% (29/118) des hommes (p=0.015). Par ailleurs, on remarque également que plus on avance dans les années et moins les étudiants se plaignent de moins voir ou d'avoir perdu des amis puisque l'on passe de 43.5% (40/92) en DFASM 1 à 24.8% (37/149) en DFASM 3 (p=0.009).

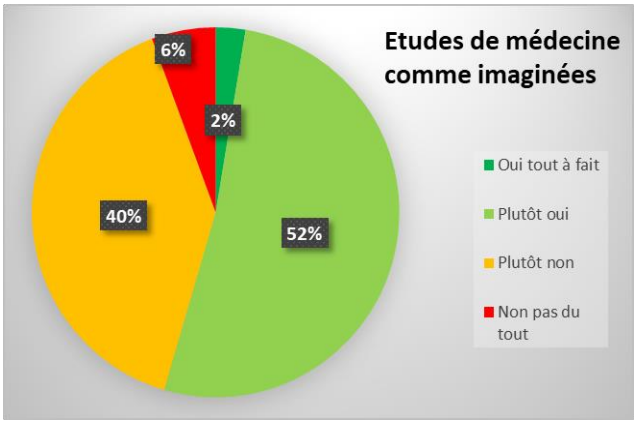
54.9% (206/375) des étudiants exprimaient un manque de temps pour eux-mêmes afin par exemple de prendre des vacances, de s'occuper de leur santé physique et psychique, de sortir le week-end, de s'interesser à la culture, d'aller au cinéma ou dans des musées…
Idem que pour l'item précédent, on retrouve ici une dichotomie femme/homme avec 59.1% (152/257) des femmes contre 45.8% (54/118) des hommes avec p=0.016. A contrario de l'item précedent, on peut voir que plus on monte dans les années et moins on a de temps pour soi. 63.1% (94/149) des DFASM 3 exprimaient ce problème contre 47.8% (44/92) des DFASM 1 (p=0.033).

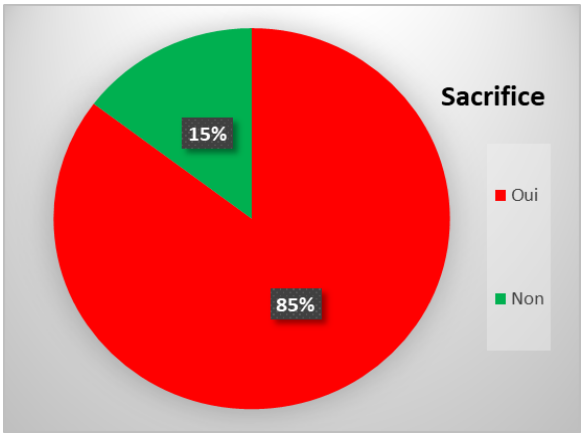
Ils étaient 21.1% étudiants (79/375) à déclarer ne pas avoir été assez présents avec leurs familles. Encore une fois, ce sont les femmes qui exprimaient le plus ce problème avec 25.7% (66/257) contre 11% (13/118) des hommes et de manière très significative (p=0.001).

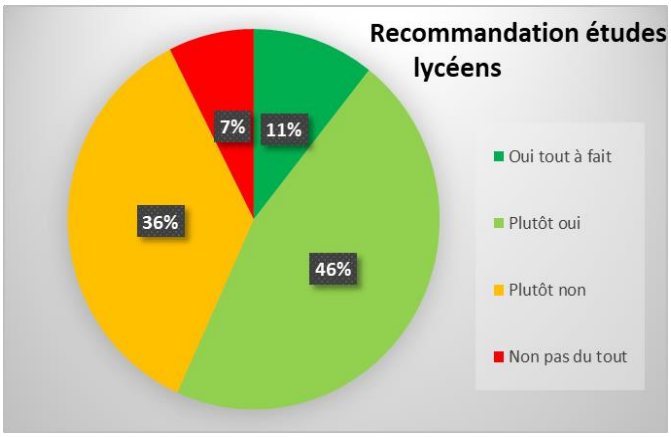
213 étudiants (43%) ne recommanderaient pas à des lycéens de suivre des études de médecine (question 9) et notamment les femmes avec 46% (148/321) contre 37% des hommes (65/173) et p=0.004. 125 étudiants (25%) ne referaient pas ces études s'ils étaient à nouveau en fin de terminale (question 10) et comme pour la question suivante, on retrouvait une quantité plus importante de femmes qui ne recommenceraient pas médecine : 25.5% contre 21% pour les hommes avec p=0.015. En revanche, trois-quart d'entre-eux (76.1%) referaient ce cursus s'ils étaient à nouveau à leur place.

Enfin dernier point, nous pouvons observer que 426 étudiants (86%) avaient fait médecine par choix personnel, 62 (12%) parce qu'ils ne savaient pas quoi faire d'autre et seulement 8 par pression familiale (question 11). Il n'y avait, par ailleurs, pas de différence significative entre les genres et les promotions.









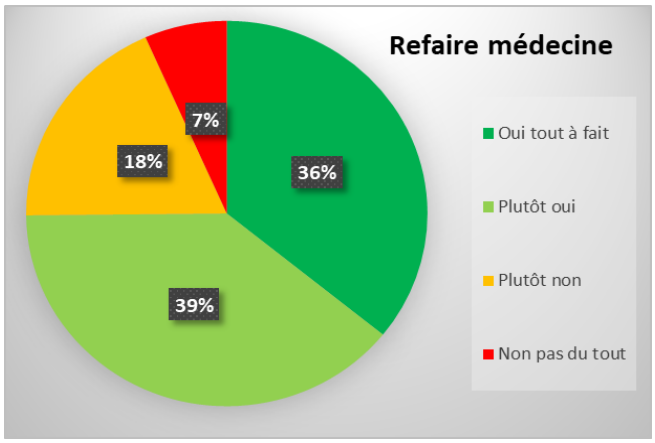
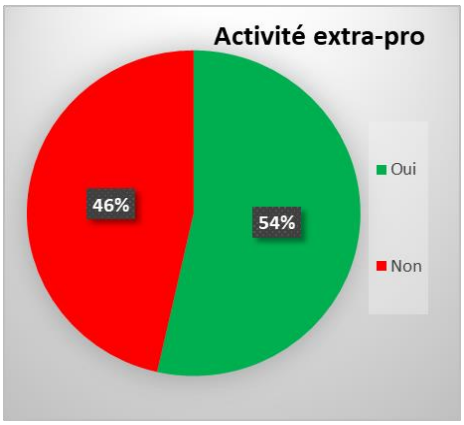


Figure 3 - Répartition questions 3,4,5, 9 et 10 : longueur des études de médecine, études comme espérées et sacrifices entrepris pour continuer ces études, recommandation lycéens et possibilité de refaire médecine

IV. *Condition et mode de vie*

Seulement 267 étudiants (54%) déclaraient avoir une activité extra-professionnelle (voir réparitition Figure 4) sans différence significative entre les genres et les promotions (question 6).
232 étudiants (47%) vivaient seuls, 138 étudiants (28%) vivaient en couple et 73 (15%) vivaient en collocation, à nouveau sans différence significative entre les genres et les promotions.
Enfin 54 (11%) vivaient au domicile parental (question 13).

Sur le plan financier (question 12), la moyenne des revenus mensuels pour un externe était de 641€, sans différence significative selon le genre ou l'année d'études. La proportion d'étudiants déclarant vivre avec moins de 250€ par mois était de 4% dont la moitié se trouvait en difficulté. Pour les autres, 31% avaient entre 250 et 500€ par mois dont un tiers se trouvait en difficulté, 28% avaient entre 500 et 750€ par mois dont un sur 5 se trouvait en difficulté, 20% avaient entre 750 et 1000€ par mois dont un sur 10 se trouvait en difficulté et 7% avaient plus de 1000€ par mois dont un sur 10 se trouvait en difficulté. Sur la base de ces chiffres, on peut dire, que la majorité des étudiants (79%) ne se trouve pas en difficulté financière. Sur la base de ces chiffres, on peut dire, que la majorité des étudiants (352 – 79%) ne se trouve pas en difficulté financière. On note par ailleurs assez logiquement, un gradient de difficulté financière inversement proportionel aux revenus mensuels par étudiant.



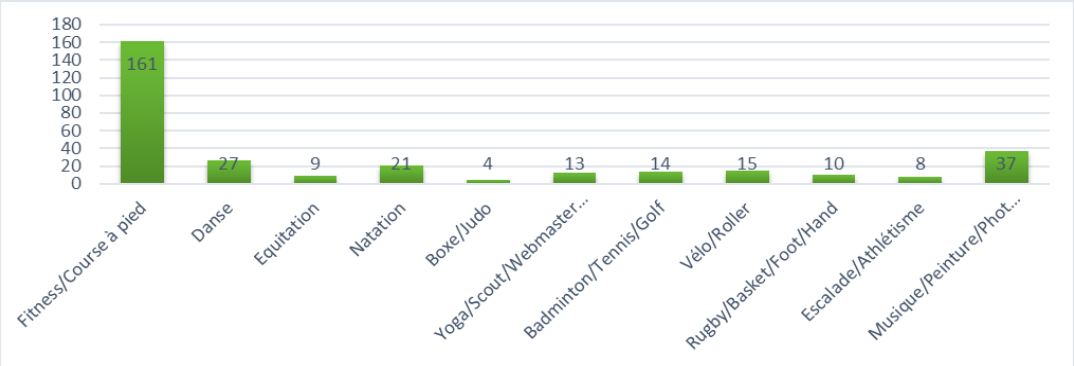
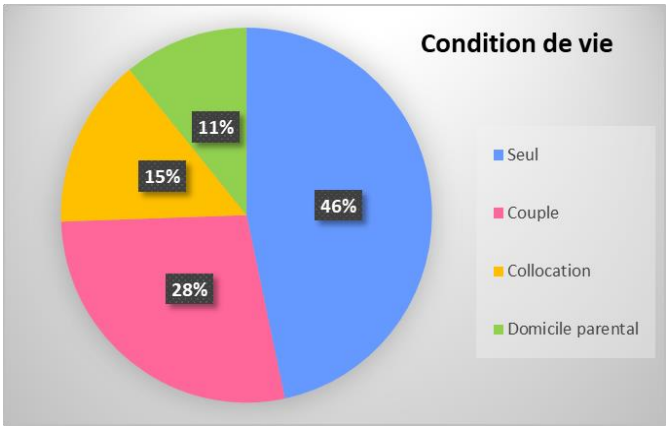
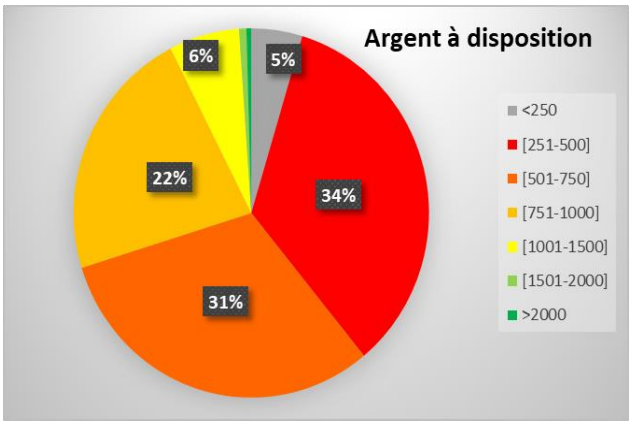


Figure 4 - Répartition question 6 : activité extra-professionnelle





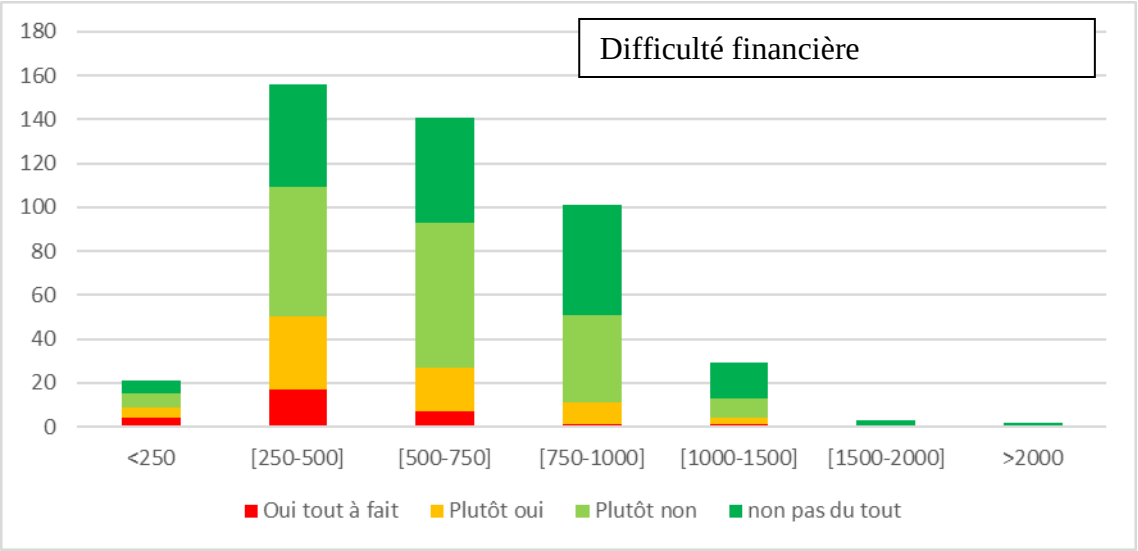


Figure 5 - Répartition questions 12 et 13 : condition de vie et argent à disposition en euros

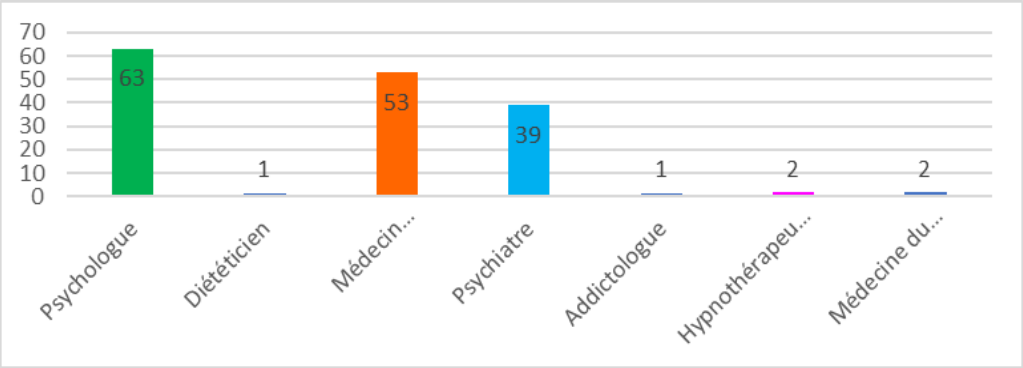
V. *Etat de santé physique, psychique et suivi médical*

D'un point de vue de leur santé globale, 152 étudiants (31%) disaient avoir déjà eu recours à un professionnel de santé pour discuter des soucis rencontrés pendant leurs études (question 7) et notamment les femmes de manière très significative ($p<0.001$) avec 36.1% (116/321) contre 21% des hommes (36/173). On peut voir également sur l'étude analytique que plus les années avancent et plus les étudiants ont tendance à aller consulter un médecin généraliste ou spécialiste pour parler de leurs études. 35.7% (71/199) des DFASM 3 contre 30% (54/177) des DFASM 2 et 22% (27/118) des DFASM 1 avec $p=0.058$.

