

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 14 octobre 2013 à Poitiers
par Olivia RIDET
née le 04 février 1982 à Besançon

Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ?

Enquête menée auprès des internes en médecine générale
de la faculté de Poitiers.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Marie-Hélène RODIER
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON
Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur José Gomes,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A Madame le Professeur Marie-Hélène Rodier et Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail avec spontanéité.

Nous vous prions de croire en notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Pascal Parthenay,

Tu as été mon maitre de stage et a accepté de diriger cette thèse.

Merci pour ton soutien passé et présent et pour ta patience.

Aux internes en médecine générale de la Faculté de Poitiers,

Merci d'avoir accepté de répondre à cette étude. Ce travail est un peu le vôtre et nous espérons qu'il ne trahira pas vos témoignages.

A mes Parents,

Vous m'avez toujours soutenu sans jamais me juger. Sans vous je n'en serais pas là. Merci pour votre amour sans faille et tout ce que vous m'apportez.

Sachez que moi aussi je suis fière de vous.

A Lydia et Sandra, mes sœurs,

Loin des yeux mais jamais loin du cœur. Merci pour tous ces bons moments passés en votre présence et tous ceux à venir.

Merci également à Sandra pour les corrections.

A Laurent et Jérôme, mes beaux-frères tous deux officiels, ça y est !

Vous êtes comme mes frères.

A Adrien, Cécilia, Déhia, Guilhem et Mathias,

Merci d'être venus agrandir la famille.

A Vincent mon Loulou,

Bientôt 10 ans que nos chemins se sont croisés et la vie est toujours aussi belle à tes côtés. Merci d'être toi, tout simplement. J'espère qu'un jour on réussira notre plus beau projet. Je t'aime.

A mes Amis,

Au reste de ma famille,

A ceux qui ne sont malheureusement plus là,

A Gaston, qui mérite aussi un remerciement pour toutes ces aventures passées grâce à lui.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	1
2. MATERIEL ET METHODE.....	5
2.1. Type d'étude et réalisation.....	5
2.2. Recueil des données.....	6
3. RESULTATS.....	7
3.1. Caractéristique démographique des sujets	7
3.1.1. Age et Genre	7
3.1.2. Faculté d'origine	8
3.1.3. Niveau d'étude.....	8
3.2. Dépistage, facteurs de risque et prévention.....	9
3.2.1. Tabagisme	9
3.2.2. Consommation de boissons alcoolisées.....	10
3.2.3. Frottis cervico-vaginal de dépistage.....	11
3.2.4. Vaccinations	12
3.2.4.1 DTP.....	12
3.2.4.2 Hépatite B	12
3.2.4.3 BCG	12
3.2.5 IMC.....	12
3.2.6 Activité physique.....	14

3.3.État de santé et suivi médical	15
3.3.1. Déclaration d'un médecin traitant.....	15
3.3.2. Complémentaire santé	17
3.3.3. Présence d'un médecin dans la famille proche.....	17
3.3.4. Suivi des pathologies chroniques	17
3.3.5. Évaluation de la prise en charge médicale	18
3.3.6. Regard porté sur leur santé.....	20
3.4. Prise en charge des problèmes de santé aigus.....	22
3.4.1. Problèmes rencontrés.....	22
3.4.2. Médecins consultés	31
3.4.3. Auto-prescription médicamenteuse.....	32
3.4.4. Auto-prescription de bilans complémentaires.....	33
4. DISCUSSION	34
4.1. Biais et Limites de l'étude.....	34
4.2. Analyse des résultats.....	35
4.2.1. Population.....	35
4.2.2. Facteurs de risque et prévention.....	35
4.2.2.1. Tabagisme.....	35
4.2.2.2. Consommation de boissons alcoolisées.....	36
4.2.2.3. Frottis cervico-vaginal de dépistage.....	38
4.2.2.4. Vaccinations	39
4.2.2.5. Surpoids et Obésité.....	39

4.2.2.6. Activité physique.....	40
4.2.3. Suivi médical et utilisation des soins	41
4.2.4. Regard porté sur leur santé.....	46
5. CONCLUSION	51
6. BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES	55
I. Message d'accompagnement du questionnaire	55
II. Questionnaire.....	56
RESUME.....	59

Liste des Abréviations

AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdien

CRP : Protéine C Réactive

DES : Diplôme d'Enseignement Spécialisé

DTP : Diphtérie Tétanos Poliomyélite

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

GEA : Gastro Entérite Aigüe

HAS : Haute Autorité de Santé

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

IST : Infection Sexuellement Transmissible

LMDE : La Mutuelle Des Etudiants

MT : Médecin Traitant

NFS : Numération Formule Sanguine

ORL : Oto-rhino-laryngologique

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

PNNS : Programme National Nutrition Santé

RGO : Reflux Gastro Œsophagien

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

VS : Vitesse de Sédimentation

1-INTRODUCTION

La question de la santé des médecins Français et de leur prise en charge médicale a fait l'objet de plusieurs travaux de thèses depuis une dizaine d'années. Certaines études mettent particulièrement l'accent sur l'attitude préventive des médecins généralistes envers eux-mêmes et sur leur suivi [1,2,3]. D'autres, qualitatives s'intéressent d'avantage au vécu du médecin malade. [4,5].

Au vu de l'ensemble des résultats, il apparaît que les médecins généralistes prennent dans l'ensemble soins d'eux. Ils ont une meilleure hygiène de vie que la population générale, sont correctement vaccinés et s'estiment plutôt en bonne santé même si paradoxalement, ils pensent majoritairement être moins bien pris en charge que leurs patients. [1,2]

Si en matière de prévention, le constat est plutôt bon, il existe néanmoins des points négatifs dans la gestion de leur santé. Aller consulter un confrère à fortiori un médecin généraliste est loin d'être une pratique courante chez les omnipraticiens. Ils se déclarent majoritairement comme leur propre médecin traitant et si un confrère est déclaré, il ne le consulte que très rarement. Dans sa thèse, Damien Bertrand cherche à comprendre pourquoi les médecins généralistes désignent si rarement un confrère comme médecin traitant [6]. Les raisons avancées sont principalement le manque de temps, la croyance en la capacité de prendre en charge ses propres problèmes de santé, la difficulté à établir une relation médecin-patient avec un confrère et l'absence d'obligation à en désigner un. Ainsi, on constate que les médecins ont une forte tendance à appréhender seuls leur santé.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins soulève ce problème dans son rapport sur le Médecin Malade [7] en énonçant que face à ses symptômes le médecin « oscille entre deux comportements extrêmes, celui de la négligence et celui de panique, [...] valse-hésitation qui le conduit à l'automédication parfois inappropriée, à l'auto-prescription et donc à l'auto-analyse. » Si on comprend aisément que pour certaines affections simples et bénignes, le médecin puisse légitimement se soigner, il n'en est pas de même pour tous les problèmes de santé. L'auto diagnostic peut conduire à un retard de prise en charge par déni, négligence ou manque d'objectivité. En cas de détresse psychologique, d'ailleurs très fréquente chez cette population, elle plonge le médecin dans un profond isolement. Comment peut-on être objectif quand on analyse son propre corps, ses propres émotions ?

Mais si on parle de la prise en charge médicale des médecins, qu'en est-il de celle des internes en médecine ?

L'attitude des internes en médecine envers leur propre santé est un sujet plus rarement abordé. Bien que plusieurs études se soient intéressées à la santé psychique des internes en évoquant le problème du burnout, on en sait peu sur la manière dont ceux-ci gèrent leur santé d'une manière générale. Pourtant en lisant les travaux réalisés auprès de leurs aînés, plusieurs questions semblent se poser.

Tout d'abord, l'internat est une phase de transition dans la vie d'un médecin lors de laquelle, tout en restant sous la responsabilité d'un médecin référent, il va gagner en autonomie avec en particulier la possibilité de prescrire. Si l'auto-prescription est pratique courante chez les médecins, on peut s'interroger sur la genèse de ce comportement. Est-ce que l'interne a déjà recours à l'auto-prescription ?

D'autre part, les médecins semblent éprouver des difficultés à consulter un confrère. Est-ce déjà le cas des internes ? Ceux-ci ont souvent de lourds horaires de travail et sont parfois amenés à changer de région, ne risquent-ils pas eux-aussi de ne plus avoir de suivi médical et de gérer seuls leurs problèmes de santé ?

Enfin, les internes ont une formation centrée sur la santé des patients mais eux, négligent-ils leur propre santé ? S'appliquent-ils les mêmes recommandations que celles qu'ils préconisent aux patients ?

A ces questionnements, la littérature apporte quelques éléments de réponse. Des études essentiellement Anglo-saxonnes et Norvégiennes abordent le sujet de l'accès aux soins des internes. Il apparaît que ceux-ci éprouvent fréquemment des difficultés à obtenir des soins [8], principalement par manque de temps. Le recours à l'auto-prescription est courant [9,10,11] et cette pratique semble s'accroître avec l'avancée dans le cursus [11,12]. Pour des raisons de commodités (accessibilité, gain de temps), les internes ont recours à des consultations informelles [8] et même s'ils ont un médecin référent, ils contournent majoritairement l'accès à celui-ci. L'auto-prescription et l'automédication est fréquente en cas de pathologie bénigne mais le taux reste également important en cas de pathologie plus grave. Par exemple, dans l'étude de C. de Villelongue [12], 62,5% des internes présentant un syndrome dépressif se sont prescrit un traitement en rapport avec cet épisode avant même de consulter un médecin.

Concernant l'hygiène de vie des internes, la thèse de Julien Hérault [13] réalisée en 2012 étudie la consommation de substances psychoactives chez les internes en médecine des facultés de Lyon et Angers. Dans son étude, l'alcool apparaît être la substance la plus consommée par les internes avec un mode de consommation plutôt étudiantin. En effet, on note plus de consommateurs à risque ponctuel que dans la population générale mais moins de consommateurs dépendants ou à risque chronique. L'alcool est surtout consommé par plaisir dans le cadre de soirées mais

près de 20 % des internes déclarent avoir bu de l'alcool pour soulager leur stress. Le tabagisme est la deuxième substance la plus consommée. Les internes sont moins nombreux à fumer et fument quantitativement moins que la population générale mais on note que près de 8% des internes ont expérimenté le tabac durant leur internat, la majorité a tendance à stabiliser voir augmenter sa consommation lors de cette période et seulement un répondant a arrêté de fumer lors de son internat.

Afin de compléter ces travaux, nous avons réalisé cette thèse.

L'objectif étant de faire un état des lieux de la prise en charge médicale des internes en s'intéressant aux internes en médecine générale de la faculté de Poitiers et en abordant différents aspects de la gestion de leur santé à savoir leur attitude préventive, leur suivi et leur utilisation des soins.

Secondairement les objectifs sont d'évaluer si les internes adoptent déjà les comportements des médecins en particulier le recours à l'auto-diagnostic et l'auto-prescription et de déceler s'il existe ou non des défauts dans leur prise en charge.

2/MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude et réalisation

Il s'agit d'une étude transversale descriptive réalisée par auto-questionnaire auprès de tous les internes inscrits en DES de médecine générale à l'université de Poitiers en 2012/2013.

Les internes d'autres spécialités ont été exclus puisqu'il s'agissait d'observer les pratiques des futurs médecins généralistes.

Le questionnaire élaboré a été découpé en 4 grandes parties :

- **Première partie**

Destinée au recueil des données démographiques et professionnelles.

- **Deuxième partie** : facteurs de risques et prévention

Cette partie évaluait l'attitude préventive des internes avec des questions portant sur le statut vaccinal, l'hygiène de vie et la réalisation d'actes de dépistage.

- **Troisième partie** : État de santé et suivi médical

Cette partie interrogeait les internes sur leur suivi médical (prise en charge des maladies chroniques, désignation d'un médecin traitant) et l'évaluation personnelle de leur état de santé.

- **Quatrième partie** : Prise en charge des problèmes aigus

On cherchait ici à évaluer le respect du parcours de soins, le recours à l'auto-prescription et l'automédication, ainsi que les raisons pour lesquelles les internes ne consultaient pas.

Un courrier électronique de présentation a été adressé à tous les internes concernés via la messagerie électronique du secrétariat de la scolarité. Il comprenait un lien hypertexte les orientant vers le questionnaire en ligne.

Deux relances ont ensuite été effectuées.

Les réponses sont parvenues de manière anonyme à une adresse mail dédiée au recueil de données.

L'enquête s'est déroulée du 13 décembre 2012 au 07 février 2013.

2.2. Recueil des données

Les données recueillies ont été saisies dans une feuille de calcul Excel 2010. Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Epi Info7 et R.

Les tests statistiques utilisés étaient le test de Fisher exact pour les données entre 1 et 5 et le X^2 pour les autres données (seuil de significativité p à 0.05).

3/RESULTATS

Sur 340 internes interrogés, 128 internes ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé soit un taux de réponse de 37.6 %.

