



Environnement professionnel et troubles du comportement alimentaire au cours de l'internat de Médecine Générale en Aquitaine

Carret Victorien

► To cite this version:

Carret Victorien. Environnement professionnel et troubles du comportement alimentaire au cours de l'internat de Médecine Générale en Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01799516

HAL Id: dumas-01799516

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01799516>

Submitted on 24 May 2018

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.

**Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

**Présentée et soutenue publiquement le 29 Mars 2018
Par Victorien CARRET
Né le 30/07/1988 à Bordeaux**

**ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL
ET TROUBLES DU COMPORTEMENT
ALIMENTAIRE
AU COURS DE L'INTERNAT DE
MÉDECINE GÉNÉRALE
EN AQUITAINE**

Président du jury : Pr Jean-Louis DEMEAUX

Directeur de thèse : Dr Paul-Henry ROCCA

Co-directeur de thèse : Pr Bruno QUINTARD

Rapporteur de thèse : Pr François PETREGNE

Membre du jury : Pr Philippe CASTERA

Membre du jury : Dr Xavier LEDUC

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Louis Demeaux, Professeur des Universités, médecin généraliste. Département de médecine générale. Université de Bordeaux.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci d'avoir soutenu le projet Inter'life. Merci pour votre disponibilité, ainsi que pour l'ensemble de votre enseignement délivré au cours de l'internat. Vous trouverez ici l'expression de ma profonde gratitude.

A mes directeurs de thèse,

Monsieur le Docteur Paul-Henry Rocca, Chargé d'enseignement, médecin généraliste. Département de médecine généraliste. Université de Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour la qualité de vos conseils et votre disponibilité tout au long de ce travail. Merci de m'avoir guidé et poussé à aller plus loin, dans cette thèse tout comme lors de mon internat et dans ma vie personnelle.

Monsieur le Professeur Bruno Quintard, Maître de conférence des Universités en psychologie. Faculté de psychologie, Université de Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse et vos précieux conseils. Ce travail n'aurait pu voir le jour sans vous.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur François Pétrègne, Professeur Associé des Universités, médecin généraliste. Département de médecine générale. Université de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail. Merci pour le temps précieux que vous y avez consacré ainsi que pour les remarques apportées.

Monsieur le Professeur Philippe Castéra, Professeur Associé des Universités, médecin généraliste. Département de médecine générale. Université de Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissant de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci pour l'enseignement délivré au cours de mon internat.

Monsieur le Docteur Xavier Leduc, Maître de stage à Bordeaux, médecin généraliste.

Je vous suis très reconnaissant de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour l'enseignement pratique délivré lors de mon internat. Vous avez grandement contribué à ma formation et orienté ma pratique. Merci également pour l'aide matérielle apportée par le Groupe Pasteur Mutualité.

A l'ensemble de l'équipe Intern'life : Emilie Boujut, Julie, Ulysse, Fédora, Gaëlle, Stéphanie et aux autres internes qui poursuivront nos travaux.

A Monsieur Nicolas Calcagni, Psychologue clinicien et chercheur à l'Université de Bordeaux, pour son aide précieuse dans la réalisation des statistiques de ce travail. Tu as toute ma gratitude.

A mes maîtres de stages du cabinet Mc Carthy, les Docteur Abadie, Dubon, Sauvaget et Ugé qui m'ont fait découvrir le métier de médecin généraliste.

A mes maîtres de stages du Groupe Médical Thiers, François, Paul-Henri et Xavier, ainsi qu'à Christine Meret, pour m'avoir fait grandir en tant que médecin, pour tous ces moments d'échanges et de joie lors de nos pauses déjeuner. Je vous souhaite de toujours garder cet esprit familial.

A l'ensemble des chefs de service et médecins rencontrés durant mon internat, qui ont fait de moi le médecin que je suis devenu : au Dr Caumont et son équipe du service de médecine de Langon, aux Docteur Picard et Loizeau ainsi que leur équipe du service de cardiologie de Haut Lévêque, ; au Docteur Touchard du service d'anesthésie-réanimation de Langon et toute son équipe du service des urgences ; au Dr Trebesse ainsi qu'à l'ensemble des soignants de la maternité de Bagatelle.