Ainsi, 63 étudiants (13%) rencontraient un psychologue régulièrement, 53 (11%) leur médecin généraliste, 39 (8%) un psychiatre. Seuls 2 étudiants avaient sollicité le service de santé au travail pour parler des difficultés rencontrées dans leur travail.

Concernant l'état de santé, 403 étudiants (81%) disaient souffrir d'anxiété et de stress au quotidien, 348 (70%) de fatigue chronique ou d'une dette de sommeil importante, 319 (65%) d'une surcharge de travail, 208 (42%) d'un trouble du sommeil, 189 (38%) d'une hygiène de vie négligée, 123 (25%) de troubles gastro-intestinaux, 107 (22%) de troubles ostéo-articulaires, 89 (18%) de troubles du comportement alimentaire et seulement 32 étudiants (6.8%) disaient n'avoir aucun symptôme/affection (question 14).

Si on précise ces résultats en regardant les données analytiques, on retrouve une association très significative entre le genre féminin et le stress/anxiété ($p<0.001$) avec 87.2% des femmes (280/321) contre 71.1% des hommes (123/173). Idem pour la fatigue chronique ($p<0.001$) avec 76.6% (246/321) contre 57.8% (100/173), pour la surcharge de travail ($p<0.001$) avec 70.4% (226/321) contre 53.8% (93/173), pour les troubles ostéo-articulaires ($p=0.017$) avec 24.9% (80/321) contre 15.6% (27/173) et pour les troubles du comportements alimentaires ($p=0.006$) avec 21.5% (69/321) contre 11.6% (20/173).
A l'inverse, on ne retrouve pas d'association significative en fonction du genre et de la promotion pour l'hygiène de vie négligée, les troubles gastro-intestinaux, les troubles du sommeil.



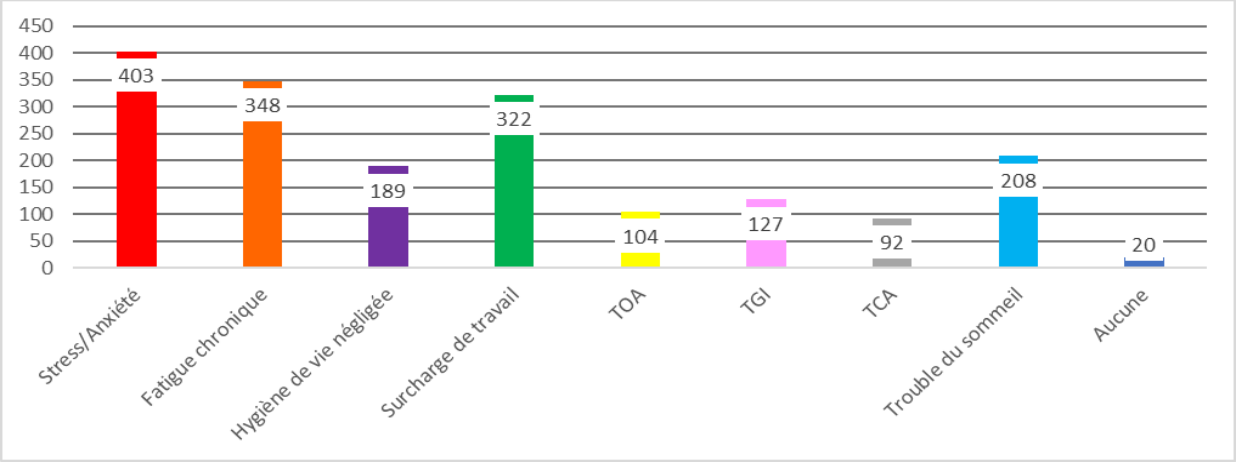


Figure 6 - Répartition questions 7 et 14 : suivi professionnel de santé et affection

D'un point de vue de la santé mentale et le syndrome dépressif en particulier, un sous-test via l'échelle HAD uniquement sur le versant dépression a été réalisé dans le questionnaire donné aux étudiants (question 15). Celui-ci était divisé en 4 catégories : un score entre 0 et 7 = pas de dépression ; entre 8 et 10, probable dépression. ; Entre 11 et 14 dépression légère à modérée et supérieur à 15 = dépression sévère. Ainsi chez les étudiants en médecine, on retrouvait une moyenne à 5.3/21. 395 étudiants (79%) ne présentaient pas de dépression. 82 étudiants (17%) présentaient un syndrome dépressif probable. 17 étudiants (3%) présentaient une dépression légère à modérée et 3 étudiants (<1%) présentaient une dépression sévère. Il n'y avait pas de différence significative (p=1) entre le genre et la présence d'une dépression.

A nouveau si l'on regarde les données analytiques de la population, on retrouve qu'il existe une association significative entre le genre féminin et le fait de moins ou de ne plus prendre de plaisir au quotidien avec 65% (208/321) des femmes contre 55% (95/173) des hommes avec p=0.018. Idem pour le fait d'être de moins ou de ne plus être de bonne humeur avec 96% (307/321) des femmes contre 89% (157/173) des hommes (p=0.011),

Du point de vue de la promotion, on peut voir qu'il existe une association significative entre le fait d'être en DFASM 3 et de moins prendre de plaisir au quotidien avec 63% (130/199) de DFASM 3 contre 57% (101/177) de DFASM 2 et 61% (72/118) de DFASM 1 (p=0.011). Il existe également une association significative (p=0.005) entre le fait d'être en DFASM 1 et de se sentir plus ralenti qu'auparavant : 91% (107/118) contre 79% des DFASM 2 et 81% des DFASM 3.

Idem pour le fait de moins faire attention à son apparence qu'auparavant avec 63% (74/118) contre 46% (82/177) des DFASM2 et 47% (94/199) des DFASM 3 avec p=0.038

Il n'y a aucune association statistiquement significative entre le genre ou la promotion et le fait de moins rire au quotidien, l'envie de participer à une activité en groupe et le plaisir de lire ou de regarder la télévision.

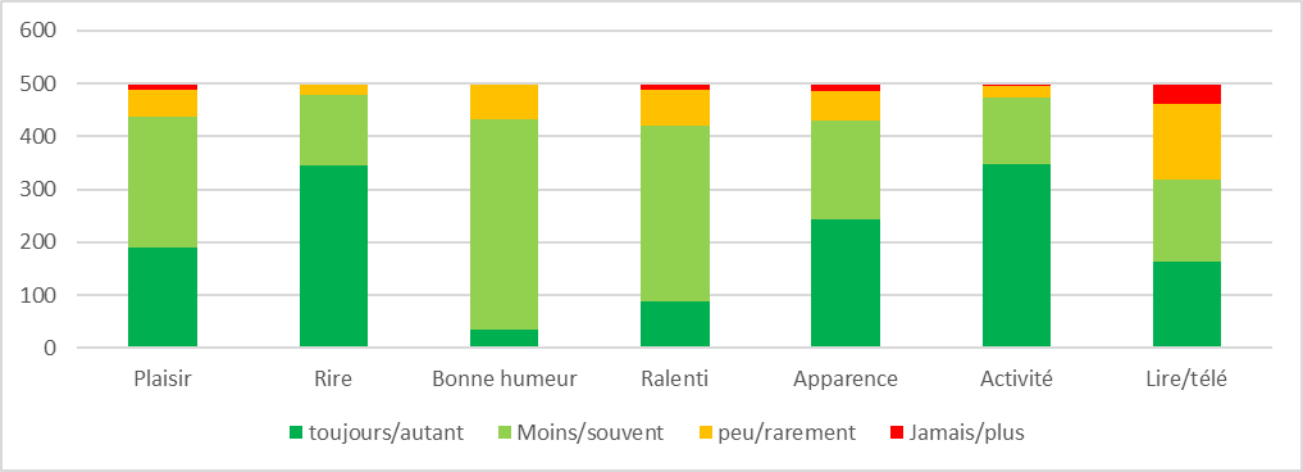


Figure 7 - Répartition HAD versant dépression

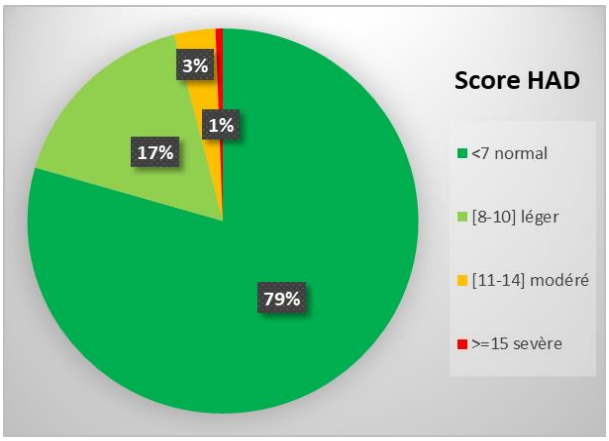


Figure 7bis - Répartition HAD versant dépression

VI. *Consommation de substance*

Enfin, comme dernier point concernant la santé des étudiants et leur mode de vie, s'est posée la question de la consommation de substance (drogues, alcool, médicaments) pour pouvoir supporter leurs études (question 8). Ainsi, 89 étudiants (18%) déclare consommer une substance dans ce but. Parmi ceux ayant accepté de nous dire quelle substance était prise, on retrouve les résultats suivant :

29 étudiants (6%) consommaient des anxiolytiques majoritairement de manière occasionnelle pour passer un cap difficile pour 60% d'entre-eux, le reste avait une consommation quotidienne ou hebdomadaire. 26 (5%) consommaient des anti-dépresseurs et dans la majorité des cas de manière chronique depuis plus de 6 mois. 26 (5%) consommaient de l'alcool dans un but anxiolytique ou pour se sentir mieux (9 de manière occasionnelle, 3 de manière hebdomadaire, 6 de manière pluri-hebdomadaire et 3 quotidiennement).
12 étudiants (1%) consommaient du cannabis de manière pluri-hebdomadaire ou au quotidien, 12 étudiants (1%) consommaient des somnifères avec une répartition égale entre la consommation quotidienne et occasionnelle. Enfin 8 étudiants consommaient des anti-asthénique et des B-bloquant dans un but stimulant.

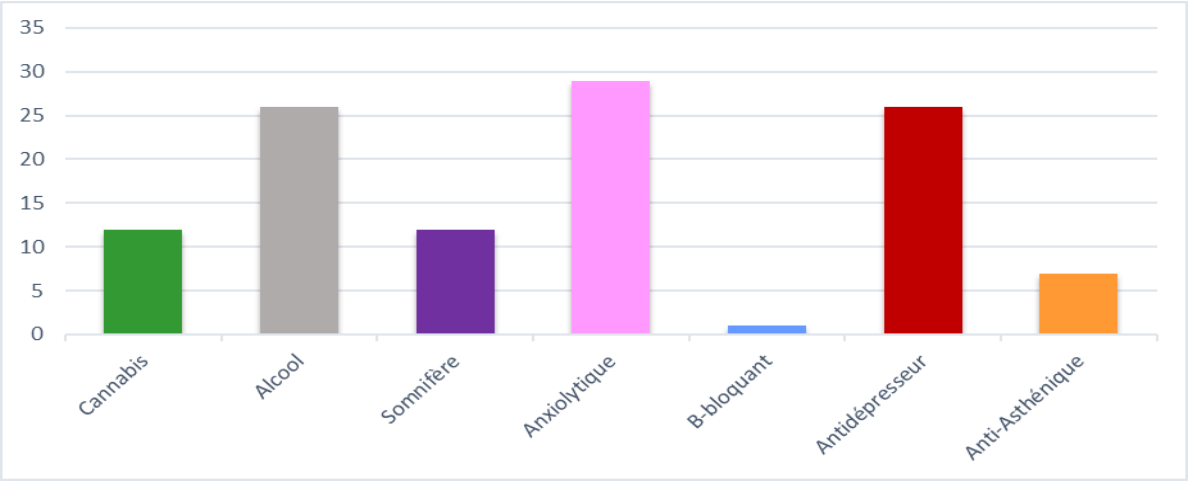


Figure 8 - Répartition question 8 : consommation de substance dans le but de supporter l'externat

VII. Lien avec la médecine du travail

Intéressons-nous maintenant aux résultats des questions concernant la médecine du travail.
Ainsi sur les 494 étudiants participants, 301 (60%) ont déclaré n'avoir jamais été convoqués en consultation de médecine du travail et sur les 196 convoqués, 16 n'avaient pas honoré leur rendez-vous (question 16). A savoir également que 5 étudiants parmi les 494 étaient venus de manière spontanée en consultation de médecine du travail à leur demande.

Pour cette question, on peut voir qu'il existe une association significative entre le fait d'être en DFASM 1 et de ne pas avoir été convoqué en médecine du travail avec $p<0.001$ puisque l'on retrouve 72% de DFASM1, 61.6% de DFASM2 et 52.7% de DFASM3 qui n'ont pas été convoqués.

Les étudiants estimaient que leur suivi en médecine du travail est inexistant pour 233 d'entre eux (47%), inadapté pour 119 d'entre eux (24%) et le reste (142 étudiants – 29%) estimait qu'il était adapté (question 17).
Il n'y a aucune association statistique entre le genre ou la promotion et l'estimation de la qualité du suivi en médecine du travail chez les étudiants venus dans le service.
De plus, pour cette question, nous avons regardé parmi les étudiants qui étaient venus dans le service de médecine du travail pour passer leur visite d'embauche, l'estimation de leur suivi. Ainsi, nous avons pu constater que seulement 42% de cette population (76/179) estimaient que leur suivi était adapté. Cette valeur n'était par ailleurs pas statistiquement liée à un genre ou une promotion.