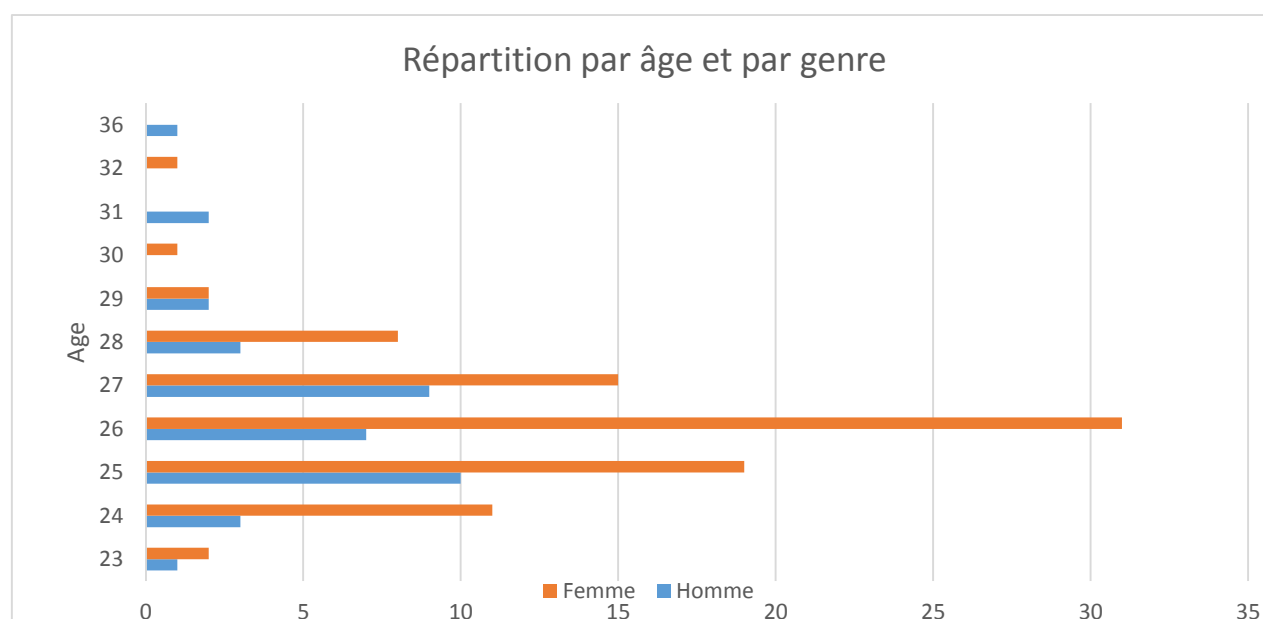
44,6% des TCEM1 (54/121), 48,4 % des TCEM2 (47/97) et 22,1 % des TCEM3 (27/122) ont répondu au questionnaire.

3.1 Caractéristiques démographiques des sujets

3.1.1 Age et Sexe

La population étudiée est composée de 38 internes de sexe masculin et 90 internes de sexe féminin, soit une part respective de 29,7 % et 70,3% des répondants. Le sexe ratio est de 0,42.

L'âge moyen des internes interrogés est de 26,2 ans avec un minimum de 23 ans et un maximum de 36 ans. La moyenne d'âge des internes masculins est de 26,6 ans et celle des internes féminins de 26 ans.



3.1.2 Faculté d'origine

53,1% (68/128) des internes ayant répondu ont effectué leur externat à la faculté de Poitiers et 46,1% (59/128) l'ont effectué dans une autre ville.

Un interne masculin n'a pas spécifié sa faculté d'origine (0,8%)

La répartition des genres en fonction de la faculté d'origine diffère peu : 45,6% des femmes et 47,4% des hommes ont effectué leur externat à Poitiers contre 54.4% des femmes et 50% des hommes venant d'une autre faculté.

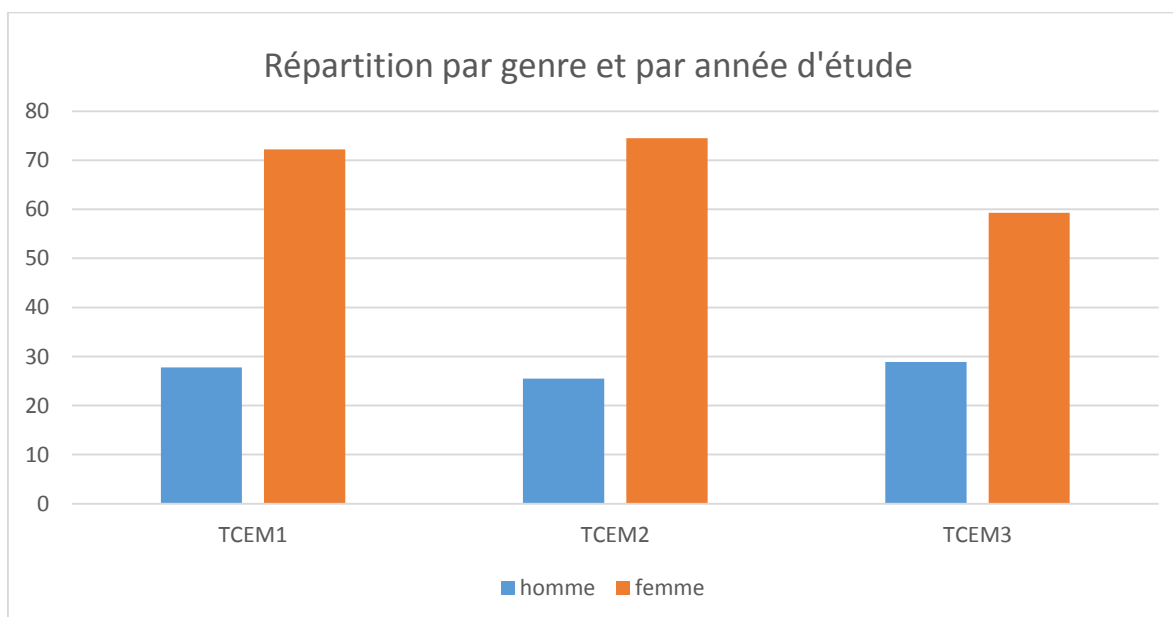
3.1.3 Niveau d'étude

54 internes sont inscrits en TCEM1 soit 42,2%, 47 sont en TCEM2 (36,7%) et 27 en TCEM3 (21,1%).

Les internes de genre féminin représentent respectivement 72,2%, 74,5 % et 59,3% des inscrits en TCEM1, TCEM2 et TCEM 3.

Il n'y a pas de différence significative de répartition des genres en fonction de l'année d'étude ($p>0,05$).

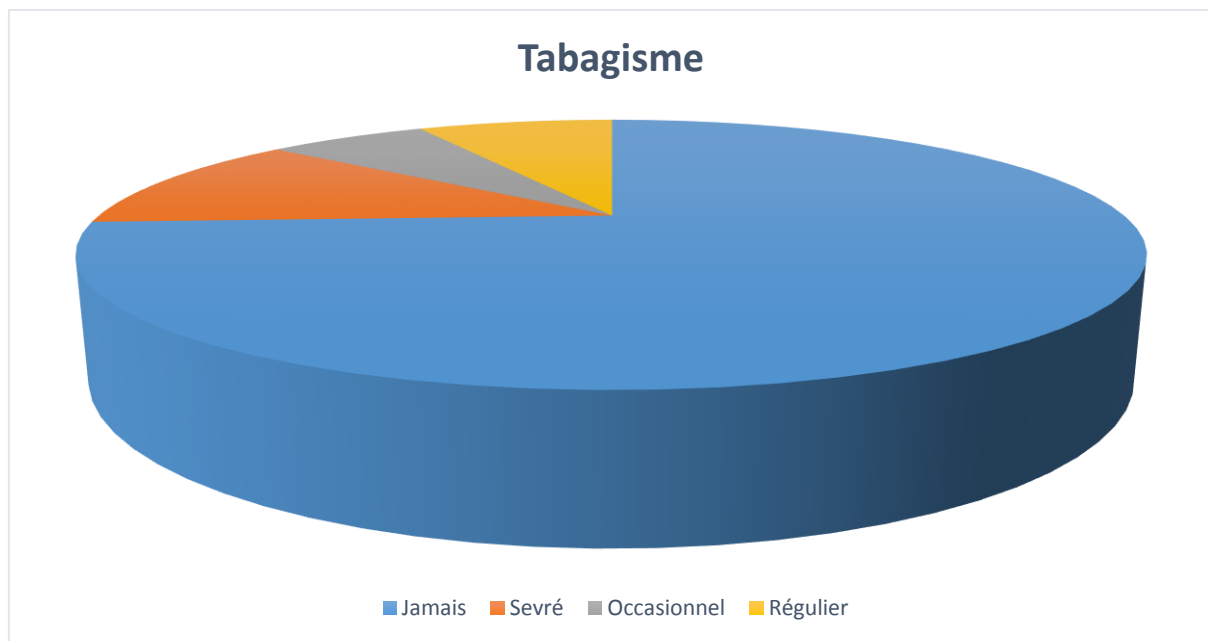
L'âge moyen des internes est de 25,2 ans en TCEM1, 26,4 ans en TCEM2 et 27,7 ans en TCEM3.



3.2. Dépistage, facteur de risque et prévention

3.2.1 : Tabagisme

14,1% (18/128) des internes interrogés fument du tabac dont 7,8% (10/128) fumant régulièrement. Parmi ceux qui ne fument pas, 74,2% n'ont jamais fumé (95/128) et 11,7% ont arrêté (15/128).



Le nombre de paquets/année varie de un quart à 14 avec une moyenne de 4,1.

16,7 % des femmes fument (15/90) contre 7,9% des hommes (3/38).

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à fumer du tabac mais la différence n'est pas significative ($p > 0,05$).

16,7% (9/54) des internes en TCEM 1 fument contre 6,4% (3/47) en TCEM2 et 22,2% (6/27) en TCEM3.

Le pourcentage de fumeurs ne varie pas en fonction de l'année d'étude ($p > 0,05$).

3.2.2 : Consommation de boissons alcoolisées :

9,4 % (12/128) des interrogés ne consomment jamais d'alcool

53,9% (69/128) en consomment moins de 4 jours par mois

30,4% (39/128) en consomment un à deux jours par semaine

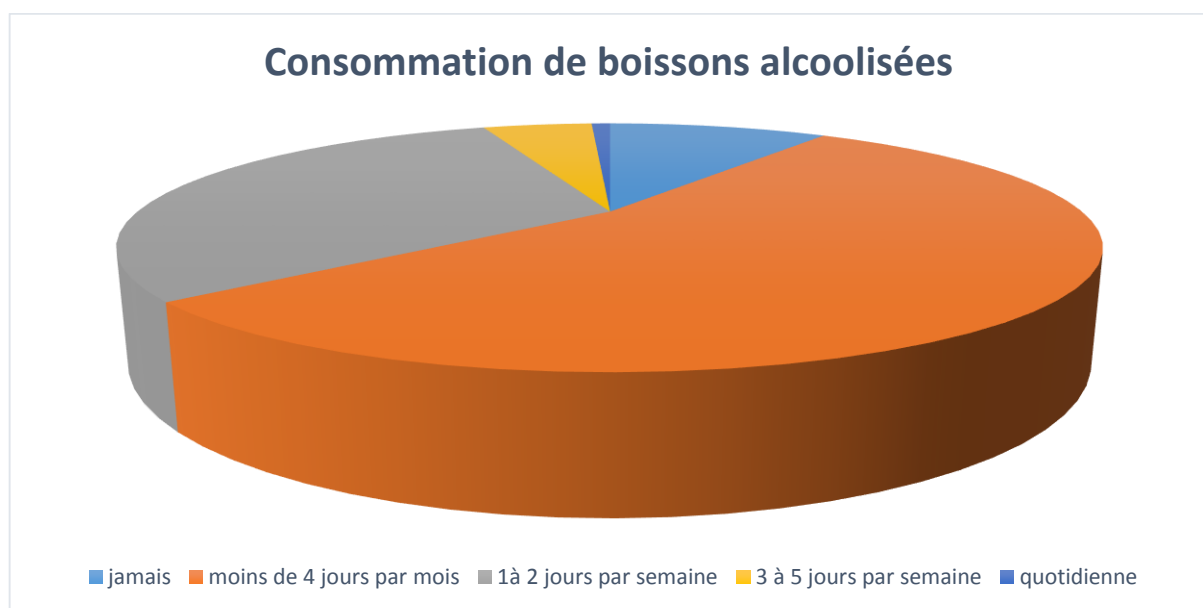
4,7% (6/128) en consomment 3 à 5 jours par semaine

1 seul interne (0,8%) en consomme tous les jours (1 verre par jour)

Il manque 1 valeur (0,8%)

79% ont précisé le nombre de verres standards consommés pour une occasion standard.

8,8% ont une consommation supérieure à 4 verres standards par occasion mais ne consomment de l'alcool qu'occasionnellement.



92,1% des hommes (35/38) consomment de l'alcool et 39,4% (15/38) en consomment au moins une fois par semaine.

88,8% des femmes consomment de l'alcool dont 34,4% ayant une consommation hebdomadaire.

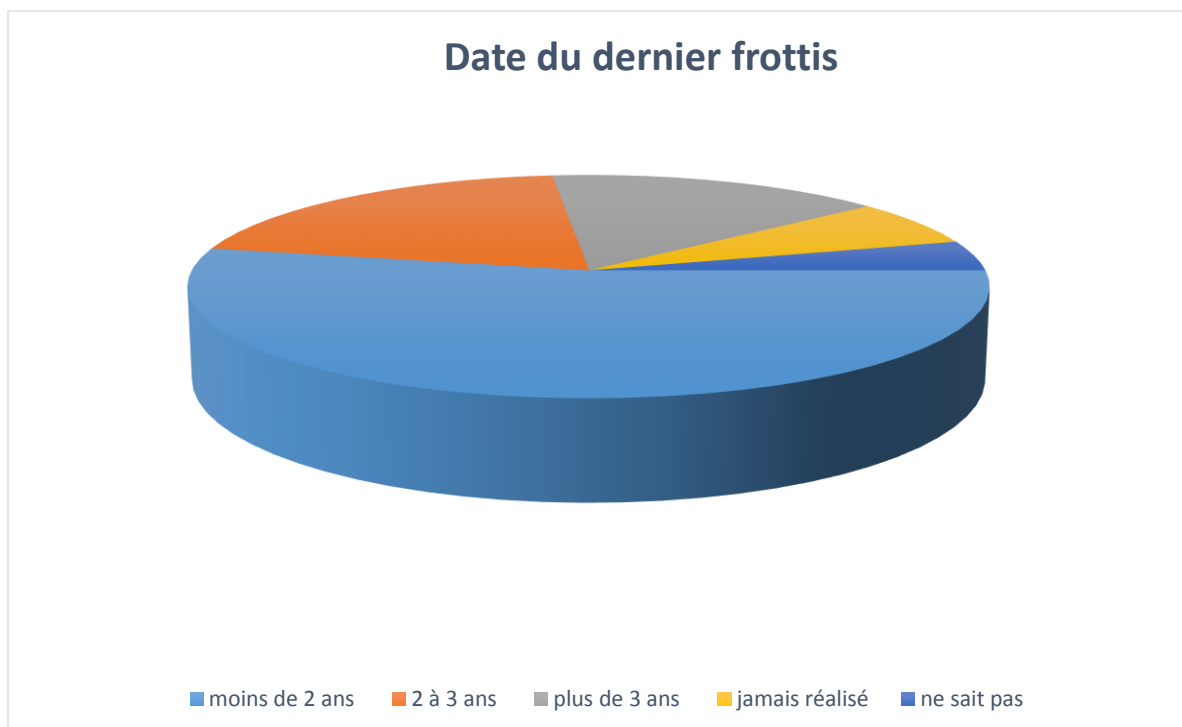
Il n'y a pas de différence statistiquement significative de la consommation d'alcool selon le sexe.