A mes co-internes, Anna, Sophie, Coralie, Carole, Magalie et Romain, sans qui ces stages auraient été bien différents.

A mes parents, pour votre amour, votre confiance, votre soutien infaillible et votre bienveillance. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis et tout ce que vous continuez à m'apporter. Merci d'avoir autant contribué à mon accomplissement personnel et professionnel.

A mon frère Paul-Henri, à qui je dis rarement combien il est merveilleux et important dans ma vie.

A Lisa, ma moitié et bien plus encore. Merci pour ton soutien et ton amour sans faille. Ce travail n'aurait jamais pu aboutir sans tes nombreuses relectures. Merci pour ta patience et les moments merveilleux qui nous attendent.

Aux amis de toujours, Alex, Banban, Bertrand, Charlotte, Fred, Gautier, Hugues, JB, Julie, Marie, Max, Niels, Pierre, Piem, PH, Olivier, Tom et leurs moitiés. Merci de m'avoir toujours soutenu et d'être tout simplement là. Merci pour tous ces moments de joie, nos voyages et week-end ensemble. A notre maturité qui ne viendra jamais. Merci d'être aussi formidables.

A tous mes amis de médecine.

A toute ma famille qui m'a vu grandir et demeure si proche.

SOMMAIRE

-I- INTRODUCTION	6
1. Définition et épidémiologie des TCA	9
A. Définition selon les critères du DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder)	
B. Epidémiologie des TCA dans la population générale	
C. Epidémiologie des TCA dans la population étudiante	
2. Origine des TCA	14
A. L'importance de l'image de soi	
B. Une addiction situationnelle	
3. Le monde professionnel et les TCA	15
A. Stress et coping alimentaire	
B. L'alimentation et le monde du travail	
C. L'alimentation dans le milieu médical	
4. L'Interne de médecine générale et les TCA	19
A. Un individu à risque d'addiction	
B. Un individu stressé et à risque de burn out	
C. Un individu à risque de TCA	
-II- PROBLEMATIQUE	23
-III- MATERIEL et METHODE	25
1. Contexte	25
2. Population cible	26
3. Protocole de l'étude	26
4. Type d'étude	28
5. Le questionnaire	29
6. Données utilisées	29
A. Variables sociodémographiques	
B. Variables concernant la vie professionnelle de l'interne	
C. Habitudes alimentaires	
D. Dépistage des TCA : Score SCOFF	
E. Score d'évaluation de la dépression et de l'anxiété : HAD	
F. Echelle du stress perçu : GMRSS	
7. Outils d'analyses statistiques	32
-IV- RESULTATS	34
1. Analyse descriptive	34
2. Analyse bivariée des résultats à T1, T4 et T6	43
3. Modèle final de régression logistique du risque de développer un TCA selon l'échelle SCOFF	50

-V- DISCUSSION	53
1. Analyse des résultats principaux	53
2. Points forts de l'étude	57
3. Limites de l'étude	58
4. Perspectives	60
-VI- CONCLUSION	64
Bibliographie	66
Annexes	72

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BMI : Body Mass Index (indice de masse corporelle)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique des troubles mentaux)

ECN : Examen Classant National

EDNOS : Eating Disorders Not Otherwise Specified (Troubles alimentaires non spécifiques)

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

IMG : Interne en Médecine Générale

ISNI : Inter Syndicat National des Internes

MBI : Maslach Burnout Inventory

MESH : Medical Subject Headings

MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio (rapport de cotes)

OUTLIERS : Réponse considérée comme une aberration statistique

SCOFF : Sick Control One Fat Food

SCOFF $\oplus$: Internes ayant obtenu au questionnaire SCOFF un score ≥ 2 et étant ainsi considérés comme à risque de développer un TCA.

SCOFF $\ominus$: Internes ayant obtenu au questionnaire SCOFF un score < 2 et étant ainsi considérés comme non à risque de développer un TCA.