197 étudiants (40%) sont plutôt d'avis de dire que la médecine du travail ne pouvait pas les aider en cas de difficultés rencontrées dans leurs études et dans le cadre de leur travail au CHU (question 18).
De manière globale parmi tous les étudiants, on retrouve une association significative entre cet item et le fait d'être une femme ($p=0.025$) avec 43% (138/321) contre 34% des hommes (59/173). Par ailleurs, il n'y a aucune association statistique en fonction de la promotion et le fait de trouver que la médecine du travail peut aider les étudiants parmi ceux venus dans le service pour leur visite d'embauche. Comme pour la question précédente, si l'on précise les résultats et que l'on s'intéresse uniquement aux étudiants venus dans le service. On peut voir que 102 étudiants parmi les 180 (57%) estimaient que la médecine du travail pouvait les aider. Ici aussi, cette valeur n'était pas statistiquement liée au genre ou à la promotion.
Un suivi annuel des étudiants serait la solution plébiscitée par 404 d'entre eux (81%), 15% (73 étudiants) voudraient n'avoir qu'une seule consultation durant tout l'externat et le reste des étudiants ne voudraient aucune consultation (question 19).

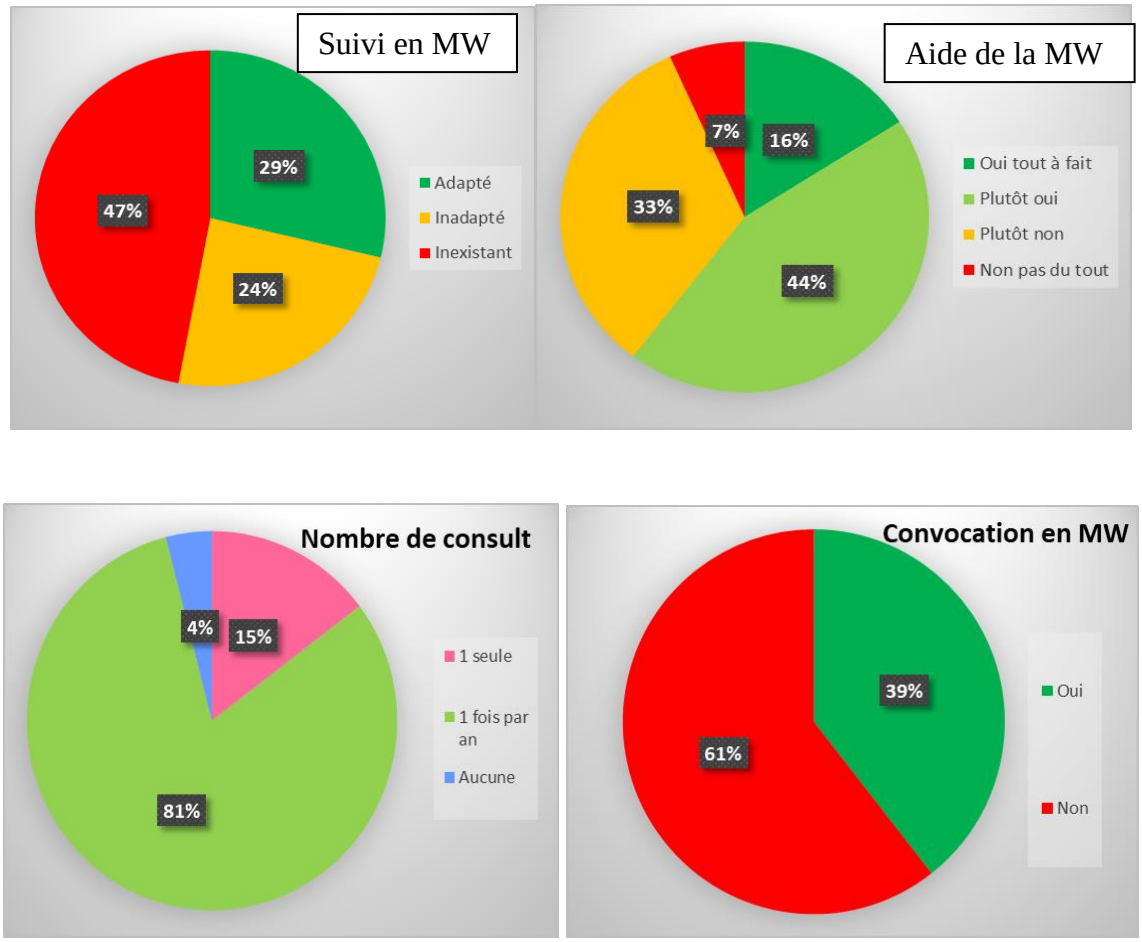


Figure 9 - Répartition question 16, 17,18 et 19 : Convocation en médecine du travail, Suivi en médecine du travail, aide de la médecine du travail et nombre de consultation.

En cas de visite dans le service de médecine du travail, les étudiants déclaraient vouloir être reçus pour 118 d'entre eux (23%) par une infirmière en santé au travail, pour 274 d'entre eux (55%) par un médecin sénior, pour 315 d'entre eux (64%) par un interne du service et pour 337 d'entre eux (68%) par un psychologue en santé au travail (question 20).

D'un point de vue analytique, il n'existe pas d'association statistiquement significative entre l'un des genres ou l'une des promotions et le fait de vouloir être suivi par un médecin sénior. En revanche, on peut voir que plus on s'approche de l'internat et plus on veut être suivi par un interne avec 74.8% (149/199) de DFASM 3, 62.1% (110/177) de DFASM 2 et 46.6% (55/118) de DFASM 1 avec $p<0.001$ ou par une infirmière, 29.6% pour les DFASM 3, 21.5% pour les DFASM 2 et 15.2% pour les DFASM 1 ($p=0.011$). On peut se rendre compte également qu'il existe une association entre le fait d'être une femme et le fait de vouloir être suivi en médecine du travail par un psychologue du travail avec 73.8% de femmes contre 57.8% d'hommes avec $p<0.001$.

Concernant le dernier item du questionnaire (question 21), ils estimaient que les principaux freins pour une consultation en médecine du travail étaient : le manque de temps pour 357 étudiants (72%), la méconnaissance du rôle de la médecine du travail pour 265 étudiants (53%), l'absence de besoin de la médecine du travail pour 160 étudiants (32%), la réticence à se confier à un médecin inconnu pour 153 étudiants (31%), la mauvaise organisation du service pour 130 étudiants (26%) et l'absence de solution à proposer pour 129 étudiants (26%).

On peut, par ailleurs, voir qu'il n'existe pas d'association statistique entre le manque de temps pour venir en médecine du travail et un genre ou une promotion, de même pour le fait que la médecine du travail ne soit pas bien organisée, qu'ils présentent un manque de connaissance de la spécialité, ou qu'il n'y ait aucun frein pour venir en médecine du travail.
En revanche on peut voir qu'il existe une association statistique entre le fait de penser que la médecine du travail ne peut pas répondre aux besoins de l'étudiant et le fait d'être en DFASM 1 car 38.9% d'entre eux l'estime contre 18.1% des DFASM 2 et 25.6% des DFASM 3 avec $p<0.001$.
Il existe aussi une association statistique significative entre le fait d'être réticent à se confier à un médecin inconnu et le fait d'être une femme avec 34.6% contre 21.4% des hommes et $p=0.002$.
Enfin comme dernière association, on retrouve que les hommes sont plus enclins à dire qu'ils n'ont pas besoin de la médecine du travail avec 42.77% contre 25.5% des femmes et $p<0.001$

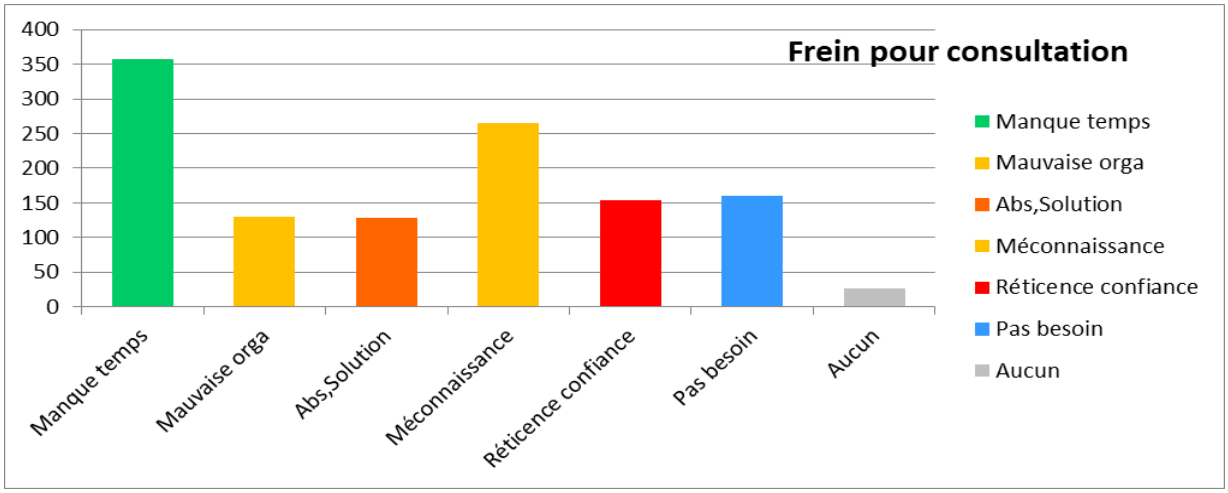


Figure 10 - Répartition questions 20 et 21 : Suivi par quel professionnel et freins pour une consultation en médecine du travail.

Résultats généraux			Comparaison H/F		
			Hommes (n=173)	Femme (n=321)	p
Q1	Manque de reconnaissance	94%	155 (89%)	307 (96%)	0,001
	Corps médical	*89%*	*132/154 (86%)*	*279/306 (91%)*	*0,073*
	Patient	*15%*	*16/154 (10%)*	*51/306 (17%)*	*0,072*
	Corps non-médical	*74%*	*107/154 (69%)*	*230/306 (75%)*	*0,194*
Q2	Travail hors tâche externe	89%	152 (88%)	289 (90%)	0,422
Q3	Etudes trop longues	22%	51 (29%)	59 (18%)	0,012
Q4	Etudes comme imaginées	55%	103 (59%)	167 (52%)	0,098
Q5	Sacrifice pour continuer médecine	85%	137 (79%)	282 (88%)	0,006
	Arrêt activité extra-professionnelle	*52%*	*70/118 (59%)*	*124/257 (48%)*	*0,046*
	Arrêt relation amoureuse	*11%*	*13/118 (11%)*	*29/257 (11%)*	*0,939*
	Arrêt/dim. relation amicale	*33%*	*29/118 (25%)*	*96/257 (37%)*	*0,015*
	Manque de temps pour soi	*55%*	*54/118 (46%)*	*152/257 (59%)*	*0,016*
	Limitation relation familiale	*21%*	*13/118 (11%)*	*66/257 (26%)*	*0,001*
Q6	Activité extra-professionnelle	54%	99 (58%)	168 (52%)	0,267
Q7	Suivi spécialiste	31%	36 (21%)	116 (36%)	<0,001
	Suivi psychologue	*53%*	*17/30 (57%)*	*50/97 (51%)*	*0,623*
Q8	Prise substance pour supporter études	18%	29 (17%)	60 (19%)	0,584
	Cannabis	*14%*	*8/28 (29%)*	*4/58 (7%)*	*0,007*
	Alcool	*29%*	*9/28 (32%)*	*16/58 (28%)*	*0,663*
	Antidépresseurs	*31%*	*9/28 (32%)*	*18/58 (31%)*	*0,917*
	Anxiolytiques	*35%*	*8/28 (29%)*	*22/58 (38%)*	*0,393*
Q9	Recommandation médecine lycéen	57%	108 (62%)	173 (54%)	0,004
Q10	Refaire médecine	76%	137 (79%)	239 (74%)	0,015
Q11	Avoir fait médecine de son propre chef	86%	147 (85%)	277 (86%)	0,922
Q12	Être en difficulté financière	21%	39 (23%)	62 (19%)	0,746
Q13	Vivre seul	46%	74 (43%)	159 (49%)	0,253
Q14	Stress au quotidien	82%	123 (71%)	280 (87%)	<0,001
	Fatigue chronique	70%	100 (58%)	246 (77%)	<0,001
	Manque hygiène	39%	67 (39%)	123 (38%)	0,929
	Troubles ostéo-articulaires	22%	27 (16%)	80 (25%)	0,017
	Troubles gastro-intestinaux	25%	36 (21%)	87 (27%)	0,123
	Troubles du comportement alimentaire	18%	20 (12%)	69 (21%)	0,006
	Troubles du sommeil	41%	77 (44%)	127 (40%)	0,287
	Aucune pathologie/symptôme	7%	22 (13%)	10 (3%)	<0,001
Q15	Score HAD > 7	21%	36 (21%)	66 (21%)	1
Q16	Non convoqué/venu visite embauche	63%	117 (68%)	198 (62%)	0,039
Q17	Suivi adapté médecine du travail	29%	55 (32%)	89 (28%)	0,596
	Suivi adapté si venu en MW	*42%*	*24/56 (43%)*	*52/123 (42%)*	*0,995*
Q18	Aide de la médecine du travail	60%	114 (66%)	183 (57%)	0,025
	Aide de la MW si venu	*57%*	*33/56 (59%)*	*69/123 (56%)*	*0,394*
Q19	1 consultation en MW par an	82%	132 (76%)	271 (84%)	0,083
Q20	Suivi par un docteur	55%	100 (58%)	171 (53%)	0,334
	Suivi par un interne	64%	113 (65%)	201 (63%)	0,552
	Suivi par un psychologue	68%	100 (58%)	237 (74%)	<0,001
	Suivi par une IDE	23%	41 (24%)	74 (23%)	0,871
Q21	Manque de temps pour venir en MW	72%	119 (69%)	236 (73%)	0,264
	Mauvaise organisation de la MW	26%	41 (24%)	88 (27%)	0,37
	Absence de solution à mes besoins	26%	38 (22%)	91 (28%)	0,123
	Méconnaissance du rôle de la MW	53%	102 (59%)	160 (50%)	0,053
	Réticence à se confier à un médecin inconnu	30%	37 (21%)	111 (35%)	0,002
	Pas besoin de la MW	32%	74 (43%)	82 (25%)	<0,001