L'usage régulier d'alcool étant défini par une consommation d'alcool plus de trois fois par semaine [14], 5.5% des interrogés ont une consommation régulière d'alcool (7,9% des hommes versus 4,4% des femmes).

3.2.3. Frottis cervico-vaginal

93,3% (84/90) des femmes ont déjà réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus. Pour 15,6 %(14/90) d'entre elles, ce frottis a été réalisé il y a plus de 3 ans et pour 73,3% d'entre elles il y a moins de 3 ans soit 20% il y a 2 à 3 ans et 53,3% il y a moins de 2 ans.

4,4%(4/90) ne savent pas de quand date leur dernier frottis et 6,7% (6/90) n'en ont jamais réalisé.



3.2.4 Vaccinations

3.2.4.1 DTP

98,4% (126/128) disent être à jour de cette vaccination, un répondant de TCEM3 ne l'est pas et un ne connaît pas son statut vaccinal.

3.2.4.2 Hépatite B

96,9% (124/128) disent être à jour de cette vaccination, 3 internes de TCEM1 (2,3%) disent ne pas l'être et 1 ne sait pas (0,8%).

3.2.4.3 BCG

91,4%(117/128) sont à jour de cette vaccination, 5.5%(7/128) ne le sont pas et 3,1%(4/128) ne connaissent pas leur statut vaccinal.

Parmi ceux qui ne sont pas à jour, cinq sont en TCEM1, un en TCEM2 et un en TCEM3.

3.2.5. IMC

Pour étudier le problème du surpoids, nous avons utilisé l'indice de masse corporelle (IMC).

L'IMC correspond au rapport du poids (en Kilogrammes) sur le carré de la taille (en mètre).

On définit ainsi cinq catégories :

IMC <18,5 : maigreur

IMC compris entre 18,5 et 25 : poids normal

IMC compris entre 25 et 30 : surcharge pondérale

IMC compris entre 30 et 35 : obésité modérée

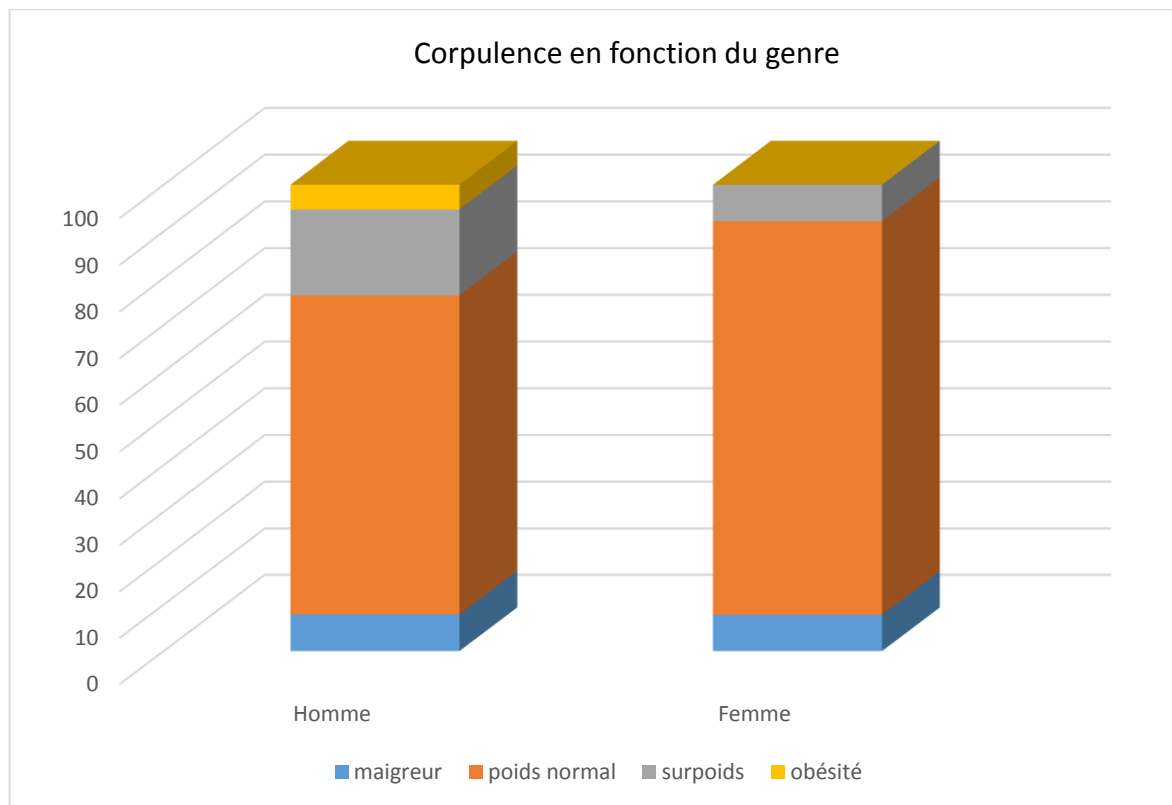
IMC supérieur ou égal à 35 : obésité sévère

Dans notre étude, 7% des internes sont maigres (9/128). 79,7% ont un poids normal, 10,9% sont en surcharge pondérale et 1,6% sont obèses (obésité modérée).

Une personne n'a pas répondu (0,8%).

7,8% des femmes (7/90) ont un IMC supérieur à la normal contre 23,7% des hommes. Les hommes sont plus nombreux à être en surpoids que les femmes ($p=0,013$).

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de corpulence en fonction de l'année d'étude ($p<0,05$).



3.2.6 Activité physique

50% des répondants (64/128) exercent une activité physique régulière contre 49,2% (63/128) n'en pratiquant pas régulièrement.

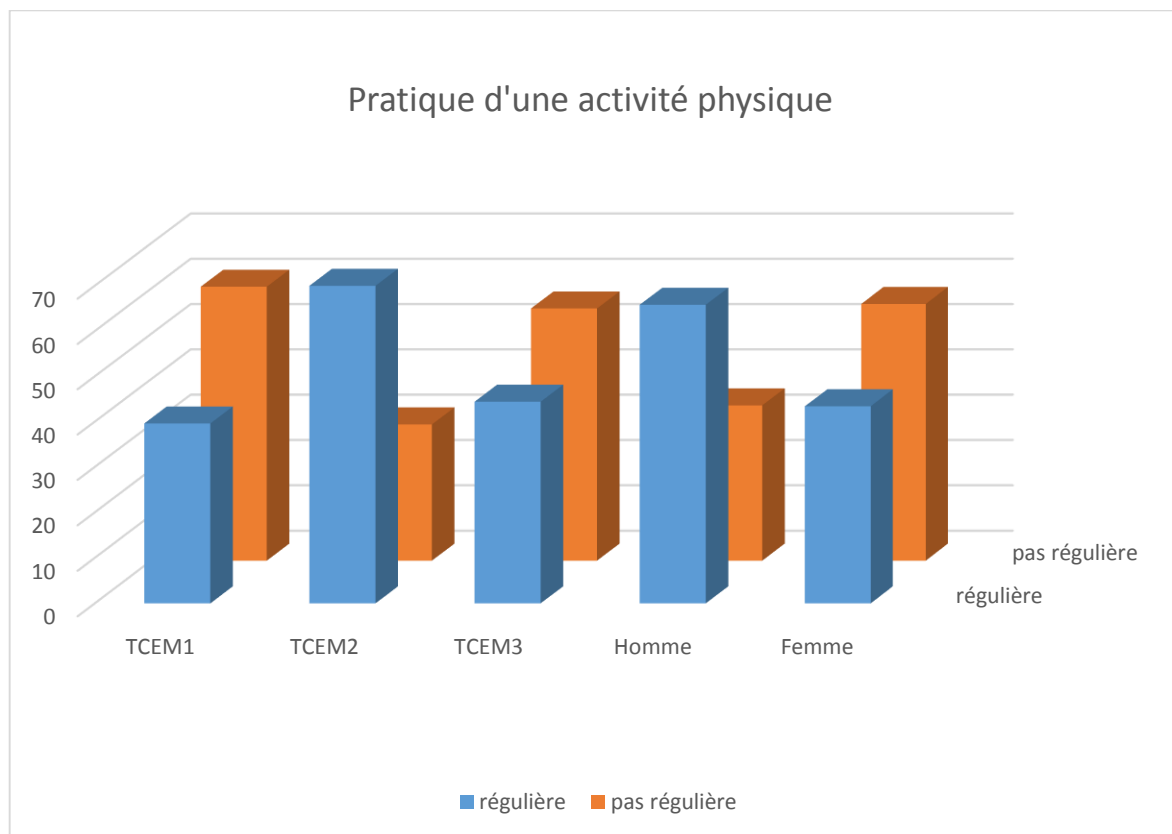
1 interne n'a pas répondu (0,8%).

65,8% des hommes (25/38) pratiquent une activité physique régulière contre 43,4% des femmes (39/90). Il manque une valeur 0,8% (1/128).

Les hommes pratiquent d'avantage une activité physique régulière que les femmes ($p=0.033$).

Les internes en TCEM2 sont 70% à pratiquer une activité physique régulière (31/47) contre respectivement 39,6% des TCEM1 (21/54) et 44,4% des TCEM3 (12/37).

Les internes en TCEM2 sont significativement plus nombreux à exercer une activité physique régulière ($p=0.0245$).



3.3 État de santé et suivi médical

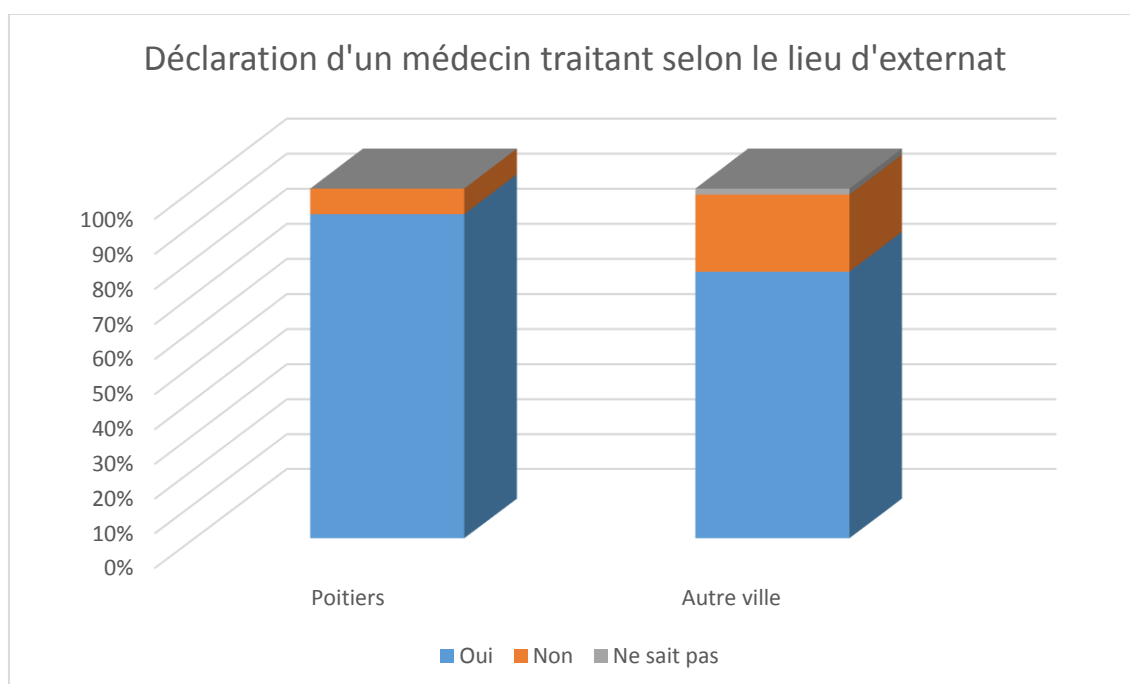
3.3.1 Déclaration d'un médecin traitant

108 internes ont déclaré un médecin traitant soit 84,4 %. 19 ne l'ont pas fait (14,8%) et 1 ne sait pas s'il en a déclaré (0,8%).

88,9% des femmes (80/90) et 73,7% des hommes (28/38) ont déclaré un médecin traitant. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes concernant le fait de déclarer un médecin traitant ($p > 0,05$).

85,2% (46/54) des internes en TCEM1 ont désigné un médecin traitant contre 85,1% en TCEM2 (40/47) et 81,5% en TCEM3 (22/27).

7,3% des internes ayant effectué leur externat à Poitiers n'ont pas déclaré de médecin traitant contre 22% des internes venant d'une autre faculté. Les internes ayant effectué leur internat à Poitiers sont significativement moins nombreux que ceux venant d'une autre faculté à ne pas avoir déclaré de médecin traitant ($p = 0,006$)



Parmi les internes qui ont un médecin traitant, celui-ci est un membre de leur famille dans 13,8% des cas, un proche à 3,6% et majoritairement une autre personne (82,6%)

83,3% des internes qui ont un membre de la famille proche médecin ont désigné un médecin traitant (31/37). Ils ont choisi un membre de leur famille dans 48,4% des cas (15/31) et un indépendant dans 51,6% des cas (16/31).