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

-I- INTRODUCTION

L'existence de troubles psychiques touchant les professionnels de santé est une réalité désormais régulièrement relatée à travers les médias. Notamment depuis les grèves de Novembre 2012 et les revendications des internes concernant le temps de travail et le non respect du repos de sécurité après une garde. « Les internes en médecine, bouche-trous de l'hôpital en crise » titrait Le Monde en octobre 2012 tandis que L'Humanité mentionnait déjà en juillet 2011 « Internes, la grande fatigue ».

Les soignants ne sont pas épargnés par les pathologies psychiatriques telles que la dépression ou l'anxiété, qui touchent respectivement 10,1% et 26,1% de la population française (1 et 2).

En effet, ils sont soumis à des risques psychosociaux susceptibles de dégrader leur état de santé psychique. Cette atteinte psychique peut entraîner une maladie mentale et/ou physique et avoir des conséquences professionnelles et sociales. Plusieurs travaux récents ont démontré que l'exposition à ces situations de travail peut être responsable de l'apparition de troubles anxio-dépressifs, d'addictions, d'épuisement professionnel ou burnout (3).

Ces troubles peuvent diminuer la qualité des soins prodigués et augmenter les risques d'erreurs médicales. Enfin ils peuvent conduire à une hausse du risque suicidaire.

Un rapport publié par l'institut de veille sanitaire en 2010 précise que les professionnels les plus touchés par le suicide sont ceux du domaine de la « santé et de l'action sociale » (34,3 pour 100 000) (4). L'Ordre des Médecins, suggère que près de 8 % des décès des médecins en activité seraient dus à un suicide, soit deux fois plus que pour la population générale (5).

On trouve dans la littérature plusieurs études épidémiologiques concernant les professionnels de santé mais très peu s'intéressent aux jeunes médecins, pourtant tout aussi touchés par ces troubles.

C'est ainsi qu'une revue systématique de la littérature scientifique est parue en 2016 dans le Journal de l'American Medical Association (JAMA) (6). Elle retrouve 11,1% de risque suicidaire chez les étudiants en médecine et 27,2% de dépression, mais aucune étude de grande envergure ne s'est intéressée à la santé mentale des jeunes et futurs médecins français.

En 2017, une étude à l'initiative de l'ISNI, auprès de 21768 étudiants en médecines et

jeunes médecins français a permis d'établir des scores d'anxiété et de dépression particulièrement élevés dans cette population, rapportés respectivement par 66,2% et 27,7% des sujets interrogés. Ils retrouvent également 23,7% de personnes ayant des idées suicidaires dont 5,8% d'idées dans le mois précédant l'enquête. (7)

Les études et la formation des futurs médecins sont réputées pour être longues et difficiles. Elles débutent par le concours d'entrée puis se prolongent par des examens annuels jusqu'à l'examen classant national (ECN), aboutissement de ces six premières années d'études. Ce dernier est décisif pour l'avenir de ces étudiants car il leur permet de choisir leur future spécialité et l'endroit où aura lieu leur internat et premières années de pratique.

Au cours de ces six premières années, l'étudiant apprend à maîtriser les différentes bases théoriques essentielles à tout médecin. A travers plusieurs stages, il découvre le monde hospitalier et ses rouages, le travail d'équipe, les multiples gestes médico-chirurgicaux et surtout les premiers contacts avec les patients.

Une fois interne, et fort de ce socle majoritairement technique acquis lors de ces six années, l'étudiant médecin découvre que ses connaissances générales s'avèrent inadaptées pour gérer les patients en tant qu'individu. C'est lors de l'internat, débutant en septième année et se terminant trois plus tard que le futur médecin généraliste acquiert cette expérience. Il va bien sûr pouvoir élargir et approfondir ses connaissances liées à sa spécialité mais surtout accumuler de l'expérience sur le terrain. Son histoire personnelle va se développer à travers ses rencontres, ses succès, ses échecs, ce qui sera déterminant dans sa construction de professionnel de santé.