Tableau 2 – Résultats généraux et comparaison homme vs femme

		Comparaison promotions			
		DFASM 1 (n=118)	DFASM 2 (n=177)	DFASM 3 (n=199)	p
Q1	Manque de reconnaissance	111 (93%)	161 (91%)	190 (95%)	0,267
	Corps médical	*98/110 (89%)*	*142/161 (88%)*	*171/189 (90%)*	*0,785*
	Patient	*15/110 (14%)*	*23/161 (14%)*	*29/189 (15%)*	*0,915*
	Corps non-médical	*78/110 (71%)*	*113/161 (70%)*	*146/189 (77%)*	*0,27*
Q2	Travail hors tâche externe	93 (79%)	163 (92%)	185 (93%)	0,001
Q3	Etudes trop longues	27 (23%)	37 (21%)	46 (23%)	0,75
Q4	Etudes comme imaginées	74 (63%)	88 (50%)	108 (54%)	0,006
Q5	Sacrifice pour continuer médecine	103 (87%)	148 (84%)	168 (85%)	0,742
	Arrêt activité extra-professionnelle	*49/92 (53%)*	*78/134 (58%)*	*67/149 (45%)*	*0,079*
	Arrêt relation amoureuse	*16/92 (17%)*	*11/134 (8%)*	*15/149 (10%)*	*0,084*
	Arrêt/dim. relation amicale	*40/92 (43%)*	*48/134 (36%)*	*37/149 (25%)*	*0,009*
	Manque de temps pour soi	*44/92 (48%)*	*68/134 (51%)*	*97/149 (63%)*	*0,033*
	Limitation relation familiale	*18/92 (20%)*	*32/134 (24%)*	*29/149 (19%)*	*0,609*
Q6	Activité extra-professionnelle	57 (48%)	95 (54%)	115 (58%)	0,261
Q7	Suivi spécialiste	27 (23%)	54 (30%)	71 (36%)	0,058
	Suivi psychologue	*15/25 (60%)*	*26/47 (55%)*	*26/55 (47%)*	*0,518*
Q8	Prise substance pour supporter études	19 (16%)	31 (17%)	39 (20%)	0,705
	Cannabis	*5/18 (28%)*	*2/28 (7%)*	*5/40 (12%)*	*0,134*
	Alcool	*5/18 (28%)*	*11/28 (39%)*	*9/40 (22%)*	*0,322*
	Antidépresseurs	*3/18 (17%)*	*11/28 (39%)*	*13/40 (32%)*	*0,266*
	Anxiolytiques	*7/18 (39%)*	*11/28 (39%)*	*12/40 (30%)*	*0,675*
Q9	Recommandation médecine lycéen	75 (64%)	103 (58%)	103 (52%)	0,459
Q10	Refaire médecine	99 (84%)	137 (77%)	140 (70%)	0,139
Q11	Avoir fait médecine de son propre chef	98 (83%)	149 (84%)	177 (89%)	0,4
Q12	Être en difficulté financière	27 (23%)	38 (22%)	36 (18%)	0,714
Q13	Vivre seul	61 (52%)	78 (44%)	94 (47%)	0,331
Q14	Stress au quotidien	100 (85%)	140 (79%)	163 (82%)	0,466
	Fatigue chronique	88 (75%)	116 (65%)	142 (71%)	0,22
	Manque hygiène	51 (43%)	60 (34%)	79 (40%)	0,245
	Troubles ostéo-articulaires	26 (22%)	31 (17%)	50 (25%)	0,201
	Troubles gastro-intestinaux	35 (30%)	37 (21%)	51 (26%)	0,223
	Troubles du comportement alimentaire	25 (21%)	30 (17%)	34 (17%)	0,59
	Troubles du sommeil	46 (39%)	65 (37%)	93 (47%)	0,122
	Aucune pathologie/symptôme	7 (6%)	12 (7%)	13 (6%)	0,958
Q15	Score HAD > 7	30 (25%)	28 (16%)	44 (22%)	0,097
Q16	Non convoqué/venu visite embauche	90 (76%)	118 (67%)	107 (54%)	<0,001
Q17	Suivi adapté médecine du travail	30 (25%)	45 (25%)	69 (35%)	0,258
	Suivi adapté si venu en MW	*12/28 (43%)*	*25/59 (42%)*	*39/92 (42%)*	*0,927*
Q18	Aide de la médecine du travail	58 (49%)	113 (64%)	126 (63%)	0,108
	Aide de la MW si venu	*14/28 (50%)*	*38/59 (64%)*	*52/92 (56%)*	*0,949*
Q19	1 consultation en MW par an	100 (85%)	150 (85%)	153 (77%)	0,02
Q20	Suivi par un docteur	63 (53%)	94 (53%)	114 (57%)	0,672
	Suivi par un interne	55 (47%)	110 (62%)	149 (75%)	<0,001
	Suivi par un psychologue	83 (70%)	123 (69%)	131 (66%)	0,637
	Suivi par une IDE	18 (15%)	38 (21%)	59 (30%)	0,011
Q21	Manque de temps pour venir en MW	93 (79%)	129 (73%)	133 (67%)	0,067
	Mauvaise organisation de la MW	36 (30%)	52 (29%)	41 (21%)	0,071
	Absence de solution à mes besoins	46 (39%)	32 (18%)	51 (26%)	<0,001
	Méconnaissance du rôle de la MW	69 (58%)	91 (51%)	102 (51%)	0,398
	Réticence à se confier à un médecin inconnu	34 (29%)	46 (26%)	68 (34%)	0,214
	Pas besoin de la MW	31 (26%)	52 (29%)	73 (37%)	0,114

Tableau 3 – Comparaison promotions

V. Discussion, interprétation et possibilités d'actions

a. Avantages

Cette étude a donc permis d'avoir une vision globale du ressenti des étudiants en médecine à Rouen durant leur externat, de faire un état des lieux de leur santé afin de nous guider et de mieux déterminer les actions par lesquelles la médecine du travail pouvait les aider durant cette période. Elle présente une validité interne et externe intéressantes. La population interrogée ne diffère pas significativement de la population source, puisque l'on retrouve une population de l'étude représentative à 5% près de la population nationale en médecine qui est de 60% de femmes pour 40% d'hommes [25] et très représentative de la population en médecine de Rouen.
Certes les DFASM 3 sont plus représentés que les DFASM 1 et les DFASM 2 du fait de l'envoi des questionnaires à 2 promotions de DFASM 3 mais c'est ici un avantage car ils ont plus d'expérience dans leurs études.

Les critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion ne sont pas trop nombreux et définissaient de manière précise les caractéristiques des patients pouvant participer à cette enquête. L'effectif de 494 étudiants permet d'assurer une puissance statistique satisfaisante pour l'étude avec un taux de réponse de 59%

Dans cette étude, le biais de sélection a été limité puisque la liste des externes de chaque promotion a été récupérée auprès de la direction des affaires médicales du CHU de Rouen et chaque étudiant a été appelé un par un par, ordre alphabétique pour leur proposer de participer à l'étude (qu'ils aient déjà eu leur visite d'embauche ou non). Dans la dernière partie du recueil de données, il a été envoyé aux étudiants qui n'avais eu ni entretien téléphonique, ni entretien en présentiel, le questionnaire via Facebook et leurs groupes de promotions. Ainsi les étudiants qui n'avaient pu être contactés selon le protocole initial ont réussi à remplir le questionnaire. De plus, les étudiants ayant répondu au questionnaire via les groupes de promotions Facebook ont fait l'objet d'une analyse séparée puis comparés au groupe des étudiants ayant bénéficié d'un entretien. Aucune différence significative en termes d'effectif ou de répartition de la population n'a été retrouvé entre les deux groupes. Les 2 groupes ont donc été fusionnés pour pouvoir faire l'analyse globale. Il n'y a donc pas eu de biais de prévarication dans cette étude car les résultats obtenus par les questionnaires fait en présentiel et ceux obtenus en ligne sont les mêmes.

Les étudiants ont donc répondu de la même façon qu'ils soient en face de l'investigateur durant l'interrogatoire ou à domicile. Aucune perte de puissance via un biais de perdu de vue n'est à déploré dans cette étude du fait de sa structure méthodologique.

Aucune réponse du questionnaire n'était suggérée à l'étudiant ni à interpréter par l'investigateur durant les entretiens et durant l'analyse des données. Ainsi, cette étude ne présente pas de biais de classement par évaluation subjective.
Comme autre avantage à cette étude, le fait d'avoir fait un questionnaire plutôt que d'avoir posé directement les questions aux étudiants a permis de ne pas influencer les étudiants en fonction de la tournure des questions, de rester neutre et donc de limiter le biais de recueil. Cette décision a été prise car étant moi-même passé par cette période, j'avais peur d'influencer les réponses par mes propres opinions ou vision de la situation des externes.
J'ai par ailleurs voulu faire un questionnaire rapide à remplir (5 minutes) pour que les étudiants remplissent le questionnaire en entier sans se lasser et ainsi, de limiter à nouveau le biais de recueil.

Il n'y a pas eu a priori, de biais de confusion dans cette étude. Enfin, ont été respecté durant cette étude la déclaration d'Helsinki de 1964, la loi Huriet-Sérusclat de décembre 1988 et la loi de bioéthique du 6 août 2004.

b. Limites

Tous les externes des 4 promotions n'ont pas pu être interrogés. Le fait d'avoir une étude monocentrique, engendre un biais de sélection, « effet-centre » puisque la population obtenue était finalement la représentation d'une population d'étudiant en médecine Rouennaise et non française. Il faudrait pour s'assurer de la validité des résultats sur une population française, que cette enquête soit menée dans d'autres universités pour s'assurer de la conformité des résultats sur une population française d'étudiants en médecine.

L'un des gros points faibles de cette enquête, mais inhérente à toute étude de ce genre avec beaucoup de subjectivité est le biais de mémorisation. En effet, le mode de recueil des données était déclaratif et certaines valeurs peuvent être sous-estimées (la question concernant la consommation de substance, la question financière).

Il est enfin certain qu'un possible biais de jugement soit présent dans cette étude puisqu'il n'y avait qu'un seul investigateur pour le recueil, l'interprétation et l'analyse des résultats. Cependant, les résultats sont comparables avec les autres études réalisées sur le sujet.

Comme autre limite, on peut reprocher à cette étude d'être de manquer de précision parmi certaines questions posées. Notamment concernant les différentes pathologies/affections dont souffrent les étudiants. Les troubles ostéo-articulaires regroupent aussi bien les lombalgies, les arthralgies d'épaules ou encore les gonalgies. Les troubles du sommeil regroupent les difficultés d'endormissement comme les réveils nocturnes. Les troubles du comportement alimentaires, regroupent l'anorexie restrictive ou l'hyperphagie boulimique par exemple. Mais pour rappel cette étude avait pour but d'être assez exhaustive pour balayer un nombre de catégories importantes pour connaitre le besoin global des étudiants.
On peut également discuter de certains résultats très élevés en termes de pourcentage, comme celui du manque de reconnaissance dans le travail des externes. Pour bien analyser ce problème, il faudrait préciser l'item comme décrit plus bas dans la partie « possibilités d'actions »

Le manque d'items du questionnaire validés par des organismes indépendants est aussi une faiblesse de cette étude. En effet, seul la partie HAD-Dépression était validée sur le plan international comme outil de dépistage. Le reste était des questions créées spécifiquement pour cette étude mais qui avaient déjà été posées pour une partie d'entre-elles pour un travail de thèse chez des internes Rouennais et donc pouvaient avoir des résultats comparables.

c. Possibilités d'actions

Avant de commencer à détailler les différentes possibilités d'action, il convient de rappeler que chaque étudiant présentant un souci (qu'il soit physique ou psychique) lors d'une consultation de médecine du travail peut être revu régulièrement soit par un professionnel de la médecine du travail, soit être réorienté vers un spécialiste. Les étudiants en médecine sont demandeurs à la vue des résultats de l'étude. Cette première consultation lors de la visite d'embauche des externes est donc très importante puisqu'elle sera la seule pour la quasi-totalité des étudiants. Elle doit ainsi être la plus complète possible et bien étayée afin de limiter les pathologies (notamment psycho-sociales) futures.

Nous allons dans cette partie voire les éléments de réponse que nous pouvons apporter en fonction des questions de l'enquête.

- Question 1 : Trouvez-vous qu'il existe un manque de reconnaissance du travail des externes en médecine ? (Si oui, par qui ?)

Le manque de reconnaissance des étudiants en médecine est quasi-unanime pour les étudiants interrogés (94%), principalement dû au personnel hospitalier (qu'il soit médical ou non) et peu aux patients. Afin d'améliorer cette situation, il pourrait être mis en place des formations de management d'équipe, que ce soit pour les chefs de services, médecins séniors et les internes afin de mieux déléguer certaines missions et d'améliorer les relations difficiles dans certains services entre les différents grades médicaux hospitaliers. Par ailleurs, il est fort probable que le manque de reconnaissance des étudiants soit surtout retrouvé dans les services où « l'ambiance générale » est mauvaise du fait de tensions, difficultés d'écoute, problèmes organisationnels… Il serait ainsi intéressant de savoir dans quels services les étudiants retrouvent cette sensation de manque de reconnaissance afin non pas de critiquer ou de blâmer le service mais de trouver des solutions afin d'améliorer les conditions de travail, notamment si plusieurs étudiants rapportent ce problème pour un même service. Dans ce cas, la recherche de problème psycho-sociaux parmi d'autres personnels du même service pourrait s'avérer utile afin d'organiser une étude de poste et de déceler le problème.

Ce chiffre élevé nous fait penser également qu'il aurait été utile de préciser cet item en déterminant notamment la fréquence de survenue d'un évènement ou d'une situation qualifiée par l'étudiant comme relevant d'un manque de reconnaissance. En effet, une situation ponctuelle liée à une mauvaise entente entre deux personnes est totalement différente d'un manque de reconnaissance quotidien dans plusieurs services, par plusieurs personnes. Il pourrait également être intéressant de les qualifier afin de connaitre les propos des protagonistes durant ces situations pour comprendre comment limiter le problème. Travailler dans un environnement professionnel, respectueux et cordial est primordial pour limiter les risques psycho-sociaux. Il est bien sûr impossible, du fait des différentes personnalités, comportements et humeurs de l'Homme de n'avoir aucun problème conflictuel sur le lieu de travail, mais en respectant ces principes, on peut très nettement améliorer les conditions de travail de chacun et notamment des externes.

Une partie des étudiants a rapporté que le manque de reconnaissance passait aussi par le fait qu'ils ne sont généralement pas considérés comme des adultes mais comme des « étudiants/stagiaire/ados ». J'entends par là que le statut particulier des externes à la fois étudiant et employé fait ressentir à certains salariés d'une autre branche médicale et paramédicale, un sentiment de supériorité hiérarchique non avérée. Ceci conduit à des remarques ou des ordres assez mal reçus de la part des étudiants, favorise ce manque de reconnaissance du travail des externes et de leur statut.