Les raisons invoquées par ceux qui n'ont pas désigné de médecin traitant sont résumées dans le tableau suivant (plusieurs réponses étaient possibles) :

Motif de non désignation d'un médecin traitant	n	pourcentage
Déménagements trop fréquents au cours de l'internat	8	38
Déménagement récent		
Absence de problèmes de santé	7	33,3
Auto-prescription possible	2	9,5
Connaissances médicales personnelles suffisantes	1	4,8
Manque de temps	1	4,8
Membre de la famille médecin	1	4,8
Négligence	1	4,8
Total		100
	21	

3.3.2 Complémentaire santé

95,3 % des internes (122/128) ont souscrit une complémentaire santé.

3,9% ne l'ont pas fait (5/128)

Un interne ne sait pas s'il a une mutuelle (0,8%).

3.3.3 Présence d'un médecin dans la famille proche

28,9 % des internes (37/128) ont un membre de leur famille proche médecin.

83,8% d'entre eux ont déclaré un médecin traitant contre 84,6% de ceux n'ayant pas de médecin dans leur famille proche.

La présence d'un médecin dans la famille proche n'influence pas la désignation d'un médecin traitant ($p>0.05$).

3.3.4 Suivi des pathologies chroniques

14,8% des répondants (19/128) sont atteints d'une pathologie chronique soit 15,6% des femmes (14/90) et 13,2% (5/38) des hommes.

63,2% sont suivis par un médecin pour cette maladie (12/19).

Ceux qui sont suivis par un médecin le consultent majoritairement en cas de problème particulier (75%). Seul 25% le consultent systématiquement.

10,5% des internes ayant une maladie chronique (2/19) ne pratiquent jamais d'auto-prescription pour celle-ci. 31,6% (6/19) le font parfois, 26,3% (5/19) souvent et 31,6% (6/19) toujours.

On ne constate pas de différence statistiquement significative concernant l'auto-prescription en fonction de l'avancée dans les études ou en fonction du genre ($p>0,05$).

3.3.5 Évaluation de la prise en charge médicale

64,85% des internes considèrent que leur prise en charge médicale ne diffère pas depuis l'internat (83/128).

28,9% (37/128) la considère moins bonne qu'auparavant soit 22,7 % moins bonne et 6,2% nettement moins bonne.

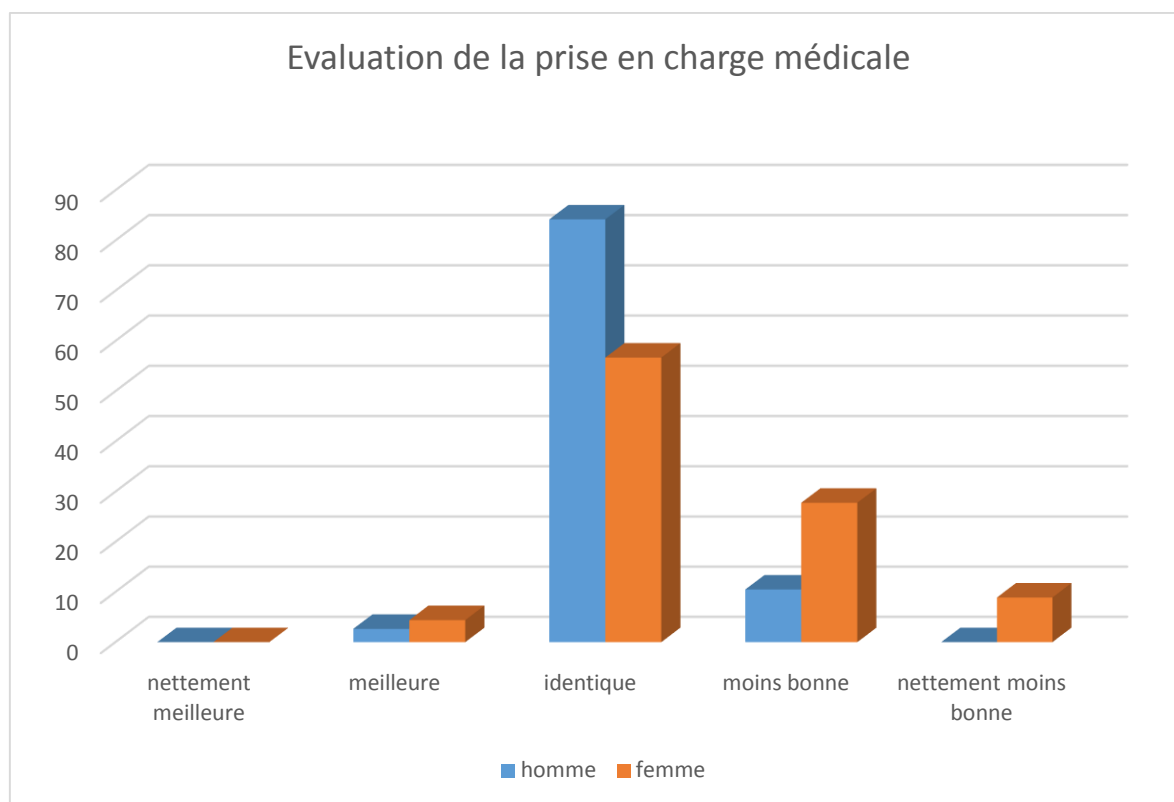
3,9% (5/128) pensent être mieux pris en charge qu'auparavant.

3 internes n'ont pas répondu à cette question (2,35%).

Évaluation de la prise en charge selon le genre :

	Homme		Femme		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nettement moins bonne	0	0	8	8.9	8	6.3
Moins bonne	4	10,5	25	27,8	29	22.7
Identique	32	84,2	51	56,7	83	64.8
Meilleure	1	2,65	4	4,4	5	3.9
Nettement meilleure	0	0	0	0	0	0
Non renseigné	1	2,65	2	2,2	3	2.3
Total	38	100	90	100	128	100

Le sentiment d'être moins bien pris en charge est significativement plus présent chez les femmes ($p=0,002$).



Les internes en TCEM1 s'estiment mieux pris en charge à 1,85% contre respectivement 6,4% et 3,7% des internes en TCEM2 et TCEM3 ayant répondu.

Ils estiment leur prise en charge identique à 74,1%, contre respectivement 53,2% et 66,7% des TCEM2 et TCEM3 ayant répondu.

Enfin, ils estiment leur prise en charge moins bonne à 20,4%, contre respectivement 38,3% et 29,6% des TCEM2 et TCEM3 ayant répondu.

Il manque 2 valeurs.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative du sentiment de prise en charge en fonction de l'année d'étude ($p>0,05$)

Les raisons invoquées par ceux qui s'estiment moins bien pris en charge sont résumées dans le tableau suivant (plusieurs réponses étaient possibles).

Raisons invoquées	n	%
Manque de temps pour consulter un médecin ou prévoir un rendez-vous chez un spécialiste	22	51.2
Médecin traitant dans une autre ville, déménagements trop fréquents	9	20.9
Banalisation des problèmes de santé personnels	5	11.6
Possibilité d'auto-prescription	3	7
Gêne éprouvée dans le rôle du patient	2	4.65
Regard différent des soignants, sentiment d'être moins pris en compte	2	4.65
TOTAL	43	100

3.3.5. Regard porté sur leur santé

Les internes s'estiment majoritairement en bonne santé : 93,7 % (120/128). 1,6% pensent être en mauvaise santé et 3,9% ne savent pas l'évaluer.

Un interne n'a pas répondu (0,8%)

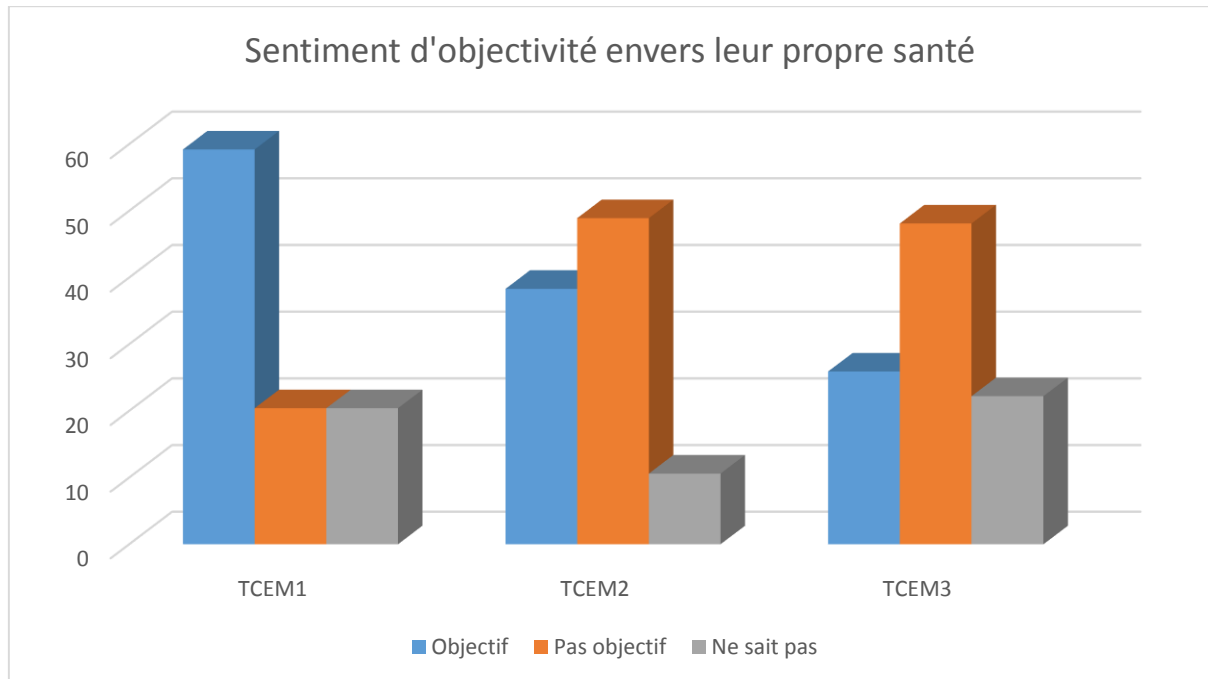
44,5% des internes (57/128) pensent avoir un regard objectif sur leur santé, 36.7% (47/128) ne le pensent pas et 17.2%(22/128) n'ont pas d'avis.

2 personnes n'ont pas répondu (1,6%)

59,2% des internes en TCEM1 pensent avoir un regard objectif sur leur santé

(32/54). En TCEM2 et TCEM3 ils sont respectivement 38,3% (18/47) et 25,9% (7/27) à penser de même.

Il existe une diminution statistiquement significative du sentiment d'objectivité envers sa propre santé lors de l'avancée dans le cursus. ($p=0,009$)



On ne note pas de différence entre les hommes et les femmes.

88 femmes et 38 hommes ont répondu.

Parmi les femmes, 45.5% pensent avoir un regard objectif sur leur santé, 37.5% ne le pensent pas et 17% ne savent pas.

Les hommes eux sont 44,7% à penser avoir un regard objectif, 36.9% à ne pas le penser et 18,4% à ne pas savoir.

91,9% (34/37) des internes considérant leur prise en charge médicale moins bonne qu'auparavant s'estiment en bonne santé.

Les internes qui estiment leur prise en charge médicale moins bonne sont significativement plus nombreux à penser avoir un regard sur leur santé qui n'est pas objectif ($p < 0,05$).

3.4. Prise en charge des problèmes de santé aigus :

3.4.1 Problèmes rencontrés :

On dénombre 111 situations aiguës ayant pu nécessiter un recours médical. Ces situations sont celles qui ont été rencontrées depuis le début de l'internat. Elles sont réparties comme suit : 62,2% en TCEM1 (69/111), 29,7% en TCEM2 (33/111) et seulement 5,4% en TCEM3 (6/111).

Allergie :

Deux internes de TCEM2 ont présenté des manifestations allergiques. Ils n'ont pas consulté le jugeant inutile et se sont prescrit des antihistaminiques.

Anémie :

Une interne a présenté une anémie pour laquelle elle n'a pas consulté par crainte de déranger.

Elle s'est prescrit un bilan biologique de cette anémie ainsi qu'une supplémentation en fer.

Anxiété :

Deux internes de TCEM1 ont évoqué ce problème.

L'un ayant un médecin traitant a consulté un psychiatre.

Le deuxième n'a pas consulté par manque de temps et s'est prescrit des Benzodiazépines.

Arthrite :

On note un épisode de monoarthrite aiguë pour lequel l'interne concerné a consulté un rhumatologue.

Asthénie :

Deux internes ont présenté un épisode d'asthénie. L'un d'entre eux a consulté son médecin traitant. Le second n'a rien fait jugeant que ce n'était pas nécessaire.

Asthme :

Deux internes ont présenté un épisode de crise d'asthme.

L'un en TCEM1 ayant un médecin traitant, a consulté un pneumologue. Il s'agissait d'une première crise.

L'autre interne, en TCEM2 n'a pas consulté, ne le jugeant pas nécessaire et a pris du Salbutamol.

Céphalée aigüe inhabituelle :

3 internes ont relaté ce problème.

Deux d'entre eux n'ont pas consulté et ont pris des antalgiques (Paracétamol)

Le troisième présentant une crise migraineuse a consulté un neurologue. Il avait un médecin traitant.

Certificat :

Un interne de TCEM2 ayant un médecin traitant, a consulté son maître de stage pour réalisation d'un certificat d'aptitude sportive. Ce certificat a été délivré lors d'une consultation traditionnelle.

Colique néphrétique :

Un interne a présenté un épisode de colique néphrétique pour lequel il a été pris en charge par un urgentiste de son lieu de stage.

Cystite non compliquée :

4 internes de sexe féminin ont présenté un épisode de cystite.

Aucune n'a jugé utile de consulter. Toutes se sont prescrit des antibiotiques.

Fosfomycine pour deux d'entre elle, Furadantine pour une autre.

Déficit neurologique aigu :

2 internes ayant un médecin traitant ont consulté pour un problème neurologique.

L'un a présenté un épisode de paralysie faciale périphérique a frigore le second un épisode de dysesthésie. Tous deux ont consulté un neurologue.

Problème dentaire :

3 internes ont eu un problème dentaire sans précision.

Deux d'entre eux ont consulté un dentiste.

Le troisième n'a pas consulté par manque de temps s'est prescrit des antalgiques de pallier 2.

Douleur abdominale :

Deux internes se sont plaints de douleurs abdominales aiguës sans précision pour lesquelles ils n'ont pas consulté et se sont automédiqués.

Epigastralgies / RGO:

3 internes de TCEM 1, un de TCEM2 et un de TCEM 3 s'en sont plaints.

Trois d'entre eux ont présenté un épisode de brûlures épigastriques pour lesquelles ils n'ont pas consulté le jugeant inutile et par manque de temps même si pour l'un d'eux, les épisodes étaient répétés. Ils se sont prescrit des IPP.

Un interne a pris avis auprès de son maître de stage après 2 mois de persistance des symptômes.

Le dernier atteint de gastrite a pris avis auprès d'un proche et s'est prescrit une bi-antibiothérapie et un traitement par IPP .

Eruption cutanée bénigne, problème dermatologique :

On dénombre 4 motifs dermatologiques.

3 internes ont pris avis auprès d'un médecin, le quatrième s'est prescrit une corticothérapie locale dans le cadre d'un eczéma.

Une interne a consulté son médecin traitant après une période d'autogestion de son acné.

Un autre a pris avis auprès de son maître de stage pour kyste sébacé.

Le troisième a consulté un dermatologue sans préciser le motif.

Erysipèle :

Devant un érysipèle, un interne a pris avis auprès d'un urgentiste de son lieu de stage mais s'est prescrit lui-même l'antibiothérapie.

Grippe :

On note 2 cas de grippe.

L'un des concernés a consulté un proche, le second n'a pas consulté pensant que ce n'était pas nécessaire et s'est automédiqué.

Gastro entérite aigüe:

On dénombre 10 cas de gastro entérite aigüe. Un interne de TCEM 2 a consulté « entre 2 portes » son maître de stage pour ce problème, les autres n'ont pas consulté et se sont automédiqués. Les raisons invoquées étaient pour tous l'inutilité de consulter pour un tel motif.

Goitre :

Un interne ayant un médecin traitant a présenté un goitre pour lequel il n'a pas consulté par manque de temps et s'est prescrit lui-même un bilan complémentaire (échographie, bilan biologique)

Gynécologie :

7 internes de TCEM1, une interne de TCEM2 et une de TCEM3 ont rapporté un motif d'ordre gynécologique.

On note 2 cas de mycose vaginale. Toutes 2 ont eu recours à des ovules antifongiques et n'ont pas consulté par gêne et peur de déranger.

Une interne de TCEM 1 a renouvelé sa contraception orale et n'a pas consulté par manque de temps et inutilité.

Une interne de TCEM 1 changeant de contraceptif a pris avis auprès de son maître de stage.

Pour 4 internes, la consultation s'est faite auprès d'un gynécologue. Les motifs étant : intolérance au contraceptif oral, métrorragie sur stérilet, frottis. Deux d'entre elles n'avaient pas de médecin traitant.

Une interne de TCEM1 ayant un médecin traitant et présentant une dysménorrhée n'a pas consulté par manque de temps et inutilité et s'est prescrit un bilan hormonal ainsi que du Dydrogéstérone.

Crise hémorroïdaire :

Un interne présentant une crise hémorroïdaire n'a pas consulté pour ce problème par gêne et a eu recours à un traitement local et des veinotoniques.

Infection sphère ORL :

On dénombre 16 épisodes d'infection ORL.

10 en TCEM1, 5 en TCEM2 et 1 en TCEM3.

Un interne de TCEM1 a consulté un généraliste choisi au hasard pour sinusite maxillaire purulente après avoir banalisé dans un premier temps le problème craignant de passer pour « *une petite nature* ».

Deux internes n'ont pas consulté mais ont pris avis auprès de leur co-interne dans le cadre d'angine dont une ulcéro-nécrotique.

Un interne de TCEM 1 ayant une otite moyenne aiguë s'est fait examiner par son co-interne et s'est prescrit des antibiotiques.

Les raisons avancées par ceux qui n'ont pas consulté sont : l'inutilité dans tous les cas, le manque de temps par 2 internes, la peur de déranger et la fatigue.

Parmi ceux qui n'ont pas consulté, 4 n'avaient pas de médecin traitant.

Infection respiratoire basse :

On note 1 épisode de bronchite pour lequel l'interne concerné n'a pas jugé nécessaire de consulter et n'a rien fait.

Un interne a présenté une pneumopathie. Il a pris avis auprès d'un sénior de son stage puis s'est auto--prescrit des antibiotiques.

Insomnie

Un interne de première année ayant un médecin traitant s'est prescrit des anxiolytiques et hypnotiques pour insomnie sans consulter. Il ne l'a pas jugé nécessaire.

Obstétrique :

On note un épisode de métrorragies du premier trimestre pour lequel l'interne a consulté un urgentiste. Une autre a consulté son gynécologue dans le cadre d'un suivi de grossesse.

Œdème des membres inférieurs :

Un interne de TCEM1 présentant des varices a eu un épisode d'œdème unilatéral du membre inférieur à la suite d'un long trajet en avion mais également d'une longue randonnée avant de prendre l'avion. Il a eu recours à une contention veineuse et un anti inflammatoire en gel et n'a pas consulté par peur de déranger et jugeant que ce n'était pas nécessaire.

Il pensait réaliser un écho-doppler lors de son retour en stage, ce qu'il ne fit pas par manque de temps (garde chargée) et devant une ébauche d'amélioration.

Motif ophtalmologique :

Les trois internes présentant un problème oculaire ont consulté un ophtalmologue.

ORL :

Un interne a consulté un ORL devant une baisse de l'audition

Un second s'est fait examiner par son maître de stage pour otite barotraumatique.

Palpitation

Deux internes ayant un médecin traitant ont évoqué ce problème.

L'un n'a rien fait par manque de temps. Il s'agissait de palpitations ressenties.

L'autre n'a pas consulté par manque de temps, peur de déranger et absence de nécessité. Il s'est automédiqué par valériane et a demandé à son co-interne de lui réaliser un électrocardiogramme.

Pyélonéphrite :

3 internes ont présenté un épisode de pyélonéphrite.

Pour 2 d'entre eux, il s'agissait d'un avis et non d'une consultation traditionnelle.

Rachialgies/lombo-radiculalgies :

6 internes de TCEM1 ont évoqué ces symptômes. Tous avaient un médecin traitant.

2 n'ont pas consulté et ont eu recours à des antalgiques (pallier 2 pour l'un d'entre eux) et myorelaxant. L'un d'eux s'est prescrit une radiographie.

Deux ont pris avis auprès d'un médecin de leur stage.

Deux internes ont présenté une sciatique. L'un a consulté son médecin traitant et l'autre, un spécialiste (non précisé).

Syndrome dépressif :

4 internes rapportent un épisode dépressif.

Deux ont consulté leur médecin traitant.

Un, n'ayant pas de médecin traitant a consulté un médecin généraliste choisi au hasard dans l'annuaire.

Le quatrième a vu un psychologue du lieu de stage.

Traumatologie :

7 internes sont concernés : 5 internes de TCEM 1 et deux de TCEM2.

Tous ont consulté.

4 ont consulté un urgentiste dans le cadre de traumatisme suite à un accident de la voie publique, fracture des métatarses et des orteils.

Deux ont consulté un orthopédiste pour entorse de cheville ou fracture du poignet.

Un a été pris en charge par le médecin d'une station de ski.

Vaccination :

Un interne de TCEM1 s'est fait vacciné par un médecin du lieu de son stage.

Problème rencontré	Nombre d'épisodes	Consultations		Automédication Auto-prescription
		n	%	nombre
Allergie	2	0	0	2
Anémie	1	0	0	1
Anxiété	2	1	50	1
Arthrite aigue	1	1	100	
Asthénie	2	1	50	0
Asthme	2	1	50	1
Céphalée aigue	3	1	33.3	2
Certificat	1	1	100	0
Colique néphrétique	1	1	100	0
Cystite non compliquée	4	0	0	4
Déficit neurologique brutale	2	2	100	0
Dentaire (problème)	3	2	66.7	1
Douleur abdominale	2	0	0	2
Epigastralgie RGO	5	2	40	4
Eruption cutanée Dermatologie	4	3	75	1
Erysipèle	1	1	100	1
Grippe	2	1	50	1
GEA	10	1	10	9
Goitre	1	0	0	
Gynécologique	9	5	55.5	4
Hémorroïdes	1	0	0	1
Infection ORL	16	1	6.25	10
Infection respiratoire basse	2	1	50	1
Insomnie	1	0	0	1
Obstétrique	2	2	100	0
Oedème membre inférieur	1	0	0	1
Ophtalmologique	3	3	100	0
ORL	2	2	100	1
Palpitations	2	0	0	1
Pyélonéphrite	3	3	100	0
Rachialgie Sciatique	6	4	66.7	2
Syndrome dépressif	4	3	75	0
Traumatologie	7	7	100	0
Vaccination	1	1	100	0

3.4.2 Médecins consultés :

Sur 51 consultations, 18 ont eu lieu auprès d'un médecin généraliste soit 35,3%.

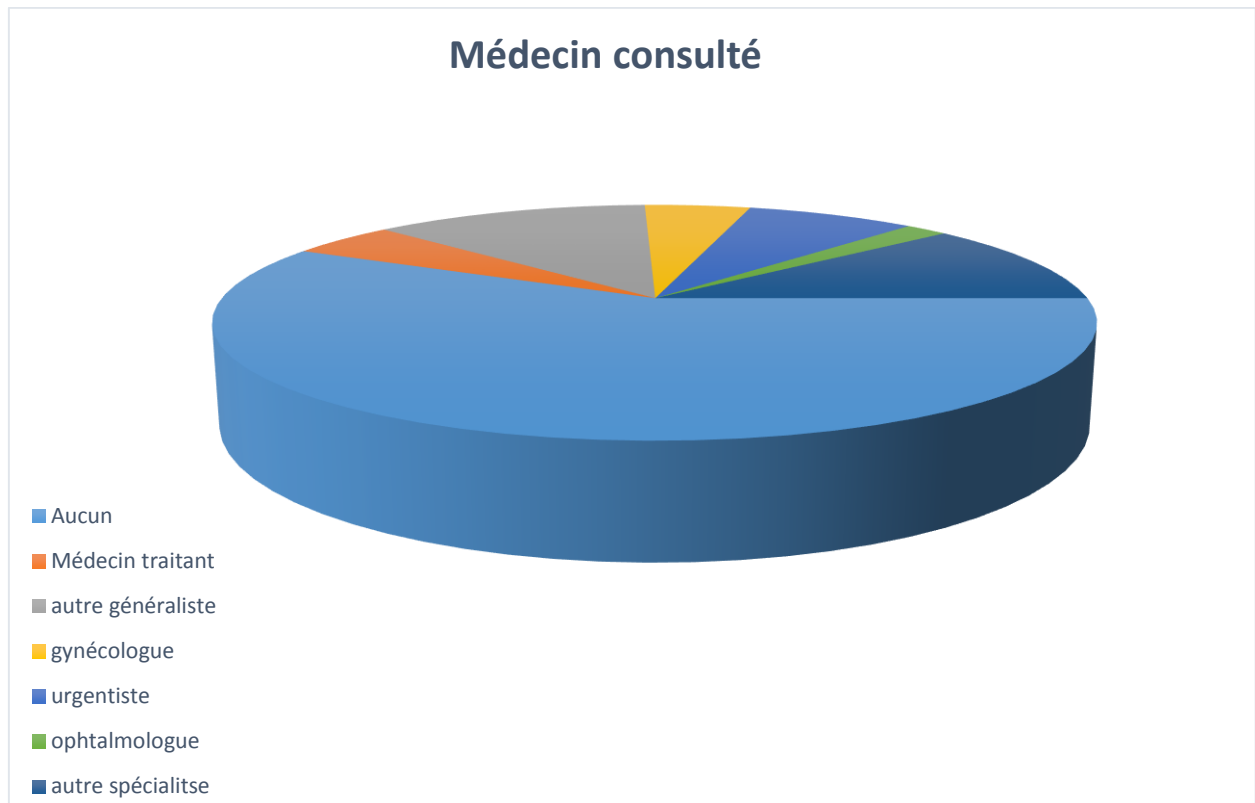
Sur ces 18 consultations, le médecin consulté est un maître de stage dans 33,3% des cas (6/18), le médecin traitant à 27,7% et un proche dans 16,6% des cas.

Au total, on constate que le recours au médecin traitant ne s'est effectué que pour 9,8% des consultations (5/51).

Les consultations auprès des spécialistes se font toujours de manière directe sans avoir consulté un médecin généraliste en première intention. On retient que 12 consultations ont eu lieu auprès de spécialistes sans respecter le parcours de soin coordonné.

19,6% des consultations (10/51) sont réalisées par un médecin travaillant dans le service où l'interne effectue son stage. Ce chiffre est peut être sous-estimé car les internes ne le précisent pas systématiquement.

Nous avons regroupé par le terme de consultations, l'ensemble des consultations formelles et informelles afin de signifier que les internes ont eu recours à l'avis d'un médecin. Sur les 51 consultations, 35.3% se sont effectuées « entre deux portes », 64,7% se sont déroulées normalement.



3.4.3 Auto-prescription médicamenteuse:

Ici nous recenserons les médicaments uniquement délivrés sur ordonnance et qui ont donc été auto-prescrits (ou pris dans la pharmacie de l'hôpital).

La classe la plus prescrite est celle des antibiotiques, elle concerne 20,9% des prescriptions (9/43) Viennent ensuite les AINS (11,6%), les benzodiazépines et les contraceptifs oraux tous deux à 9,3%.