Pour citer quelques situations rencontrées par les étudiants : Une infirmière a dit à une patiente qui demandait un renseignement médical à un externe : « Non, non madame, ne lui parlez pas, ce n'est que l'externe, pas le médecin ».
Un médecin à un externe : « Toi, l'externe, va aider pour relever Mme X, tu sais le faire ça ? ».
Une aide-soignante hospitalière à un externe : « Tiens, mon petit gars, viens par-là. Tu peux me ramener les lavettes en chambre 302 ? »

Il pourrait donc être intéressant de rappeler dans les services posant souci que les étudiants sont des adultes à part entière et qu'ils doivent bénéficier d'un respect professionnel. Il est important que les étudiants puissent en parler en consultation avec l'un des acteurs du suivi en santé au travail des externes afin de pouvoir mettre en place des actions de sensibilisation dans les services où l'on retrouve ce genre de problème. Il faudra par ailleurs être plus vigilant chez les femmes, qu'importe la promotion, concernant ce manque reconnaissance puisqu'elles sont plus touchées que les hommes selon les résultats obtenus dans cette enquête.

Il est intéressant aussi de voir que sur le CHU de Rouen a été proposé aux salariés en 2014 et en 2019, de répondre au questionnaire EVREST[26]. Ce questionnaire qui est un outil d'observation de la santé des salariés dans une entreprise, a dans son panel d'item, une question relatant de la reconnaissance au travail des salariés.
Sur le CHU de Rouen, pour tous les salariés qui ont répondu en 2019 (190), 24% déclaraient que leur travail n'était pas reconnu. Ce taux est donc 4 fois inférieur à celui retrouvé chez les externes (pour rappel, la question était posée de la même façon dans notre questionnaire et celui d'EVREST).

- Question 2 : Parmi vos stages, vous êtes vous senti(e) utilisé(e) pour faire un travail qui ne correspondait pas à vos attributions d'externe ?

Le pourcentage important de réponses positives à cette question peut aussi être expliqué par les éléments mis en avant ci-dessus. Pour donner des exemples concrets, de nombreux externes ont rapporté avoir dû faire à certains moments de leur externat des tâches de secrétariat (rangement de biologie, de dossier, de photocopie, de fax, etc) de manière plus importante en termes de temps plutôt que d'avoir appris des éléments médicaux ou de s'être occupé de patients. Ainsi l'encadrement, le management, le respect des objectifs de stage des externes doit encore être amélioré dans les différents services afin de faire diminuer les chiffres obtenus dans cette étude concernant le manque de reconnaissance et l'affectation à des tâches ne correspondant pas au statut d'un étudiant en médecine.

Comme pour la question précédente, étant donné que quasiment 90% des étudiants expriment ce problème, il serait intéressant d'avoir plus de précisions sur cet item et notamment de savoir dans quels services ce sentiment était perçu par les étudiants ainsi que de le quantifier.
Pour répondre à ce problème, il faut savoir qu'il existe déjà un outil mis en place par la faculté de médecine afin de recueillir l'évaluation par les externes des différents terrains de stage. Cet outil « Sphinx » contient quelques questions permettant aux externes d'évaluer leur stage mais n'est pas rempli par tous les étudiants. Il faudrait, dans un premier temps, que ce questionnaire soit rempli obligatoirement pour la validation du stage. Dans un second temps, le problème principal de cet outil est que les étudiants n'ont pas de retour des questionnaires remplis. Il pourrait être intéressant de faire un bilan des réponses obtenues et qu'elles soient transmises aux différents délégués de promotions pour permettre aux étudiants de choisir leur stage en ayant la connaissance des expériences passées de leurs ainés. Il serait intéressant également pour la médecine du travail de connaitre ces résultats en cas de plaintes multiples d'étudiants envers un service ou qu'elle soit interpelée par les administrateurs de ce système en cas de réponses négatives envers un service afin de pouvoir agir où de mener des actions cibles. De plus, des questions supplémentaires reprenant les items de cette enquête pourraient y être ajoutées afin d'obtenir directement ces réponses et de pouvoir agir.

Par ailleurs, concernant cette question, on retrouve une différence entre les promotions.
Cette différence peut s'expliquer par plusieurs éléments. Comme on peut le voir, le pourcentage augmente avec l'année d'étude et donc, deux explications sont possibles.

Soit les étudiants avec une expérience plus importante et plus de recul (pouvant ainsi faire un bilan de leur parcours), voient que dans un certain nombre de stage, ils ont été amenés à réaliser des travaux qui ne leur étaient pas destinés normalement. Ils ont aussi par cette même occasion, eu plus de chance d'être confrontés à ce genre de tâche. Soit il existe dès à présent, une amélioration des conditions des externes dans les services et les plus jeunes sont moins confrontés à ces problèmes.

En extrapolant légèrement, cette question peut comme la précédente, être comparée avec les données récupérées de l'enquête EVREST de 2019 sur les salariés du CHU de Rouen. Via l'item : « Travail où l'on fait des choses que l'on désaprouve ». Ainsi 20% des salariés avaient coché cet élément. Ici aussi, on retrouve un chiffre 4 fois moins important que chez les externes (même si la question de notre étude n'était pas exactement posé de la même façon que dans l'étude EVEREST, elle permet néanmoins de nous donner une idée de comparaison).

- <u>Question 3 : Trouvez-vous que le phase socle de médecine (de la P1 à la D4) soit trop longue (6 ans) ? (Si oui, quelle serait la longueur idéale ?)</u>

Pour cet item, 1 étudiant sur 5 a répondu que les études de médecine étaient trop longues. Il était important à mon sens de connaître la réponse à cette question car le fait que les études de médecine soient longues font que l'investissement personnel en termes de travail à fournir, de charge mentale et de volonté est très important dans ces études. Ainsi un étudiant en difficulté sur le plan psychique aura beaucoup plus de mal à supporter des études longues et difficile qu'un étudiant sans problème particulier. De plus, de longues études associées aux éléments de réponses retrouvés dans les questions précédentes et suivantes (manque de reconnaissance, sacrifice, arrêt des loisirs, limitation des relations sociales, difficultés financières…) augmentent le risque de voir apparaitre ces difficultés psychiques chez les étudiants en médecine.

Beaucoup d'étudiants, parmi ceux qui avaient répondu vouloir des études plus courtes mais aussi chez ceux trouvant que la longueur était idéale ont exprimé le fait que les études étaient mal organisées avec des années comme la P2 et la D1 qui pourraient être réunis en une seule année et que les programmes soient mieux adaptés en termes de connaissances nécessaires à acquérir pour pouvoir être médecin. Malheureusement, la médecine du travail n'a pas la main sur ce genre de problématique et elle ne pourra être utile aux étudiants qu'en leur assurant un suivi et un soutien psychique pendant la durée de leurs études. Comme nous le verrons dans les paragraphes

suivants, la visite d'embauche est donc un moment primordial pour permettre un temps d'échange avec les étudiants afin de les accompagner au mieux. On peut toutefois signaler la réforme du programme des études médicales qui pourrait permettre une amélioration de cette problématique

- Question 4 : Vos études de médecine sont-elles comme vous l'espériez, l'imaginiez ?

Seul la moitié des étudiants expriment le fait que les études qu'ils font sont comme il les avait imaginées. Si l'on regarde plus attentivement les chiffres, nous pouvons observer que cette espérance est significativement meilleure chez les étudiants en DFASM1 plutôt que dans les autres promotions. Ce résultat pourrait être expliqué par plusieurs éléments. Encore une fois, le fait qu'ils soient au début de leur externat peut expliquer leur espérance que dans les 2 dernières années, leurs études se rapprocheront de ce qu'ils avaient imaginé. L'autre solution est que l'information des conditions de travail, de la réalité des études de médecines s'est améliorée ces dernières années et qu'ils savaient mieux à quoi s'attendre que les promotions plus anciennes.

Pour cette question, le travail nécessaire pour que les études de médecine soient concordantes avec les espérances des étudiants va passer par plusieurs pistes d'actions. Premièrement, il serait important qu'avant de se lancer dans la fillière médicale, les lycéens connaissent la réalité de ces études, leur déroulement, leurs étapes, le travail à fournir et tous les éléments de terrain dont ils pourraient bénéficier. Durant les entretiens, beaucoup d'étudiants ont rapporté le fait qu'ils n'avaient jamais eu d'information concernant le déroulement des études de médecine avant d'y être. Ils s'y sont engagés parce qu'ils avaient envie d'y aller mais sans vraiment savoir à quoi s'attendre. C'est donc un travail encore en amont de ce que la médecine du travail pourrait proposer durant l'externat qui doit être fait. La meilleure solution serait que certains groupes d'externes puissent faire des journées d'informations dans les lycées généraux de la région, mais quid du temps disponible pour le faire et de la mobilisation des externes.

Deuxièmement, cet item est directement lié au ressenti global des études de médecine. Ainsi, si l'on améliore les autres points décrits dans cette enquête alors il est probable que les études de médecine ressemblent un peu plus à ce que les étudiants s'étaient imaginés avant d'entrer dans le cursus.

- Question 5 et 6 : Avez-vous le sentiment d'avoir fait des sacrifices pour pouvoir réussir à faire correctement vos études de médecine ? / Avez-vous une activité extra-professionnelle ?

Le nombre très important d'étudiants (85%) ayant dû faire des sacrifices pour continuer leurs études de médecine doit nous alerter sur la santé mentale des étudiants. Seulement la moitié avait une activité extra-professionnelle du type activité sportive ou artistique et 51% de ceux qui avaient une activité de type sportive avant l'externat ont dû l'arrêter ou la diminuer. Cette valeur est par ailleurs nettement supérieure à celle qui avait été retrouvée dans le travail de thèse du Dr.HELYNCK sur les étudiants en médecine du Nord-Pas-De-Calais en 2013, puisqu'à ce moment, 10% des étudiants avaient arrêté complètement leur activité physique. [27]
Comparé aux données EVREST, 62% des salariés du CHU de Rouen ont une activité sportive régulière (10% de plus que chez les externes)

Comme autres éléments de sacrifices que la limitation de l'activité physique, on peut voir qu'un tiers des étudiants en médecine estime avoir perdu ou moins entretenu de relation amicale, notamment chez les femmes. Ceci peut-être corrélé au fait que les étudiants ont souvent répondu à cette question en disant qu'ils avaient du mal à garder leurs connaissances et amis hors médecine. Par ailleurs ce chiffre diminue en fonction des promotions ce qui peut être lié au fait que, plus on avance dans les années et moins on arrive à maintenir ses relations hors médecine et donc fatalement, que l'on a moins d'amis ou de connaissances à perdre.
Ce constat est le même à propos du temps pour soi. On peut voir que la moitié des étudiants estiment ne pas avoir assez de temps pour eux. On peut donc se dire de manière logique que, plus les connaissances à acquérir sont importantes et plus on passe de temps à réviser. Notamment en DFASM 3 car durant cette année, il y a la préparation à l'ECN qui demande de très gros efforts d'apprentissage pour pouvoir se placer parmi les meilleurs et obtenir la spécialité que l'on désire. Ainsi, de manière logique et proportionnel, plus on avance dans les années d'études et moins on a de temps pour soi.

Enfin ce qui est intéressant de voir pour cette question, c'est que malgré le fait que 20% des étudiants ont estimé qu'ils limitaient leurs relations familiales pour leurs études. Ce chiffre reste aux alentours de 20% quel que soit la promotion. Ainsi, même si le temps consacré aux études est de plus en plus important avec la progression dans le cursus, les étudiants essayent au maximum de voir leur famille et leurs proches.

Ainsi, il faudra durant les entretiens médicaux s'atteler à rappeler les vertus d'une activité physique régulière. Même si c'est une activité chronophage, elle améliore la concentration, l'hygiène de vie et limite les pathologies cardio-vasculaires. Rappeler aux étudiants de s'octroyer quelques demi-journées de repos le week-end par exemple pour continuer leurs passions, prendre du temps pour eux, voir leurs amis afin de limiter l'anxiété, les troubles du sommeil, les troubles digestifs et de maintenir leur santé mentale. Il est vraiment important de discuter de ces sujets avec eux en consultation et si besoin de les orienter vers un psychologue et notamment celui du service de santé au travail. Il faudra particulièrement être attentif aux sacrifices fait chez les femmes qui y sont plus exposées que les hommes de manière générale (88% contre 79%).

De plus, il faudra particulièrement faire attention à ces problématiques d'isolement, de limitation des activités physiques, des hobbies, des relations sociales (du fait qu'actuellement nous soyons confrontés à une crise sanitaire mondiale avec la COVID-19), qui sont fortement amplifiées par le climat anxiogène causé par les différents confinements et couvre-feux instaurés par l'état pour limiter la propagation du virus.

- Question 7 : Avez-vous déjà eu recours à un professionnel de santé pour parler des soucis rencontrés durant vos études ?

Concernant la prise de rendez-vous médicaux des étudiants, cette étude a montré que 30% des étudiants avaient un suivi médical ou paramédical pour discuter des problèmes rencontrés durant leurs études de médecine et que ce sont les femmes qui vont plus souvent consulter un médecin (généraliste, psychiatre) ou un psychologue. Il faudra donc à nouveaux rechercher des signes de mal-être chez tous les étudiants (quelle que soit la promotion même s'il existe une tendance dans les résultats montrant que plus les années augmentent et plus les étudiants ont un suivi médical pour discuter de leurs études), particulièrement les femmes et ne pas hésiter à proposer un suivi avec le psychologue du service de santé du travail. On peut s'imaginer que beaucoup de situations problématiques rencontrées par les étudiants restent non résolues car ils n'ont pas forcément eu l'occasion d'en parler avec un spécialiste et ceci aggrave ou entraine un mal-être de fond des étudiants au cours de leur cursus.

A savoir qu'en cas de difficultés rencontrés par les étudiants ou de questionnement et s'ils n'ont pas le temps de prendre rendez-vous chez un spécialiste ou qu'ils ne se sentent pas en confiance avec leurs médecins. Le CNA (Centre National d'Appui à la qualité de vie des étudiants en santé) a mis en place une plateforme avec une ligne téléphonique ainsi qu'une adresse mail.

Ils permettent un accueil des étudiants afin de les écouter, de les soutenir, de les informer sur les ressources locales et nationales existantes et de les accompagner vers ses ressources.

- Question 8 : Avez-vous déjà pris un médicament, une substance ou une drogue (ex : alcool, cannabis…) pour supporter vos études ?

Si nous nous intéressons maintenant à la consommation de substance des étudiants dans le but de supporter les études de médecine, celle-ci est assez élevée car un étudiant sur cinq en est victime. Il est vrai que cette valeur est très inférieure à celles retrouvées dans d'autres études. Par exemple, dans l'étude parue dans le magazine *Santé Publique* en 2015, ils retrouvaient que 7.6% d'étudiants en 2ème année de médecine étaient des consommateurs de cannabis régulier et 51% des consommateurs d'alcool au moins 2 fois par mois contre 2% de consommateurs de cannabis régulier et 5% de consommateur d'alcool au moins 1 fois par semaine dans notre étude.
Or ici, le but n'était pas de chercher uniquement une consommation de substance mais d'aller plus loin et de rechercher une prise de substance pour pouvoir supporter, suivre ou endurer les études de médecine, c'est ce qui explique les chiffres bas concernant cet item.