64.5% des ordonnances sont rédigées par des internes de première année, 29% par des internes de deuxième année et 6.5% par des internes de troisième année. Les problèmes de santé étant plus prépondérants en TCEM 1, on ne note pas de différence statistiquement significative du taux d'auto-prescription avec l'avancée dans le cursus ($p > 0,05$).

Médicament prescrit	n	Médicament prescrit	n
Antibiotique	9	Antalgique pallier 2	3
AINS	5	Corticoïdes	2
Benzodiazépine	4	Vasoconstricteurs locaux	2
Contraception orale	4	Hypnotique	1
Antihistaminique	3	Anxiolytique	1
IPP	3	Autre	3
Traitement local cutané	3		

3.4.4 Auto-prescription de bilan complémentaire

Seulement 8 internes se sont prescrits un bilan complémentaire.

Les examens prescrits sont les suivants :

Examen auto-prescrit	n
Bilan thyroïdien	1
Bilan hormonal	1
Bilan inflammatoire (NFS, VS, CRP)	3
Bilan anémie	1
Sérologie IST	1
Prélèvement de gorge	1
ECBU	1
Radiographie de cheville	1
Échographie thyroïdienne	1

4 /DISCUSSION

4.1. Biais et limites de l'étude :

Pour garantir l'anonymat des participants, le questionnaire n'a pas été adressé nominativement aux internes mais hébergé en ligne avec un retour des réponses sur une boîte mail dédiée uniquement à cet usage. Par cette méthode, un même interne pouvait répondre plusieurs fois au questionnaire. A la fin de celui-ci, un message d'avertissement incitait les répondants à ne pas revenir sur leurs réponses une fois celles-ci envoyées mais il nous est impossible de savoir si cette condition a été respectée.

Afin d'obtenir un maximum de situations médicales les internes ont dû recenser les problèmes de santé rencontrés au cours de l'intégralité de leur internat. Les récits s'effectuant à postériori, il existe donc un biais de mémorisation.

L'envoi du questionnaire s'est fait assez tôt dans l'année et les internes de TCEM1 avaient peu de recul pour remplir la partie « Prise en charge des problèmes de santé aigus ». C'est pourtant eux qui ont relaté le plus de motifs médicaux.

Enfin, la quatrième partie du questionnaire était destinée à observer le parcours de soin de l'interne, les éventuels freins à la consultation, le recours à l'auto-diagnostic, l'auto-prescription et l'automédication en regroupant par « problèmes de santé rencontrés ». Ce terme était sans doute inapproprié car des motifs tels qu'un rappel vaccinal, un renouvellement de contraceptif oral, un certificat...n'ont peut-être pas été mentionnés.

4.2. Analyse des résultats

4.2.1. Population

Le taux de réponse est assez faible mais celui-ci paraît acceptable pour un questionnaire comportant des questions ouvertes.

On note une répartition inégale par année d'étude, les internes de TCEM 3 étant peu nombreux à avoir participé à l'étude et une population plutôt féminine.

4.2.2. Facteurs de risque et prévention

4.2.2.1 Tabagisme :

Selon le dernier baromètre santé de l'INPES [15], environ un tiers des 15-85 ans fume du tabac, soit 27,3 % de fumeurs quotidiens et 4,3 % de fumeurs occasionnels. Les hommes sont plus souvent fumeurs que les femmes (35,6 % vs 27,9 %). Ils sont 37,4% à fumer quotidiennement contre 30,2% chez les femmes. On note également des écarts de prévalence en fonction du niveau d'étude. En effet, la prévalence du tabagisme est moins élevée chez les diplômés, d'autant que le niveau d'étude augmente. Chez les étudiants bac +5 ou plus, la prévalence du tabagisme en 2010 est de 19,1%.

Dans notre étude, 14.1% des internes interrogés fument dont 7,81 % régulièrement. La consommation de tabac est nettement moindre que celle de la population générale.

Si l'on compare à la tranche des étudiants bac+5 et plus qui se rapproche plus de notre population, les internes sont également moins nombreux à fumer (14,1% versus 19,1%).

La proportion de fumeurs occasionnels n'est pas la même. Dans notre étude, il y a quasiment autant de fumeurs occasionnels que de réguliers alors que dans la population générale, la part des fumeurs réguliers est prépondérante.

Les femmes, contrairement à celles de la population générale, sont plus nombreuses à fumer que les hommes (16,7% versus 7,9%).

Les internes interrogés consomment moins de tabac que la population générale ce qui s'apparente aux résultats des études réalisées auprès d'autres internes [13] mais également auprès des médecins [1,2,3]. La connaissance des risques encourus est peut être un des facteurs expliquant cette baisse de consommation.

4.2.2.2 : Consommation de boissons alcoolisées

Les seuils définis par l'Organisation Mondiale de la Santé sont les suivants :

- pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres/jour en moyenne)
- pas plus de 14 verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres/jour en moyenne)
- jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel

Les résultats du baromètre santé 2010 [15] affichent que la consommation quotidienne d'alcool des 18-75 ans continue de baisser, passant de 16% en 2005 à 12 % en 2010. La consommation occasionnelle est stable avec 37 % consommant de l'alcool au moins une fois par semaine et 38 % moins souvent. 13 % n'ont pas bu d'alcool durant la dernière année. On note par contre une augmentation des épisodes d'ivresse et de consommations ponctuelles

importantes (plus de 6 verres par occasion) dans toutes les classes d'âge mais principalement chez les jeunes femmes (18-25ans).

La consommation de boissons alcoolisées est plus importante chez les hommes, ils sont trois fois plus nombreux à avoir une consommation quotidienne (18 % contre 6 %) et 64 % d'entre eux déclarent une consommation hebdomadaire contre 35 % des femmes.

19,9% des interrogés consomment de l'alcool régulièrement soit 29,5% des hommes et 10,6% des femmes.

Dans notre étude, la proportion d'internes ne buvant pas est moins importante mais la répartition des buveurs est différente. Les consommateurs occasionnels sont plus nombreux. (53,9% vs 38%), tandis que les consommateurs réguliers sont moins nombreux (5,5% vs 19,9%) et les consommateurs quotidiens nettement moins nombreux. (0,8% contre 12% dans la population générale).

Comme dans la population générale, les hommes consomment plus régulièrement que les femmes mais la différence est moins importante. En effet, la proportion d'internes féminines ayant une consommation hebdomadaire est sensiblement la même alors que celle des internes masculins est nettement inférieure (39,5% vs 64%).

Il faut toutefois émettre une réserve dans ces comparaisons puisqu'il s'agit ici d'une population de jeunes étudiants. La consommation quotidienne d'alcool se remarque plus chez la classe des 45 ans et plus tandis que les jeunes consomment moins régulièrement mais quantitativement plus d'alcool par occasion. Si l'on compare à la classe des 18-25 ans où la consommation hebdomadaire est de 37.1 %, et la consommation quotidienne de 2,6%, les internes restent en dessous de ces chiffres.

On peut donc dire que les internes de notre étude sont plus nombreux à consommer de l'alcool que la population générale mais que cette consommation est moins régulière avec des consommations par occasion en général modérées.

Par contre, si la tendance générale est à la baisse, celle-ci se fait moins ressentir chez les internes féminins.

4.2.2.3 Frottis cervico-vaginal:

En France en 2011 on estime à 2810 le nombre de nouveaux cas de cancer du col. Le taux d'incidence standardisée est de 6,4/100000. L'apparition d'un test de dépistage, le frottis cervico-vaginal a permis de faire chuter la mortalité de ce cancer (3.3/100000 en 1975 à 1,7/100000 en 2011) [16].

Actuellement, la Haute Autorité de Santé recommande la réalisation d'un frottis tous les 3 ans après deux frottis annuels normaux, chez les femmes de 25 à 65 ans [17]

D'après le baromètre cancer 2010 [18], 94,9% des femmes interrogées ont déjà réalisé un frottis cervico-vaginal et pour 81,4% celui-ci date de moins de trois ans. La tranche d'âge la plus surveillée est celle des 45-49 ans mais on note une amélioration significative des pratiques chez les 25-34 ans. On compte 82% de dépistage à moins de 3 ans chez les 25-29 ans et 85,7 % chez les 30-34 ans.

Plusieurs facteurs sont associés au suivi dont la connaissance de l'examen et le niveau d'étude. (86,8% des femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat ont réalisé un frottis il y a moins de 3 ans versus 76,9 chez celle qui n'ont pas de baccalauréat).

Dans notre étude, les internes sont aussi nombreuses à avoir déjà réalisé un frottis mais moins à l'avoir réalisé il y a moins de trois ans (73,3 vs 81,4) Si l'on compare aux personnes de même classe d'âge ou ayant également un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, elles restent moins nombreuses.

6,7% n'en ont jamais réalisé mais n'ayant pas fait préciser le motif, nous ne savons pas si il est justifié.

Les études réalisées auprès des femmes généralistes [1,2,3] montrent de meilleurs

résultats avec des taux de dépistage supérieurs à ceux de la population générale.

Les internes féminines sont nombreuses à avoir déjà réalisé un frottis mais comparativement à la population générale, elles sont moins nombreuses à respecter les recommandations. Il aurait été intéressant d'en connaître les raisons car comme le rappelle la HAS dans ces dernières recommandations [17], le médecin traitant doit être placé au cœur du dispositif de dépistage en coordonnant celui-ci pour chacune de ces patientes. Ces futures femmes médecins sont et seront particulièrement impliquées dans ce dépistage.

4.2.2.4. Vaccination

Les internes de notre étude sont correctement vaccinés mais ces chiffres sont en quelque sorte biaisés puisqu'il s'agit de vaccinations obligatoires avant leur prise de fonction. Il paraît toutefois surprenant que quelques internes ne connaissent pas leur statut vaccinal ou ne soient pas à jour de leur vaccinations.

4.2.2.5 Surpoids et Obésité :

En France, les prévalences du surpoids et particulièrement de l'obésité ont augmentées chez les adultes depuis les années 1990. Actuellement, le surpoids concerne 32,3% des adultes et l'obésité 15% [19]. Les hommes sont plus fréquemment en surpoids que les femmes (38,8% vs 26,3%). La prévalence de l'obésité est sensiblement la même pour les deux sexes mais un peu plus élevée chez les femmes (14,3% vs 15,7%). Le pourcentage de personnes obèses est inversement proportionnel au niveau d'instruction.

Dans notre étude, la part d'internes en surpoids ou obèses est nettement inférieure à celle de la population générale. Le surpoids concerne 10,9% des

internes contre 32,3% et l'obésité 1,6% contre 15%.

Comme dans la population générale, on remarque une différence entre les hommes et les femmes puisque ceux-ci sont d'avantage en surpoids ($p < 0,05$).

On note donc également une inégalité de prévalence entre les 2 sexes mais les internes sont nettement moins en surpoids que la population générale. Ceci est probablement en partie lié au fait qu'il s'agisse d'une population jeune, au niveau d'étude élevé et particulièrement informée des complications possibles du surpoids.

4.2.2.6 Activité physique

En France, la recommandation diffusée dans le cadre du PNNS depuis 2002 est de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour.

50% des internes interrogés disent exercer une activité physique régulière, les hommes d'avantage que les femmes (65,8% vs 43,3%) de même que les internes de TCEM2 en comparaison avec les deux autres années.

Selon le dernier baromètre nutrition 2008 [20], moins de la moitié des Français exercent une activité physique régulière soit 42,5%. Les hommes sont plus actifs que les femmes (51,6% vs 33,8%), les étudiants et les personnes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat le sont moins que les personnes ayant un niveau d'étude inférieure.

Dans notre étude, on remarque la même différence entre les 2 sexes mais la proportion d'internes exerçant une activité physique régulière est plus importante que celle de la population générale. Dans l'étude de F.Nouger [1], les médecins de la Vienne étaient également nombreux à pratiquer une activité physique régulière (55.3%). Le sport apparaissait être un des moyens le plus utilisé par les médecins pour gérer leur stress. On peut penser que la population médicale est

sensibilisée aux bienfaits de l'activité physique ce qui expliquerait que beaucoup d'internes pratiquent une activité physique mais cela pourrait être également un moyen « d'évacuer » le stress de leur travail.

4.2.3. Suivi médical et attitude face à un problème de santé

Dans cette partie, nous nous défendrons évidemment de généraliser les comportements des internes à partir d'une faible base de données. Il s'agit d'une population jeune, moins encline aux problèmes de santé et l'échantillon ne s'est limité qu'à la faculté de Poitiers. Néanmoins, cela nous permet déjà de mettre en évidence des comportements similaires à ceux observés chez les médecins.

Tout d'abord, concernant la déclaration d'un médecin traitant. La loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie a mis en place, dans le but de favoriser la coordination des soins, le dispositif du médecin traitant. Dans ce texte de loi, il n'est pas précisé qu'un médecin ne puisse pas se déclarer comme son propre médecin traitant. On constate dans les études réalisées auprès des médecins généralistes [1,3] qu'ils sont en fait peu nombreux à en déclarer un (autre qu'eux-mêmes). Ils sont 13,3% dans la thèse de F.Nouger [1] et 25% dans celle de R.Suty [3] à avoir fait cette démarche. Les médecins semblent éprouver des difficultés à consulter un confrère pour plusieurs raisons [4,5,6] : manque de temps, peur de déranger, gêne, crainte d'un manque de confidentialité et croyance en la capacité de prendre en charge ses propres problèmes de santé.

Contrairement à leurs aînés, nombreux sont les internes qui ont déclaré un médecin traitant (84,4%) mais on constate que ceux ayant effectué leur externat dans une autre ville que Poitiers sont moins nombreux à l'avoir fait et il est possible que s'ils en aient déclaré un, celui-ci exerce dans leur ville d'origine et ne soit plus sollicité. L'évolution semble donc tendre vers les mêmes pratiques

que celles observées chez les médecins puisque l'interne, plus autonome et loin de sa ville d'origine a déjà tendance à ne pas désigner de médecin traitant.

Les raisons avancées par ceux qui n'en ont pas déclaré sont majoritairement les déménagements fréquents au cours de l'internat et l'absence de problème de santé rencontrés. Le médecin traitant déclaré est principalement un indépendant.

Parmi ceux qui ont un membre de la famille médecin, près de la moitié ont désigné ce parent. Ce choix paraît compréhensible mais peut s'avérer délétère. Dans son étude sur les médecins soignant leur famille [21], V. Bonvalot met en avant des différences entre la prise en charge d'un membre de la famille et celle d'un patient lambda. Il apparaît que les médecins ont d'avantage tendance à influencer les décisions de leurs proches, à éprouver des difficultés à évaluer leur état de santé et à recourir trop rapidement ou fréquemment à un spécialiste. Parfois même, pour certaines pathologies (psychiatriques, addictives, néoplasiques...) ils se destituent totalement de leur prise en charge. En Angleterre, la British Medical Association a d'ailleurs évoqué cette problématique dans les guidelines qu'elle a éditée [23] où elle souligne l'importance d'avoir un avis médical objectif en recommandant aux médecins d'avoir un médecin traitant extérieur à sa famille ou à ses proches.

Nous nous intéressons ici à la déclaration du médecin traitant mais quelle place tient-il en réalité dans la prise en charge médicale des internes concernés?

Des études étrangères [11,12] ont montrées que même si les internes sont nombreux à avoir un médecin référent, la majorité contourne l'accès à celui-ci. Ils s'orientent vers un autre médecin ou ont recours à l'auto-prescription. Ce comportement est majoré avec l'avancée dans le cursus.

Le constat est similaire dans notre étude. Nous avons interrogés les internes sur leurs attitudes face à un problème de santé et la manière dont ils accèdent aux soins. 111 situations ayant pu nécessiter un recours médical ont été recensées.

Moins de la moitié ont donné lieu à une consultation et même si les internes sont nombreux à avoir déclaré un médecin traitant, moins de 10% des consultations s'effectuent auprès de celui-ci.

Les internes ont déjà tendance à s'orienter directement vers un spécialiste. Toutes les consultations auprès d'un spécialiste d'organe s'effectuent de manière directe. Or, certaines plaintes (traumatologie bénigne, sciatique, migraine), semble relever plutôt de l'omnipraticien. Dans l'étude de C. de Villelongue [12], 75% des recours aux spécialistes se faisaient directement. Chez les médecins [4,5], les consultations se font également le plus souvent auprès d'un spécialiste.

On pourrait penser que consulter un médecin généraliste peut être vécu comme un manque de connaissance et que consulter un spécialiste dont c'est le domaine est plus aisé car il est « normal » qu'il en sache plus. Ainsi, en cas de problème neurologique, arthrite, les internes consultent un spécialiste. Pour d'autres symptômes (anémie ferriprive...), il peut exister une gêne à consulter car l'interne a le sentiment que ses connaissances devrait lui suffire à s'autogérer, il a peur de déranger. Ceci est illustré dans les propos suivants :

« Difficile d'aller voir un médecin, toujours peur de déranger et venir pour rien alors qu'on peut régler nous même les problèmes de santé »

« Je pense qu'en tant qu'interne ou médecin notre position est délicate, on pense que les médecins qui vont nous recevoir vont trouver ça ridicule qu'on aille les voir alors qu'on est nous aussi médecin, ça les met souvent mal à l'aise pour certains, et dans certaine spé (gynéco) on doit poser plus de questions pour qu'on nous explique certaine chose... »

20 % des consultations sont effectuées auprès d'un médecin exerçant sur le lieu de stage. Ces consultations se font majoritairement de manière informelle sans examen clinique. Il est possible que ce chiffre soit sous-estimé car cet élément n'est pas toujours précisé par les internes. Les consultations réalisées « entre 2

portes » qui n'ont pas données lieu à un examen clinique représentent près d'un tiers des consultations rapportées. Dans les études étrangères, les résultats mettent en évidence un recours fréquent aux consultations informelles [8,11] et ce pour des raisons d'accessibilité, de gain de temps, et par souci économique. Ces pratiques sont significativement plus présentes avec l'avancée dans le cursus ou la présence d'un parent médecin. [11]

Au fur et à mesure de son internat, l'interne acquière des connaissances et se familiarise avec un réseau de médecin. Par commodités, il a alors tendance à prendre de simples avis auprès des médecins qu'il connaît. Même s'il bénéficie alors d'un regard extérieur, cet avis est donné en dehors du cadre de la consultation, il peut alors manquer des éléments. Ces consultations de « couloir » entretiennent l'idée qu'un médecin n'est pas un patient comme les autres et qu'il peut s'autogérer.

Parmi les internes qui n'ont pas consulté, l'absence de besoin ressentie devant des symptômes bénins ou un diagnostic aisé est le motif le plus fréquemment avancé. Ceci paraît légitime pour certains motifs tels qu'une rhinopharyngite aiguë et se rapproche du comportement de la population générale. Néanmoins, pour certaines situations, ce comportement paraît inadapté et les symptômes rapportés semblent nécessiter un avis extérieur. Prenons l'exemple de cet interne réalisant une auto-prescription non critiquée d'hypnotiques dans le cadre d'insomnie ou cet interne ne consultant pas malgré la répétition d'épisodes d'épigastralgies.

Le manque de temps est également mis en cause. Par gain de temps, les internes ont parfois recours à l'auto-prescription. C'est le cas de cet interne qui s'est prescrit le bilan de son goitre ou de celui qui, dans le cadre d'une anxiété, s'est auto-prescrit des benzodiazépines. Un autre rapporte qu'il n'a pas osé demander un doppler veineux devant un œdème unilatéral du membre inférieur car sa garde était trop chargée.

Constat rassurant, tous les internes présentant un syndrome dépressif ont eu recours à un avis extérieur (psychologue, psychiatre ou médecin généraliste).

Le suivi des pathologies chroniques n'est pas non plus optimal.

15% des internes déclarent avoir une pathologie chronique. Environ deux tiers d'entre eux sont suivis par un médecin pour cette maladie mais seulement un quart consulte systématiquement ce médecin.

La plupart des internes pratiquent souvent voire toujours des auto-prescriptions de leur traitement chronique.

Il était difficile de demander aux internes de préciser de quelle affection chronique ils étaient atteints sans risquer d'avoir moins de participants. Nous avons donc choisi de ne pas le faire préciser mais par ce choix, il manque des informations. En effet, l'importance d'avoir un regard extérieur n'est peut-être pas la même selon qu'il s'agisse de renouveler un traitement anti histaminique ou d'adapter un traitement antidiabétique par exemple.

La plupart des internes ne consultent qu'en cas d'évènements particuliers et gèrent eux-mêmes leur maladie. Là encore, il n'y a souvent pas de réel suivi.

Enfin, seulement 3,9% des internes n'ont pas de couverture mutuelle. Pour exemple comparatif, dans la dernière enquête sur la santé des étudiants de la LMDE [22], 19% des étudiants déclaraient ne pas bénéficier d'une assurance maladie complémentaire.

4.2.4.. Regard porté sur leur santé

La santé est définie par l'OMS comme un état de complet bien-être physique, mental et social [24]. Nous avons demandé aux internes d'évaluer leur état de santé. Il s'agissait donc d'une appréciation personnelle ne s'appuyant pas seulement sur des symptômes ou pathologies précises.

Près de 94 % d'entre eux s'estiment être en bonne santé. Ce sentiment plutôt positif peut s'expliquer par le fait qu'il s'agisse d'une population jeune ayant une bonne hygiène de vie et un salaire. A plusieurs reprises, les internes mentionnent que leurs problèmes paraissent mineurs par rapport à ceux des patients, une autre raison pourrait alors être la relativisation.

Concernant leur prise en charge médicale, les réponses sont moins optimistes. L'internat, de par les connaissances acquises et la présence d'un entourage médical pourrait apparaître comme une période favorable à une bonne prise en charge médicale. Or, peu d'internes ont ce sentiment. L'un d'entre eux dit être mieux pris en charge grâce à la possibilité d'auto prescription qui lui permet depuis l'internat, de se prescrire son traitement chronique qu'il avait auparavant arrêté par manque de temps pour consulter. Certes, le fait de reprendre son traitement est peut être bénéfique mais peut-on considérer pour autant que l'auto-prescription sans avis extérieur est une bonne chose.

Une majorité pense que cette période n'a pas eu d'influence mais près de 30% estiment que leur prise en charge médicale est moins bonne depuis qu'ils sont internes et ce sentiment est encore plus présent chez les femmes. Cette opinion est également présente à l'étranger [25].

L'un des facteurs principalement mis en cause est le manque de temps. Des internes disent avoir reporté des consultations de suivi ou actes de petite chirurgie par manque de temps et rapportent des difficultés à prévoir des rendez-vous chez un spécialiste longtemps à l'avance ne connaissant pas leur planning.

Le manque de temps fait que les internes ne peuvent pas prendre de rendez-vous mais également ne le veulent pas. C'est en effet un facteur de stress et les internes souhaitent utiliser leur temps libre pour se distraire : *« Pas envie de prendre de temps sur le temps libre déjà trop rare sauf si à bout du traitement. »* Ce facteur est également fréquemment mis en cause chez les médecins généralistes [1,3].

Aux Etats-Unis, une étude s'est portée sur l'accès aux soins des internes [25] et a mis en évidence qu'un des principaux facteurs de négligence envers leur santé était la surcharge de travail et les horaires imprévisibles empêchant de prévoir des rendez-vous ce qui se rapproche des résultats de notre étude.

Le deuxième élément incriminé est la mobilité au cours de l'internat. D'une part, on constate que les internes ayant effectué leur externat dans une autre ville que Poitiers ont tendance à ne pas choisir de médecin traitant. D'autre part, la mobilité au changement de semestre nuit au suivi et à la volonté de rechercher un nouveau médecin traitant. C'est ce que rapporte cet interne : *« En changeant de région il a fallu choisir à nouveau un médecin traitant mais j'ai choisi mon ancien médecin traitant (à 600 km d'ici) car il est impossible pour moi de choisir quelqu'un sachant que je déménage régulièrement pour les stages : je fais donc du nomadisme médical, je n'ai pas de réel suivi médical. »*

Les autres motifs sont les mêmes que ceux rapportés par les médecins : banalisation des symptômes, possibilité d'autogestion, gêne dans le rôle du patient, regard différent des soignants.

A plusieurs reprises, les internes comparent leur problème de santé dit « mineur » par rapport aux problèmes « bien plus graves » des patients. Ils ont tendance à

banaliser leur symptômes car leur plainte ne leur semble pas légitime comparée aux souffrances qu'ils peuvent être amenés à voir.

Le regard du soignant peut être perçu comme différent et gêner la relation médecin-patient : « *La seule fois où j'ai cru nécessaire de consulter, je n'ai pas eu le sentiment d'avoir été prise au sérieux...en tout cas comme une vraie patiente.* »

Enfin, les internes qui estiment leur prise en charge médicale moins bonne sont significativement plus nombreux à penser avoir un regard sur leur santé qui n'est pas objectif. Même si ils ne l'ont pas cité comme facteur de mauvaise prise en charge, le manque d'objectivité est peut être également en cause. En effet, cela peut conduire à un déni de la maladie ou à un retard de diagnostic.

Près de la moitié des internes disent ne pas avoir un regard objectif sur leur santé et ce sentiment est d'autant plus présent avec l'avancée dans le cursus. Il semble donc que les internes prennent peu à peu conscience de leur manque de neutralité, pour autant ne seront-ils pas paradoxalement tentés plus tard de s'autogérer et/ou devenir leur propre médecin traitant ?

Manque de temps, éloignement géographique des médecins habituellement consultés, possibilité d'auto-prescription sont autant de facteurs qui peuvent conduire l'interne à gérer seul sa propre santé. Il apparaît dans cette partie de l'étude que les internes éprouvent déjà des difficultés à consulter. C'est donc assez tôt que des mesures devraient être prises pour que les internes bénéficient d'un soutien et d'une bonne prise en charge médicale avant qu'eux aussi ne s'isolent.

Quelles solutions pourrait-on alors proposer ?

- Une visite médicale régulière et obligatoire ?

L'article R.6153-7 du Code de la santé publique relatif au décret n°99.930

du 19 novembre 1999 prévoit que : « *Avant de prendre ses fonctions, l'interne justifie, par un certificat délivré par un médecin hospitalier, qu'il remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières qu'il postule ...* ». Ce certificat est-il toujours réalisé en toute objectivité ?

Ensuite, la seule visite médicale obligatoire d'un étudiant en médecine au cours de ses études se situe au moment où, admis à l'internat, il intègre ses fonctions à l'hôpital. Suite à cette visite, il ne sera plus suivi.

Les internes semblent délaisser leur médecin traitant et ne s'orienter vers un médecin qu'en cas de problème bien particulier, dès lors qui tiendra le rôle du médecin effectuant les actes de dépistage, de prévention et qui décèlera des signes d'épuisement professionnel : l'interne lui-même ?

L'une des solutions proposées par le Conseil de l'Ordre dans son rapport [7] était la mise en place d'une médecine préventive afin d'évaluer les actes de prévention mais également pour apporter une réponse aux difficultés présentées par un dépistage tardif des pathologies. Cette médecine préventive serait régulière, obligatoire et exercée par des médecins formés à la prise en charge de confrères. Dans une étude réalisée en 2008 auprès des médecins libéraux de Haute-Normandie [26], 80% d'entre eux étaient d'ailleurs favorables à une médecine préventive qui leur serait dédiée.

On pourrait imaginer que cette proposition s'étende aux internes. Une visite unique au début du troisième cycle paraît insuffisante. Une visite annuelle et obligatoire permettrait de faire le point sur les actes de prévention en matière de santé publique (vaccinations...) mais également sur les problèmes liés au travail. Il ne faudrait pas la considérer comme une contrainte mais comme une aide, un soutien, un moment de réflexion sur les problèmes liés à la pratique professionnelle.

- Aménager un temps de consultation ?