Il faudra donc s'attarder à recherche une prise de substance durant les entretiens médicaux (essentiellement cannabis, alcool, anxiolytiques et somnifères qui regroupent 90% des substances consommées). Rappeler dans les entretiens que le but n'est pas de punir ou de juger la personne mais de l'aider à faire disparaitre le problème de fond et d'améliorer la santé de l'étudiant. Hormis pour le cannabis essentiellement pris par des hommes, les autres substances sont autant consommées en fonction du genre et de la promotion.

Concernant la consommation de somnifères, il faudra essayer de savoir si celle-ci est liée à une difficulté d'endormissement, des réveils nocturnes ou des cauchemars, afin de proposer une prise en charge adéquate. S'il y a une difficulté d'endormissement, une probable anxiété sous-jacente associée avec une prise d'anxiolytique doit être recherchée. Proposer de faire de la sophrologie, d'utiliser des techniques de relaxation ou de yoga afin de limiter le stress pourront être utile. De même que de proposer un suivi psychologique ou de favoriser la pratique d'une activité physique ou d'un hobby peut améliorer ces symptômes.

Il faut aussi noter que l'élément le plus rapporté est la consommation d'anxiolytiques. Pour rappel 30% des étudiants prenant une substance pour supporter les études consomment des

anxiolytiques, même si dans 60% des cas, cette consommation est occasionnelle afin de passer un cap difficile. De plus, si l'on y ajoutait les consommations à visée anxiolytique de l'alcool et du cannabis, on peut voir que l'anxiété et l'angoisse des études de médecine entrainent un dépassement des capacités d'adaptation de l'individu et entrainent l'utilisation de ces produits pour aider l'organisme.

Ainsi, la consommation de cannabis et d'alcool devra être quantifiée afin de déterminer la profondeur de l'addiction et il devra être proposé un suivi addictologique pour le sevrage complet du cannabis et d'alcool (à visée anxiolytique ou avec abus pour ce dernier).

- Question 9 /10 : Recommanderiez-vous à un(e) jeune lycéen(ne) de faire des études de médecine ? / Si vous étiez à nouveau en fin de terminale, referiez-vous des études de médecine ?

Cet item nous donne également des résultats alarmants concernant les études de médecine. On peut ainsi voir que 43% des étudiants ne recommandent pas à des lycéens de suivre ces études et que 25% des étudiants ne referaient pas médecine. Ceci est par ailleurs en concordance directe avec les résultats obtenus aux questions précédentes, puisque par exemple, ce sont majoritairement les étudiants pour qui les études ne sont pas comme ils l'espéraient qui ont répondu négativement à cette question (136/223 : 61%).

Par ailleurs, pour ce qui est de la question 10 sur le fait de refaire médecine si les étudiants étaient à nouveau en fin de terminale, on peut voir que les résultats divergent. On aurait pu croire a priori que ceux qui ne recommandent pas leurs études ne referaient pas non plus médecine s'ils étaient de nouveau au lycée. Ainsi, est-ce que malgré la difficulté de ces études et des efforts à fournir, le fait de pouvoir être un jour médecin ou l'espoir que les études s'améliorent une fois l'externat passé prend le pas sur ces éléments et font que les étudiants referaient médecine ?

- Question 11 : Avez-vous fait médecine par choix personnel ? Par pression familiale ou par défaut ?

On peut voir que pour la très grande majorité des étudiants, le fait d'avoir fait médecine est un choix personnel. La croyance selon laquelle l'on fait médecine car les parents poussent leurs enfants à aller dans cette voie est donc a priori fausse. C'est un choix totalement libre.

- Question 12 : Combien d'argent avez-vous à disposition par mois pour vivre au quotidien? (En comptant les aides parentales, bourses et avant charges : loyer, impôts).

Concernant la question sur les difficultés financières, les résultats obtenus sont très étonnants du fait que le seuil de pauvreté à 50% du niveau de vie médian en France est défini à 885€ selon l'INSEE. Ainsi, nous aurions pu croire que les étudiants en médecine se trouvent en difficulté financière étant donné que la moyenne obtenue dans cette étude est de 640.6€, mais ce n'est pas le cas. Seulement 22% des étudiants se disent être en difficulté financière. Ce chiffre est d'ailleurs beaucoup plus bas que celui retrouvé chez les étudiants en médecine dans l'enquête précarité de l'ANEMF qui était de 40.7%.

Nous pouvons expliquer cela peut-être par le fait que les étudiants en médecine ont dans la très grande majorité des cas un appui financier parental ou familial au cas où ils seraient en difficulté et donc ne s'estiment pas être en difficulté financière. Seuls 7.4% des étudiants sont totalement indépendants de leurs parents[25]. De plus, la plupart des étudiants en médecine, comme nous l'avons vu sur la question du mode de vie, ne font plus ou ont fortement limité leurs activités extra-professionnelles de plaisir ou de loisir. Ils n'ont donc plus de licence de sport à payer puisque dans la majorité des cas, le sport le plus fréquemment réalisé est la catégorie fitness/musculation/footing. Ils ont arrêté de jouer d'un instrument et ne prennent plus de cours, ils vont beaucoup moins au cinéma, au théâtre ou au musée. Ils limitent leurs sorties, week-ends et vacances. Tout ceci pose l'hypothèse qu'un étudiant en médecine dépense à priori beaucoup moins d'argent qu'un autre étudiant au même âge car il n'a tout simplement pas le temps de s'octroyer ces moments et c'est ce que l'on peut voir dans les résultats de cette étude (voir question sur les « sacrifices »).

- Question 13 : Quels sont vos conditions de vie ? (Couple, seul, collocation, domicile parental)

La moitié des étudiants en médecine de Rouen vit seul. Ce constat peut permettre d'expliquer les résultats obtenus à certaines questions concernant les difficultés rencontrées par les étudiants notamment en termes de stress au quotidien. Le bénéfice d'être en couple, en collocation ou chez ses parents est qu'en cas de difficulté, on peut en parler avec les personnes nous entourant et comme nous avons pu le voir, les étudiants en médecine ont beaucoup moins de temps pour eux,

pour aller voir leurs amis et leur famille. Ainsi, l'isolement peut être important et aggraver certaines symptomatologies psychiques, engendrer une consommation de substance à visée anxiolytique par exemple. D'autant plus, dans cette période de confinements et de couvre-feux à répétition liée à la COVID-19 et ajoutée au manque de temps pour soi, il existe un réel isolement des étudiants. Il pourrait donc être intéressant de poser cette question du mode de vie chez les étudiants durant les consultations de médecine du travail afin de l'associer aux autres questions et d'avoir un aperçu global de la situation de l'étudiant pour pouvoir mieux rechercher des signes de mal-être psychique.

- Question 14 et 15 : Présentez-vous l'un des éléments ou affections suivantes ? (Stress/anxiété, fatigue chronique, hygiène de vie négligée, surcharge de travail, trouble ostéo-articulaire, trouble du comportement alimentaire, trouble du sommeil, aucun) / Questionnaire versant dépression HAD.

La partie concernant les différents symptômes ou pathologies que peuvent avoir les étudiants montre des chiffres assez alarmants. Concernant la question de l'anxiété des étudiants en médecine, notre chiffre de 81% est beaucoup plus élevé que, par exemple, celui retrouvé dans une étude menée par l'ANEMF en 2017 sur la santé mentale des étudiants. Ils avaient ainsi trouvé que 66% des étudiants étaient victimes d'anxiété.[28] Même constat si l'on prend les chiffres présentés par le Dr. Danset dans son travail de thèse avec 40% d'anxiété chez les étudiants.[22]
Chez les internes Rouennais ce chiffre est aussi moindre que dans notre étude puisque 67.4% des internes se disent anxieux.[14]

Ainsi plusieurs facteurs pourraient expliquer cela. Premièrement, cette étude a été réalisée durant la crise sanitaire du COVID-19 et donc le climat anxiogène de la situation a pu être responsable d'une augmentation de l'anxiété et du stress chez les étudiants en médecine. C'est d'ailleurs ce qui a été retrouvé dans une étude menée en octobre 2020 sur des étudiants en médecine en Inde.[29] Ils avaient montré que sur les 217 étudiants participant à l'étude, il y avait eu une augmentation significative du stress (de 5%) et de l'anxiété (de 13%) par rapport à la même enquête menée en dehors de la période pandémique.

Par ailleurs, on peut facilement se dire que les chiffres d'étudiants avec ces symptômes sont étroitement liés ensemble car l'anxiété et le stress sont favorisés par la surcharge de travail. Ces deux éléments pouvant entrainer des troubles du sommeil et donc une fatigue chronique.

Chez les internes Rouennais en 2018 [14], cette fatigue chronique était perçue par 54.1% d'entre eux. Les externes sont donc a priori encore plus exposés encore que ne l'étaient les internes, tout en sachant que la fatigue est un facteur subjectif qui peut être favorisé par une grande quantité d'autres facteurs comme le stress, la surcharge de travail, l'état d'esprit, la présence de pathologie physique et psychique, mais qu'elle favorise le sentiment d'épuisement intellectuel, de lassitude et qu'elle peut favoriser l'apparition de pathologie dépressive.

Il pourrait donc être intéressant de former les internes et médecins du travail sur les techniques de gestions du stress, les techniques de relaxation afin d'avoir des éléments de réponses à donner aux étudiants concernant la gestion du stress et de l'anxiété (sophrologie, yoga, technique de méditation et relaxation respiratoire…)

Le stress et l'anxiété sont également probablement responsables d'une partie des troubles gastro-intestinaux et des troubles ostéo-articulaires retrouvés chez les étudiants (25% et 22%) puisque l'on sait que le stress favorise l'apparition de troubles fonctionnels intestinaux et de lombalgie.
A savoir que les troubles ostéo-articulaires peuvent être favorisés par la station debout prolongée et répétée lors des visites de services (durant en moyenne 4h), lors des activités de garde ou lors de la manipulation des patients dans les lits (lors des examens cliniques notamment), tout en sachant que chez les sujets jeunes, les principales douleurs ostéo-articulaires sont dues à des lombalgies chroniques, des scolioses et quelques gonalgies et que dans la population générale des 16-39ans, on retrouve de manière respective 7.8%, 4.8 %, 1.5% de personnes se plaignant de ces pathologies.[30] On peut ainsi voir que la proportion d'étudiants se plaignant de pathologies ostéo-articulaires est plus importante que dans la population générale chez les 16-39ans.

Il faut aussi relier à ces données que 20% des étudiants présentent des symptômes évoquant une dépression (score supérieur ou égal à 8 au questionnaire HAD-dépression), qui eux-mêmes sont favorisés par l'ensemble des pathologies décrites ci-dessus. Ce pourcentage d'étudiants présentant une dépression probable ou avérée est légèrement plus bas que ce qui avait été trouvé dans l'enquête santé mentale menée par l'ANEMF et l'ISNI.[27] En revanche, si on regarde les données retrouvées dans l'étude du Dr.Hermetet[31] qui avait un effectif assez identique (435 étudiants), on peut voir que ses chiffres sont assez proches des nôtres avec 16% des externes qui présentent un syndrome dépressif probable, mais il avait beaucoup plus d'externes qui

présentaient une dépression modérée avec un score supérieur à 11/21 : 8.5% (contre 4% dans notre étude). Il serait donc intéressant de proposer durant la visite d'embauche de faire remplir systématiquement à chaque étudiant le questionnaire HAD afin de dépister les étudiants ayant une dépression probable pour pratiquer une prévention primaire et secondaire chez ces étudiants afin d'empêcher l'apparition d'un syndrome dépressif caractérisé ou de le voir s'aggraver.

Pour toutes ces pathologies-symptômes, il pourrait être également intéressant de rappeler durant les consultations les mécanismes physio-pathologiques, d'expliquer leurs intrications, les situations et facteurs avant-coureurs favorisant leur apparition ou leur aggravation. Il pourrait également être utile de mettre en place dans les services, des affiches avec un numéro à appeler en cas de difficulté rencontrées par les externes (soit le numéro du CNA, soit le numéro du service de médecine en santé au travail pour prendre un rendez-vous en urgence avec un interne).

Il faudra donc durant les entretiens médicaux rechercher tous ces éléments durant l'interrogatoire. Y faire particulièrement attention chez les femmes qui ont des chiffres nettement plus élevés que chez les hommes comme dans la population générale concernant l'anxiété, la fatigue chronique, la surcharge de travail, les troubles ostéo-articulaires et les troubles du comportement alimentaire. De plus, on sait que les étudiants en médecine peuvent essayer de s'auto-soigner du fait de leur formation ou de minimiser certains symptômes. Il faudra donc y être plus vigilant que pour une personne dans la population générale.
Comme pour certaines des questions précédentes, il est intéressant de comparer les résultats des différentes affections/symptômes retrouvé chez les externes avec ceux des autres salariés du CHU de Rouen via l'enquête EVREST de 2019. Ainsi, on peut voir que pour l'anxiété, la fatigue chronique, les troubles du sommeil et les troubles digestifs, les valeurs sont inférieures chez l'ensemble des salariés du CHU par rapport aux externes avec respectivement pour les valeurs énoncées précédemment (28%, 57%, 36% et 8% contre 82%, 70%, 41% et 25% chez les externes).

- <u>Question 16 : Avez-vous déjà été convoqué(e) dans le service de médecine du travail en DFASM1 (D2) ?</u>

Le fait que plus de la moitié des étudiants (63%) n'ait pas été convoquée en médecine du travail pourrait être expliqué par le fait que la visite obligatoire (visite d'embauche) des étudiants en médecine se fait au début de l'externat, soit en DFASM1 et donc que les étudiants en médecine

n'aient pas encore eu leur convocation au moment de la rédaction des questionnaires. Deux éléments supplémentaires de réponses peuvent également expliquer cette association. La crise sanitaire de la COVID-19 a profondément bouleversé le calendrier des rendez-vous médicaux dans tous les services y compris celui de médecine du travail. Ainsi, les missions classiques du service via notamment les visites d'embauches chez les externes ont été reportées et mises au second plan pour se focaliser sur la pandémie.

De plus, le manque de médecin dans le service oblige à prioriser d'autres missions que celle des visites d'embauches des externes. Il faudra, par ailleurs, être plus vigilant chez les hommes qui même ayant reçu leur convocation, viennent moins souvent que les femmes dans nos locaux. En comparant ces données avec celles de la thèse du Dr. Linant[14] fait sur des internes, on peut voir que le taux des personnes non convoquées est plus important de 20% puisque 40% des internes n'avaient pas été convoqués.

- Question 17 / 18 et 19 : Votre suivi en médecine du travail vous semble : adapté, inadapté ou inexistant ? / Pensez-vous que le service de médecine du travail puisse vous aider en cas de difficultés rencontrées durant vos études ? / Combien de consultation seraient nécessaires selon vous pour votre suivi en médecine du travail ?

Le fait que 70% des étudiants estiment que leur suivi n'est pas adapté en médecine du travail (résultat par ailleurs comparable avec les résultats chez les internes de Rouen[14] où l'on peut voir que 25% des internes trouvaient leur suivi adapté, 21% inadapté et 43% inexistant), que 60% des étudiants pensent que la médecine du travail peut les aider à propos de leur situation et que 82% des étudiants aimeraient avoir une visite au moins 1 fois par an en médecine du travail prouve le réel intérêt des étudiants à propos de leur santé professionnelle et amplifie le fait que les visites médicales chez les étudiants sont des moments importants de temps d'échange et de partage d'information.

L'explication de ces résultats est simple. La plupart des étudiants estiment que leur suivi est inadapté ou inexistant car, comme on a pu le voir à la question précédente, la majorité des étudiants n'a pas été convoqué pour faire la visite d'embauche et parmi ceux qui ont eu leur visite, aucune explication ne leur était donnée concernant la raison pour laquelle nous ne les voyions qu'une seule fois durant leur externat.

C’est pour cela que seulement la moitié des étudiants ayant été convoquée en médecine du travail trouve que le suivi est adapté et idem concernant l’aide de la médecine du travail. Seulement la moitié des étudiants ayant été convoqués pense que la médecine du travail peut les aider.

La demande des étudiants concernant les visites en santé au travail est plutôt en faveur de la réalisation d’une visite annuelle (81% pour cette solution). Ces résultats sont assez différents de ceux retrouvés chez les internes puisqu’une majorité plus faible des internes voulaient une consultation annuelle (52%).[14]

Le problème de cette demande est dans un premier temps qu’elle s’éloigne des modèles définis par la loi Travail avec un espacement des durées entre les visites de suivi médical dans les services de santé au travail. Dans un second temps, il est clairement impossible du fait de la situation exprimée plus au-dessus d’assurer un suivi annuel de plus de 600 étudiants par un médecin étant donné que la réalisation d’environ 200 visites chaque année est déjà compliquée et qu’une grande partie des étudiants ne bénéficie déjà pas de cette première visite.
Il serait donc inapproprié voir utopique de proposer aux étudiants de les recevoir chaque année dans ces conditions. De plus, pour les étudiants n’ayant pas de difficulté particulière à la suite de la première consultation, la multiplication des rendez-vous serait inutile et une perte de temps par rapport à ceux en ayant réellement besoin.

- Question 20 : Par quel(s) professionnel(s) de santé au travail souhaiteriez-vous être suivi(e) ?

On a pu constater sur cet item, que 68% des étudiants (notamment les femmes : 74% contre 56% des hommes) en médecine aimeraient être suivi/reçu par un psychologue du travail plutôt que par un médecin (sénior ou interne avec respectivement 55% et 64%). Résultat par ailleurs assez différent pour les internes de médecine générale qui disaient vouloir être suivi par un médecin du travail pour 74% d’entre-eux (125) et seulement 8% (13) voulait être suivi par un psychologue. [14]
Ce chiffre montre le réel besoin des étudiants de se confier à un professionnel de santé ayant une formation dans la détection et la résolution de problème psychique. Il montre un besoin des étudiants de se confier, de pouvoir échanger à propos de leurs difficultés rencontrées durant ces études.

Ainsi, la visite d'embauche pourrait être assurée par un médecin sénior ou un interne du service comme actuellement et il pourrait être intéressant d'assurer une partie du suivi des étudiants par d'autres personnels de santé au travail comme les infirmières et le psychologue de santé au travail. Des infirmières formées pourraient participer aux visites d'embauche en réalisant une première consultation de dépistage avec un questionnaire préétabli et organiser des visites de suivi (comme cela se fait actuellement dans le secteur privé où les VIP sont assurées par les infirmières) avec si besoin, une prise de rendez-vous avec un médecin sénior ou un interne en cas de pathologie nécessitant un avis médical. Cependant, étant donné que moins d'un quart des étudiants ont déclaré vouloir être reçus par un infirmier, un travail de communication du rôle de ces professionnels sera nécessaire.

Un rendez-vous avec le psychologue de la médecine du travail pourrait être proposé également en cas de nécessité d'un suivi psychologique et adapté à l'étudiant, car ce sont des consultations chronophages. Un psychologue formé à ce genre de problématique pourrait plus facilement répondre qu'un autre professionnel du service du fait de sa formation. Ces éléments permettraient ainsi une meilleure prise en charge des problématiques rencontrées par les étudiants.

- Question 21 : Quels sont les freins pour pouvoir bénéficier d'une consultation en médecine du travail ?

En réponse à cette question, on a pu voir que 72% des étudiants estiment ne pas avoir le temps pour venir en médecine du travail. Il faut donc leur rappeler durant la visite d'embauche que l'on peut venir dans le service de médecine du travail à n'importe quel moment, même durant les heures de travail lorsqu'ils sont en stage. C'est un droit de chaque salarié.
Dans notre étude, une minorité des étudiants (16 - 3.24%) n'honorent pas leur convocation en médecine du travail. Il faut savoir que ces étudiants n'avaient eu qu'une seule convocation et que ce chiffre doit surement diminuer après une relance de courrier.

Afin de s'assurer que tous les étudiants bénéficient bien d'une visite médicale en médecine du travail au cours de leur cursus et tout en sachant que cette visite est obligatoire (article R4745-1 du code du travail), il faudrait probablement mettre en place un système de rappel via la direction des affaires médicales qui pourrait envoyer un document dans le bulletin de paye rappelant l'obligation d'un étudiant d'honorer son rendez-vous en médecine du travail afin de pouvoir

bénéficier de sa visite d'embauche. La méconnaissance du rôle de la médecine du travail est également un élément pouvant entrainer l'idée de la futilité de cette visite parmi les étudiants.

La mauvaise organisation du service de médecine du travail évoquée par 26% des étudiants est liée au sous-effectif de médecin du travail. Il s'agit d'une problématique générale touchant l'ensemble la profession : la Médecine du travail est au 3ème rang des spécialités présentant un solde déficitaire entre les entrées et sorties en un an, derrière la Réanimation Médicale et la Médecine Générale.[32] Ceci entraine à la vue de la masse salariale importante du CHU de Rouen des retards dans la prise en charge des étudiants et notamment dans la réalisation des visites d'embauche car beaucoup d'autres éléments inhérents à la médecine du travail comme les visites de reprises, les demandes de maladies professionnelles, les réévaluations de temps partiel thérapeutique, les études de postes ou les cas plus complexes nécessitent une attention et du temps pour l'ensemble des médecins du service. Les internes peuvent pallier temporairement ce problème en prenant en charge les visites d'embauche des étudiants mais eux aussi doivent gérer des « secteurs » pour lesquels il n'y a pas de médecin référent. De plus, en fonction des semestres, il n'y a pas toujours le même nombre d'internes et donc pas la même disponibilité pour répondre aux problèmes des étudiants.

Cette première visite médicale aurait donc pour but de dépister les étudiants ayant réellement besoin d'un suivi régulier et pour les autres, cela permettrait de leur rappeler pourquoi une consultation annuelle des étudiants ne pourrait être mise en place et de leur dire que si besoin, ils peuvent, de leur propre chef, demander à avoir un rendez-vous en médecine du travail.

L'absence de solution aux besoins des étudiants (26%) et la méconnaissance du rôle de la médecine du travail (53%) sont toutes deux liées et nécessitent la réalisation d'actions de prévention, d'explication du rôle de la médecine du travail durant les cours organisés par les professeurs à la faculté, d'organiser des interventions par des internes expérimentés avant/après les cours des étudiants avant l'externat (en 3ème année par exemple car l'assiduité est meilleure dans cette période des études) et avec un rappel durant l'externat.
Avoir les noms des délégués de promotions de chaque année afin de leur communiquer des éléments explicatifs des missions du service qu'ils pourront afficher sur les murs de promotions des réseaux sociaux et ainsi toucher le plus de monde possible serait intéressant.

On retrouve également lors des entretiens qu'une grande majorité des étudiants en médecine ne connaissent que vaguement les différents risques auxquels ils sont exposés durant leur stage d'externat. Ainsi une faible proportion d'étudiants (moins de 20%) connait la conduite à tenir concernant la prise en charge d'un AES/AEV. Ceux qui la connaissent sont ceux qui malheureusement en ont subi un et pour qui l'AES/AEV a été déclaré à la médecine du travail, le problème étant que dans une grande majorité des cas, tous les AES ne sont pas déclarés à la médecine du travail. De ce fait, la visite d'embauche en médecine du travail a pour but de rappeler les risques auxquels sont confrontés les étudiants et renforce probablement le sentiment que des personnes s'occupent d'eux et de leur santé durant leur temps de travail.

Tous les éléments énoncés ci-dessus peuvent expliquer le fait que pratiquement la moitié des étudiants en médecine ne recommande pas leurs études à des lycéens et que le quart des étudiants interrogés ne referait pas médecine s'ils étaient à nouveau en fin de terminale. Ce chiffre est d'ailleurs très proche de celui trouvé par l'équipe de l'ANEMF qui, dans son enquête précarité, [27] avait retrouvé qu'un peu moins d'un étudiant sur deux ne recommandait pas à un de ses proches de faire des études de médecine. Ceci prouve le réel mal-être des étudiants en médecine, la nécessité de les accompagner, d'agir pour limiter la survenue de pathologie plus importante au cours de leur internat voir de leur exercice professionnel en tant que docteur en médecine.

Enfin comme dernier point d'interprétation et de discussion, il est important de noter que, pour une grande partie des réponses et comme nous avons pu le voir au cours de cette enquête, il existe une dichotomie homme/femme en défaveur de celle-ci. Cette dichotomie est par ailleurs difficile à interpréter. Ces résultats sont-ils dus au fait que les hommes sont moins confrontés à ces éléments que les femmes ? Les femmes arrivent-elles plus à parler de ce genre de souci que les hommes ? Quoi qu'il en soit, lors de la visite médicale, il faudra être particulièrement vigilant concernant ces questions et notamment chez les femmes sans sous-estimer le fait que ces problématiques soient aussi présentes chez les hommes.

VI. Conclusion

En conclusion, nous pouvons voir que la médecine du travail est un élément important du suivi de la santé des étudiants en médecine et notamment de la santé mentale. Les étudiants sont demandeurs d'un suivi régulier mais beaucoup expriment un manque de connaissance des missions du service de médecine du travail et une absence de réponse à leurs besoins. Il existe ainsi, une grande importance de la visite d'embauche dans la prise en charge des étudiants puisque cette visite, au-delà de déterminer l'aptitude au poste des étudiants en médecine, permet de faire le point avec eux, au milieu de leur cursus universitaire sur les différentes problématiques qu'ils ont pu rencontrer d'un point de vue professionnel et d'assurer un éventuel suivi avec l'un des professionnels de la santé au travail en cas de nécessité.
Cette enquête a permis de montrer qu'il existait encore beaucoup de mal-être chez les étudiants (angoisse, anxiété, pathologies articulaires, digestives, syndrome dépressif, consommation de substance), que par le cursus universitaire long et difficile, ils sont toujours confrontés à de nombreuses difficultés (arrêt d'activité physique, de loisirs, limitation des sorties culturelles, perte et limitation de relations amicales, difficultés financières, manque de reconnaissance par leurs pairs, travail non correspondant à leurs compétences…). Elle a également permis de montrer que les risques psycho-sociaux, bien connus dans le monde médical (notamment chez les internes et à l'hôpital de manière générale), apparaissaient dès le début des études médicales et qu'il était important d'agir le plus en amont possible.

Les éléments d'amélioration des conditions de travail des étudiants en médecine passent donc par un suivi adapté à mettre en place en fonction de leurs besoins. Ces besoins devront être déterminés durant la visite médicale d'embauche. L'obligation de réalisation de cette visite devra être rappelée à tout étudiant qui ne s'y présente pas. La mise en place de séances d'informations entre les cours pour les étudiants, de flyers ou d'affiches afin de communiquer sur le rôle et les missions du service permettront une information des étudiants.

La perspective d'une amélioration des conditions des étudiants en médecine est à espérer puisque l'augmentation du nombre d'études sur le sujet, de témoignages et de plaintes de la communauté médicale sur la situation des étudiants a permis de faire prendre conscience aux dirigeants de l'état Français que des mesures devaient être mises en place. Ainsi le Ségur de la santé qui s'est déroulé de mai à juillet 2020 a permis de faire un premier pas pour l'amélioration des conditions des externes via l'augmentation de leurs salaires (260€ par mois pour les DFASM1, 320€ pour

les DFASM2 et 390€ pour les DFASM3). On retrouve également dans la loi 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé, une modification du code de santé publique avec l'introduction d'une mention visant à mettre en place un volet spécifique sur la qualité de vie au travail des étudiants en santé au projet social défini par chaque établissement (Art. L6143-2-1).

Toujours dans cette perspective d'amélioration des conditions des étudiants, il est également intéressant de parler de la conférence de concertation du 29 mars 2021 organisée par la conférence nationale des doyens de médecine. Cette conférence avait pour but de poser les bases pour la mise en place d'un plan d'action afin de maitriser les risques psycho-sociaux des étudiants en formation de santé. Ainsi, ils ont proposé plusieurs actions comme notamment la mise en place d'une conférence annuelle de concertation avec un comité de pilotage (composé d'un représentant étudiant, de l'ordre, du centre hospitalier et du CNA) afin de fournir des indicateurs fiables pour quantifier et suivre l'évolution des risques psycho-sociaux chez les étudiants en santé (via notamment des travaux d'évaluation de la souffrance des étudiants).
Ils ont proposé également d'harmoniser les dispositifs locaux de traitement des signalements (rattaché à la responsabilité des employeurs) et d'envisager la mise en place d'une structure externe type « cellule de recueil » au niveau de l'ARS qui répartirait ensuite les signalements vers les organismes compétents. Ce signalement serait suivi d'une enquête administrative qui déboucherait sur une action de conciliation, une saisine du ministère de la solidarité et de la santé en vue d'une inspection administrative, voir une saisine du procureur de la République en cas de faute pénale.
En cas de conflits interpersonnels caractérisé entre un étudiant et un maitre de stage, ils émettent l'hypothèse de permettre une réaffectation de stage voir de retirer l'agrément de stage en cas de dysfonctionnements récurrents. De mettre en place des stages et formations de sensibilisation/maitrise, détection des risques psycho-sociaux pour les responsables médicaux et maitres de stage, responsables administratifs. Mettre en place des modules de simulation managériale dans les DU et DIU de pédagogie.
Enfin, ils proposent la mise en place de nouveaux outils de prévention au service des étudiants articulés avec les services de santé au travail et les services de santé universitaire (mise en place d'un numéro vert, une hotline multicanale via email, WhatsApp, chat). Ces outils auraient pour but d'accompagner les étudiants en difficulté et leur donner accès aux informations existantes, de proposer des rendez-vous avec des psychologues, des ateliers de gestion du stress.