Le manque de temps est souvent mis en cause par les internes. Les horaires de travail permettent rarement de consulter après le travail. Il paraît important que les internes puissent bénéficier de temps pour consulter si besoin.

- S'inspirer des modèles étrangers ?

Depuis plusieurs années, des programmes d'aide aux soignants ont vu le jour. Ils sont principalement destinés à venir en aide aux médecins souffrant de problèmes d'ordre psychologique et d'addiction. Au Québec, le programme (PAMQ) offre une aide discrète, professionnelle, compréhensive au moyen d'entretiens téléphoniques et de rencontres auprès de médecins du PAMQ. Ceci dans le but d'identifier les problèmes et de rechercher des solutions adaptées. Ce programme est également ouvert aux internes et étudiants en médecine. Ce type d'aide confidentielle pourrait être bénéfique aux internes mais les problèmes de santé ne se résument pas aux difficultés d'ordre psychologique.

- Apprendre à devenir un patient ?

Toutes les solutions proposées ne sont utiles que si l'interne reconnaît avoir besoin de consulter. Il faudrait avant tout sensibiliser les étudiants avant même leur prise de fonction aux dangers de l'autodiagnostic et de l'auto-prescription. La faculté devrait apprendre aux futurs médecins qu'ils ne sont pas invulnérables, qu'ils auront eux aussi besoin de soins et que leur manque d'objectivité envers eux-mêmes peut être leur pire ennemi. Un médecin n'est certainement pas un patient comme les autres du fait de sa profession, de sa personnalité et des représentations dont il fait l'objet et ces particularités devraient être enseignées.

5/ CONCLUSION

Malgré ses limites, cette étude nous permet de souligner quelques points sur la manière dont les internes gèrent leur santé.

On remarque qu'ils ont globalement une bonne attitude préventive mais il ressort que le manque de temps et la mobilité au cours des différents stages peuvent être des facteurs défavorables au suivi médical et compliquant l'accès aux soins. Par commodité, l'interne peut recourir à l'autodiagnostic, l'auto-prescription ou prendre un simple avis auprès d'un médecin du lieu de stage. On constate ainsi les prémices des attitudes observées chez les médecins généralistes. Il est toutefois rassurant de remarquer que la majorité des internes confrontés à un problème d'ordre psychologique ou un motif autre qu'une infection virale bénigne a tendance sinon à consulter, à prendre au moins avis auprès d'un médecin.

Si le conseil de l'Ordre alerte sur le fait que les médecins jouent souvent la carte du déni face à la maladie et ont tendance à se soigner seul [7], il paraît important de sensibiliser très tôt les étudiants à ce problème non seulement pour leur santé mais également pour celle de leurs patients.

6/ BIBLIOGRAPHIE

- [1] Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ? » Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Thèse Médecine : Poitiers, 2004.
- [2] Gillard L. La santé des généralistes. Thèse Médecine : Ile de France, 2006
- [3] Suty R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé. Thèse Médecine : Nancy, 2006.
- [4] Bonneaudeau S. Le médecin/malade : un patient comme les autres ? Thèse Médecine : Paris-Diderot 7, 2011.
- [5] Portalier Gay D. « Les médecins des patients comme les autres ? » ou attitude et vécu des médecins devenus eux-mêmes patients. Thèse Médecine : Claude Bernard Lyon I, 2008.
- [6] Bertrand D. Pourquoi si peu de médecins généralistes désignent un confrère comme médecin traitant ? Enquête qualitative par entretiens semi dirigé auprès de 20 médecins généralistes. Thèse médecine : Bordeaux, 2009
- [7] Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudj JM et al. Le médecin malade. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008.
- [8] Laura Weiss Roberts, , Teddy D. Warner, Darren Carter, Erica Frank, Linda Ganzini, and Constantine Lyketsos. Caring for Medical Students as Patients: Access to Services and Care-seeking Practices of 1,027 Students at Nine Medical Schools. Academic Medicine 2000 ; Vol 75 ; NO .3.
- [9] Jason D. Christie; Ilene M. Rosen; Lisa M. Bellini; Thomas V. Inglesby; Jane Lindsay; Alys Alper et al. Prescription drug use and self-prescription among resident physicians. JAMA 1998 ; Vol 280, No.14
- [10] Campbell S., Delva D. Physician do not heal thyself : Survey of personal health practices among medical residents. Canadian Family Physician 2003; 49/1121-1127.

[11] Hooper C., Meaking R, Melvyn J.: Where students go when they are ill: how medical students access health care Medical Education 2005 588-593.

[12] de Villelongue C., Les pratiques d'automédication chez les internes en médecine générale d'Ile de France en 2008-2009. Thèse Méd. Paris, 2010.

[13] Herault J., Consommation de substances psychoactives des internes en médecine, enquête auprès des facultés d'Angers et de Lyon. Thèse Méd. Angers, 2012.

[14] Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogue Chiffres clé 4ème édition

[15] Baromètre santé 2010 INPES

[16] InVS Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique Juin 2011.

[17] Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Synthèses et recommandations, Haute Autorité de la Santé, juillet 2010.

[18] Baromètre cancer 2010 INPES

[19] ObépiRoche2012 : Enquête nationale sur l'obésité et le surpoids 6ème édition

[20] Baromètre santé nutrition 2008 INPES

[21] Bonvalot V. Médecin traitant de sa propre famille : différences de pratique dans la relation thérapeutique intrafamiliale : enquête auprès de médecins généralistes du Var. Thèse Médecine : Aix-Marseille, 2009.

[22] 3^{ème} Enquête Nationale sur la Santé des Etudiants de la LMDE

[23] Ethical responsibilities in treating doctors who are patients. Guidance from the BMA Medical Ethics Department, January 2010.

[24] Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

[25] Rosen Ilene M, Christie Jason.D, Bellini Lisa M., Asch David A.
Health and Health care among housestaff in four U.S. Internal medicine
residency programs. JGIM 2000 ; 15:116-121.

[26] Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime. Enquête
sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie [Internet]. Déc 2008
[consulté le 17/08/13].

Disponible à l'adresse : <http://www.cdom76.com/doc/enquete.pdf>

ANNEXES

Annexe I/ Message d'accompagnement du questionnaire :

Cher(e)s internes,

Dans le cadre de ma thèse, j'ai choisi de m'intéresser à la manière dont vous prenez en charge votre propre santé.

J'ai pu constater au cours de mon cursus et de mes remplacements que certains médecins avaient tendance à négliger leur propre santé, je me suis alors demandée ce qu'il en était de vous.

Depuis que vous êtes internes : Qui vous soigne ? Comment réagissez-vous en cas de problème de santé personnel ? Négligez-vous votre santé ?

Cette thèse est dirigée par le Docteur Pascal Parthenay, médecin généraliste à Blanzac-Porcheresse.

L'étude porte sur l'ensemble des internes inscrits en DES de médecine générale à la faculté de médecine de Poitiers pour l'année 2012/2013.

Je vous sollicite donc et vous serais très reconnaissante de bien vouloir prendre quelques minutes de votre temps pour remplir ce questionnaire nécessaire à la réalisation de mon travail de thèse.

Pour ceci, il vous suffit de cliquer sur le lien suivant : [https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey= dGxZVkrQZVQ0RkxqcnFURIVKMEtoZWc6MQ](https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dGxZVkrQZVQ0RkxqcnFURIVKMEtoZWc6MQ)

Il vous redirigera automatiquement vers le questionnaire que vous pourrez alors compléter.

Une fois terminé, cliquez sur envoi, vos réponses me parviendront alors de manière totalement anonyme (votre adresse mail n'apparaîtra pas).

En vous remerciant par avance de votre collaboration.

Très cordialement.

Olivia RIDET

P.S. Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, merci de me le préciser par mail et je ne manquerai pas de vous les faire parvenir.

Annexe II/ Questionnaire :

• **DONNEES GENERALES**

1. Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme
2. Quel âge avez-vous?
3. Dans quelle faculté avez-vous effectué votre externat?
 - Potiers
 - Autre
4. En quel semestre d'internat de médecine générale êtes-vous inscrit?
 - premier
 - deuxième
 - troisième
 - quatrième
 - cinquième
 - sixième

• **FACTEURS DE RISQUE ET PREVENTION**

5. Fumez-vous?
 - Oui, régulièrement
 - Oui, occasionnellement
 - Non, j'ai arrêté
 - Non, je n'ai jamais fumé

Si oui, combien de paquets/année avez-vous consommé?

6. Consommez-vous de l'alcool?
 - Oui, tous les jours
 - Oui, 3 à 5 fois par semaine
 - Oui, 1 à 2 jours par semaine
 - Oui, moins de 4 jours par mois
 - Non, jamais

Veuillez indiquer le nombre de verre d'alcool standard que vous consommez par occasion :
(Un verre d'alcool standard correspond à 10 grammes d'alcool)

7. Vos vaccinations DTP (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) sont-elles à jour?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
8. Votre vaccination contre l'hépatite B est-elle à jour?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas
9. Votre vaccination anti tuberculeuse (BCG) est-elle à jour?
 - Oui
 - Non
 - Ne sait pas

10. Si vous êtes une femme, de quand date votre dernier frottis cervico-vaginal ?

- moins de 2 ans
- 2 à 3 ans
- plus de 3 ans
- Ne sait pas
- Je n'en ai jamais réalisé

11. Quel est votre poids (en kg)

12. Quelle est votre taille (en mètre)

13. Pratiquer vous une activité physique régulière

- Oui
- Non

• **ETAT DE SANTE ET SUIVI MEDICAL :**

14. Avez-vous déclaré un médecin traitant?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, qui est-ce?

- Un membre de votre famille
- Un ami ou un proche
- Autre

Si vous n'avez pas déclaré de médecin traitant, pour quelle raison ne l'avez-vous pas fait ?

15. Avez-vous une complémentaire santé?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

16. Avez-vous un membre de votre famille proche médecin?

- Oui
- Non

17. Souffrez-vous d'une maladie chronique ?

- Oui
- Non

Si oui, êtes-vous suivi par un médecin pour cette maladie ?

- Oui
- Non

Consultez-vous systématiquement votre médecin pour cette maladie ?

- Oui, je le consulte systématiquement
- Non, je le consulte uniquement en cas de problème particulier
-

Faites-vous des auto-prescriptions pour votre traitement chronique ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Toujours

18. Depuis que vous êtes interne, estimez-vous votre prise en charge médicale :

- Nettement meilleure qu'auparavant
- Meilleure qu'auparavant
- Identique
- Moins bonne qu'auparavant
- Nettement moins bonne qu'auparavant

Si vous ne l'estimez pas identique, quelles-en sont à votre avis les raisons?

19. Pensez-vous être en bonne santé?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

20. Pensez-vous avoir un regard objectif sur votre santé?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

• **GESTION DES PROBLEMES DE SANTE PERSONNELS AIGUS**

21. Si vous avez rencontré des problèmes de santé aigus au cours de votre internat (qu'ils soient de nature organique ou psychologique), veuillez préciser pour chaque problème, quelle a été votre démarche.

Premier problème rencontré :

Précisez la plainte

En quel semestre d'internat étiez-vous?

Avez-vous consulté un confrère?

- Oui
- Non

Si vous avez consulté un confrère, était-ce?

- Un avis "pris entre 2 portes"
- Une consultation traditionnelle

Qui était le médecin consulté? Spécialité, ami, parent, médecin traitant...

Si vous n'avez pas consulté, pour quelle raison ne l'avez-vous pas fait?

- Je n'en ai pas éprouvé la nécessité
- Par manque de temps
- Par peur de déranger
- Par peur d'un manque de confidentialité
- J'étais gêné de me confier à un confrère
- Autre : précisez

Qu'avez-vous fait?

- Auto-prescription médicamenteuse, automédication :
- Auto prescription de bilan
- rien
- Autre : précisez

En cas d'auto médication, précisez les classes thérapeutiques prescrites ou consommées :

En cas d'auto médication, précisez les classes thérapeutiques prescrites ou consommées

Ce questionnaire est terminé. Je vous remercie sincèrement d'y avoir répondu. Si vous le souhaitez, n'hésitez pas me faire part de vos commentaires et suggestions ..

RESUME

Différents travaux ont abordés la question de l'attitude des médecins envers leur propre santé mais on en sait peu sur celle des internes. Pourtant ils éprouvent déjà les mêmes difficultés : stress, charge de travail...et ont eux-aussi la possibilité de s'autoprescrire.

Une étude descriptive a été réalisée à l'aide d'un questionnaire auprès de tous les internes de médecine générale de la faculté de Poitiers inscrits en 2012/2013.

128 internes ont répondu à l'enquête. 14,1% fument du tabac, 5.5% consomment de l'alcool régulièrement. 93,3% des femmes ont déjà réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus. Pour 15,6% d'entre elles celui-ci remonte à de plus de 3 ans. La moitié des internes pratique une activité physique régulière et seulement 12,5% ont un IMC supérieur à la normal (23,7% des hommes et 7.,8% des femmes).

Même s'ils sont nombreux à avoir déclaré un médecin traitant, ils ne le consultent que très rarement. Ils s'estiment majoritairement en bonne santé mais près de 30% pensent que leur prise en charge médicale est moins bonne depuis qu'ils sont internes. Les principaux facteurs incriminés sont le manque de temps et la mobilité géographique au cours de l'internat.

En matière de prévention, les comportements sont semblables voire meilleurs que ceux de la population générale par contre certains éprouvent déjà des difficultés à consulter et ont recours à l'auto-prescription, l'autodiagnostic et aux consultations informelles.

Le Conseil de l'Ordre alerte sur la tendance des médecins à appréhender seuls leur propre santé. Ces comportements semblent débiter dès l'internat. Il serait donc important de sensibiliser les internes avant même leur prise de fonction aux dangers de l'autoanalyse et l'auto-prescription et leur apprendre à être tout simplement des patients.

Mots-clés :

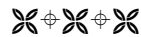
Internes, Santé, Prise en charge médicale, Suivi, Facteurs de risque, Prévention, Automédication.



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne 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. 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 !