VII. Annexe et bibliographie

ENQUETE ANONYME DES ETUDIANTS EN MEDECINE DURANT LA PERIODE DE L'EXTERNAT

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme
Année d'étude : ☐ DFASM 1(D2) ☐ DFASM 2(D3) ☐ DFASM 3(D4)

- Q1. Trouvez-vous qu'il existe un manque de reconnaissance du travail des externes en médecine ?
  ☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout
  Si oui : ☐ Par les patients ☐Par le personnel médical ☐Par le personnel hospitalier non médical

- Q2. Parmi vos stages, vous êtes-vous senti utilisé(e) pour faire un travail qui ne correspondait pas à vos attributions d'externe ?
  ☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout

- Q3. Trouvez-vous que la phase socle de médecine (P1 à D4) soit trop longue (6ans) ?
  ☐ OUI ☐ La longueur idéale ☐ NON elle devrait être plus longue
  Si oui ou non : Quelle serait la longueur idéale ?.....

- Q4. Vos études de médecine sont-elles comme vous l'espériez ? L'imaginiez ?
  ☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout

- Q5. Avez-vous le sentiment d'avoir fait des sacrifices pour pouvoir réussir à faire correctement vos études de médecine ? Ex : mettre fin à une relation amoureuse, abandonner une activité extra-universitaire, abandonner un projet de vie...
  ☐ OUI ☐ NON
  Si oui : quelle(s) raison(s) ?.....

- Q6. Avez-vous une activité extra-professionnelle (ex : sportive, musicale…) ?
  ☐ OUI ☐ NON
  → Si oui :
  Quoi ?.....

- Q7. Avez-vous déjà eu recours à un professionnel de santé pour parler des soucis rencontrés durant vos études ?
  ☐ OUI ☐ NON
  → Si oui :
  Lequel ?.....

- Q8. Avez-vous déjà pris un médicament, une substance ou une drogue (ex : alcool, cannabis…) pour supporter ou réussir vos études ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui : quoi/quantité/fréquence :

……..

- Q9. Recommanderiez-vous à un(e) jeune lycéen(ne) de faire des études de médecines ?

☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout

- Q10. Si vous étiez à nouveau en fin de terminale, referiez-vous des études de médecine ?

☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout

Si non vers quelles études vous dirigeriez-vous ?.....

- Q11. Vous avez fait médecine par :

☐Choix personnel

☐Parce que vous ne saviez pas quoi faire d'autre

☐Par pression familiale

- Q12. Sur le plan financier, combien d'argent avez-vous à votre disposition par mois pour vivre au quotidien (en comptant le salaire et les éventuelles bourses, aide de l'état et parentale) …….

→ Vous trouvez-vous en difficulté financièrement ?

☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout

- Q13. Quels sont vos conditions de vie ?

☐ Seul ☐Couple ☐Collocation ☐Domicile parental

- Q14. Présentez-vous l'une des affections suivantes ?

☐ Anxiété ☐ Fatigue chronique ☐ Hygiène de vie négligée

☐ Surcharge de travail ☐ Trouble ostéo-articulaire ☐ Trouble gastro-intestinaux

☐ Trouble comportement alimentaire ☐ Trouble du sommeil ☐ Aucune

- Q15. Parmi ces éléments :

- Prenez-vous toujours du plaisir ? ☐ Autant qu'avant ☐ Moins ☐ Un peu ☐ Plus du tout
- Riez-vous facilement ? ☐ Autant qu'avant ☐ Moins ☐ Vraiment moins ☐ Plus du tout
- Êtes-vous de bonne humeur ? ☐ Tout le temps ☐ Souvent ☐ Rarement ☐ Jamais

- Vous sentez-vous ralenti ? ☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours
- Votre apparence vous intéresse : ☐ Autant qu'avant ☐ Moins ☐ Vraiment moins ☐ Plus du tout
- Vous réjouissez-vous à l'idée de faire une activité ?
☐ Autant qu'avant ☐ Un peu moins ☐ Vraiment moins ☐ Jamais
- Prenez-vous du plaisir à lire, regarder la télévision ?
☐ Toujours ☐ Souvent ☐ Parfois ☐ Jamais

- Q16. Avez-vous été convoqué(e) dans le service de médecine du travail en DFASM1 (D2) ?
☐ OUI ☐ OUI mais je n'y suis pas allé(e) ☐ NON

- Q17. Votre suivi en médecine du travail vous semble :
☐ Adapté ☐ Inadapté ☐ Inexistant

- Q18. Pensez-vous que le service de médecine du travail peut vous aider en cas de difficultés rencontrées durant vos études ?
☐ Oui tout à fait ☐ Plutôt oui ☐ Plutôt non ☐ Non pas du tout

- Q19. Combien de consultations seraient nécessaires selon vous durant l'externat pour votre suivi en médecine du travail ?
☐ 1 seule au début de l'externat ☐ 1 fois par an ☐ Aucune

- Q20. Par quel(s) professionnel(s) de santé au travail souhaiteriez-vous être suivi(e) ?
☐Docteur ☐ Interne ☐ Psychologue ☐ Infirmière

- Q21. Selon vous, quel(s) serait le (les) frein(s) pour pouvoir bénéficier d'une consultation en médecine du travail ?
☐ Manque de temps ☐ Mauvaise organisation de la médecine du travail
☐ Absence de solution à mes besoins ☐ Méconnaissance du rôle de la médecine du travail
☐ Réticence de se confier à un médecin inconnu ☐ Absence de besoin particulier
☐ Aucun frein

Définition et explication de certains éléments de la question 14 :

- Anxiété : Emotion. Elle crée des sentiments de peur et d'inquiétude. Elle est normale en cas de situation « stressante » en revanche, elle peut être présente en dehors de toute situation stressante et devient donc anormale, pathologique. L'anxiété est forcément causée par une situation observée ou vécue. Si la situation est inconnue, on parle de stress et donc cela est physiologique
- Hygiène de vie négligée : Absence d'activité physique, pas de lavage quotidien, pas de brossage de dent 2/3 fois par jour, consommation quotidienne d'alcool de tabac ou de drogue dures. Mauvaise alimentation (grasse, salée, sucrée, manque de légumes…). Prise de risque sexuelle, grignotage

- Troubles ostéo-articulaires : douleur articulaire chronique pouvant toucher n'importe quelle articulation

- Troubles gastro-intestinaux : douleur abdominale chronique, trouble du transit chronique (diarrhée, constipation, impériosité, gaz importants)

- Troubles du comportement alimentaire : anorexie par restriction alimentaire volontaire (par manque de temps pour passer plus de temps à réviser, pour maigrir), boulimie (avec manœuvre de purge vomitive ou laxative), hyperphagie boulimique, night eating disorder…

- Fatigue chronique : Sensation subjective liée à une dette de sommeil ou un trouble du sommeil, d'épuisement.

- Troubles du sommeil : Insomnie, cauchemars quotidiens, terreur nocturne.

Bibliographie

[1] WOLF T.M. - *Stress, coping and health: Enhancing well-being during medical school*. Med. Educ, 1994, 28(1):8-17

[2] MOSLEY T.H.Jr., PERRIN S.G., NERAL S.M., DUBBERT P.M., GROTHUES C.A., PINTO B.M. - *Stress, coping, and well-being among third-year medical students.* Acad, Med, 1994, 69(9):765–767.

[3] AKTEKIN M., KARAMAN T., SENOL Y.Y., ERDEM S., ERENGIN H., AKAYDIN M. - *Anxiety, depression and stressful life events among medical students: A prospective study in Antalya, Turkey*. Med. Educ, 2001, 35(1):12–17.

[4] UNKNOWN AUTHOR - *Suicides of physicians and the reasons.* JAMA, 1903, Vol XL, 4(1):263-264.

[5] Ministère des Solidarités et de la Santé - *Troisième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS)*, 5 février 2016.

[6] SCHERHAMMER E.S., COLDITZ G.A. - *Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis).* Am J Psychiatry, 2004, 161(12):2295-2302.

[7] MATA D.A., RAMOS M.A., BANSAL N., KHAN R., GUILLE C., DI ANGELANTONIO E., SEN S. - *Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA, 2015, 314(22):2373-2383.

[8] FOND G., LANCON C., AUQUIER P., BOYER L. - *Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature*. La presse médicale, avril 2019, 48(4):365-375.

[9] SOLER JK., YAMAN H., ESTEVA M., DOBBS F., SPIRIDONOVA ASENOVA R., KATIC Milica., OZVACIC Z., DESGRANDES J.P., MOREAU A., LIONIS C., KOTANYI P., CARELLI F., NOWAK P.R., DE AGUIAR SA AZAREDO Z., MAKLUND E., CHURCHILL D., UNGAN M. - *Burnout in European family doctors: the EGPRN study*. Fam Pract, avril 2008, 25(4):245-265.

[10] KHIREDDINE I., LEMAITRE A., HOMERE J., PLAINE J., GARAS L., RIOL M.C., VALENTY M - *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme « Maladie à caractère professionnel »*. Bulletin épidémiologique, INVS, mars 2015.

[11] BARBARIN B. - *Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale : enquête transversale à la Faculté de Nantes* en 2008, thèse de docteur en médecine générale, faculté de Nantes, 2009. Disponible sur http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=2e603b99-469f-4629-b08a-9574790cd462.

[12] LE PENNETIER O., TRICART C., OUDIN A., GILARDIN L. - *Santé mentale des jeunes et futurs médecins : Comment vont les jeunes soignants ?*, juin 2017.
Disponible sur http://www.isni.fr/wpcontent/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf.

[13] PICQUENDAR G. – *Burnout des médecins généralistes hauts-normands : prévalence et facteurs associés*, thèse de docteur en médecine, faculté de Rouen, 2016. Disponible sur https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01511051/document.

[14] LINANT M. - *Evaluation des besoins du suivi médical des internes de médecine générale de la faculté de Rouen*, thèse de docteur en médecine, Rouen, 2018. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760256.

[15] ROTENSTEIN L., RAMOS M., TORRE M., SEGAL B., PELUSO M., GUILLE C., SEN S., MATA D. - *Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A Systematic Review and Meta-Analysis*. JAMA, 6 décembre 2016, 316(21):2214-2236.

[16] TIAN-CI QUEK T., WAI-SAN TAM W., TRAN B., ZHANG M., ZHANG Z., SU-HUI HO C., CHUN-MAN HO R. - *The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis*. Int J Environ Res Public Health, 31 juillet 2019, 16(15):2735.

[17] TESTA A., GIANUZZI R., SOLLAZZO F., PETRONGOLO L., BERNARDINI L., DAINI S. - *Psychiatric emergencies (part I): Psychiatric disorders causing organic symptoms*. Eur. Rev. Med Pharmacol. Sci, 2013, 17:55–64.

[18] EYSENCK M.W., DERAKSHAN N., SANTOS R., CALVO M.G. - *Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory*. Emotion, 2007, 7(2):336-353.

[19] MORAN T.P. - *Anxiety and working memory capacity: A meta-analysis and narrative review*. Psychol. Bull, 2016, 142(8):831-864

[20] RUNSWICK O.R., ROCA A., WILLIAMS A.M., BEZODIS N.E., NORTH J.S. - *The effects of anxiety and situation-specific context on perceptual-motor skill: A multi-level investigation*. Psychol. Res, 2018, 82(4):708-719

[21] FRAJERMAN A., MORVAN Y., KREBS MO., GORWOOD P., CHAUMETTE B. - *Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis*. Eur Psychiatry, 2019 Jan, 55:36-42.

[22] DANSET A. - *La santé psychiques des externes en médecine des Universités François Rabelais de Tours et Paris-VII Diderot, une étude épidémilogique transversale descriptive multicentrique*. Thèse de docteur en médecine, Faculté de Tours, 2017. Disponible sur http://www.applis.univ-tours.fr › Medecine › Theses.

[23] BORGNE V., HELLANDSJO-PROST R. - *Enquête précarité*, Rapport ANEMF, 31 octobre 2019, 33.

[24] BRETONA P., MORELLOB R., CHAUSSAROTA P., DELAMILLIEUREC P., LE COUTOURD X. - *Burnout syndrome among third year medical students in Caen: Prevalence and associated factors*. Rev Epidemiol Sante Publique, avril 2019, 67(2):85-91.

[25] Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. - *Charte sur l'égalité entre les hommes et les femmes : Chiffres clés de la parité dans l'enseignement supérieur et la recherche*, 2011.

[26] Rapport national EVREST, 2020 http://evrest.istnf.fr/page-35-0-0.html#menu

[27] HELYNCK A. - *Évaluation de la santé et de l'hygiène de vie de la population de MED 3 des facultés de médecine du Nord-Pas-de-Calais.* Thèse de docteur en médecine. Faculté de Lille. Septembre 2013.

[28] Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) et InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI) - *Enquête sur la santé mentale des jeunes médecins*, juin 2017.

[29] SARASWATHI I., SAIKARTHIK J., KUMAR SENTHIL K., MADHAN SRINIVASAN K., ARDHANAARI M., GUNAPRIYA R. - *Impact of COVID-19 outbreak on the mental health status of undergraduate medical students in a COVID-19 treating medical college: a prospective longitudinal study*. PeerJ. Octobre 2020, 8:e10164.

[30] ORSB : Observatoire Régional de la Santé en Bourgogne, Les maladies chroniques en Bourgognes - *Prévalence des lombalgies, sciatiques, lumbago, par âge en France et extrapolation à la bourgogne d'après l'enquête ESPS*, 2008.

[31] HERMETET C., ARNAULT E., GABORIT C., COILLOT H., FLORENCE A-M., DIOT P., COLOMBAT P., RUSCH E., GRAMMATICO-GUILLON L. - *Prévalence et Marqueurs de Risque d'Anxiété et de Dépression chez les Etudiants en Santé : PréMaRADES*. Presse med, Février 2019, 48(2):100-108.

[31] COHIDON C. - *Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités"*. INVS, Aout 2007.

[32] Bouet P. Atlas de démographie médicale en France au 1er janvier 2020 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf (Accessed 02/06/2021)