Le cursus de l'interne en médecine générale (IMG) se compose de six stages de six mois, aussi bien hospitaliers qu'en médecine de ville, au CHU ou dans des hôpitaux périphériques plus petits.

L'interne se retrouve alors confronté à une activité clinique à part entière et passe du statut d'étudiant à celui surajouté de soignant à part entière. De plus, son positionnement est particulier car il manque d'expérience mais a d'importantes responsabilités professionnelles.

Il doit également s'adapter chaque semestre à des pratiques et une équipe de soins nouvelles.

Le rythme intense et la grande adaptabilité demandée contrastent parfois avec un manque de reconnaissance de la part des patients.

Enfin, être interne en médecine générale implique une confrontation quotidienne avec la

souffrance, la maladie et la mort. C'est grâce à cette expérience quotidienne que l'interne pourra devenir un médecin généraliste dont le socle de connaissances sera suffisamment solide pour accompagner ses patients tout au long de leur vie.

Devenue une spécialité médicale à part entière depuis 2004, environ la moitié des étudiants passant l'ECN s'inscrivent dans la filière médecine générale. Cependant chaque année une partie des postes n'est pas pourvue (243 aux ECN 2016 et 207 aux ECN 2017), ce qui interroge sur l'attractivité de cette spécialité.

Ainsi plusieurs chercheurs en santé publique ont commencé à s'intéresser à l'état psychique des médecins généralistes et libéraux dans les années 2000 (8-10). Ils ont alors retrouvé des taux de burnout supérieurs à ceux de la population générale.

Ce décalage entre les médecins libéraux et le reste de la population serait la conséquence d'un stress chronique et expliquerait en partie le rejet de cette spécialité par les étudiants.

Puis les médecins et épidémiologistes ont commencé à se soucier des internes en médecine générale. Ceci a conduit à différentes thèses et études montrant que ces derniers pouvaient également subir d'importants niveaux de stress et de burnout. (11-14)

Cette situation récente de mise en avant des troubles psychiques des professionnels de santé a engendré mise en oeuvre du projet « Intern'life » en Île de France puis en Aquitaine. L'ambition de ce projet est d'expliquer les disparités en matière de santé mentale chez les IMG en menant une étude de cohorte longitudinale du début à la fin de l'internat.

Ainsi, outre les caractéristiques socio-biographiques de ces internes (profession des parents, sexe...), étaient évalués tous les six mois des données relatives à leur état psychique (stress perçu, dépression, burnout) mais aussi à leur style de vie (pratique sportive, consommation de substances psychoactives, troubles du comportement alimentaire).

C'est à partir de ces constats démontrés par différentes études mais aussi à travers notre vécu personnel, qu'il nous a semblé intéressant d'étudier l'état psychologique des internes et leur environnement de travail.

Nous concentrerons notre travail sur les troubles du comportement alimentaire (TCA), fréquemment associés à la présence de troubles anxieux et dépressif (15).

L'objectif de la présente thèse est d'identifier les facteurs influençant le risque de développer un TCA au cours de l'internat de médecine générale. Puis nous essaierons de proposer des solutions d'aménagement des stages et de l'enseignement du DES afin de réguler ces facteurs.

L'hypothèse centrale de notre recherche est que les internes ont plus de risque de développer un TCA dans un environnement de stage stressant avec beaucoup de responsabilités ; mais aussi que le nombre de gardes et d'heures travaillées influence ce risque de développer un TCA.

Dans le cadre de ce travail, nous aborderons tout d'abord les définitions de ces TCA puis nous effectuerons une revue de la littérature sur leur présence en milieu professionnel et étudiant, notamment en médecine.

Dans un deuxième temps nous présenterons l'étude prospective menée sur trois ans auprès des IMG composant la promotion 2013 d'Aquitaine ainsi que les résultats analysés. L'étude étant soutenue par le Département de Médecine Générale, le Laboratoire de Psychologie de l'Université de Bordeaux (EA 4139 ; INSERM UMR 1219), ainsi que celui de l'Université Paris Descartes, créatrice du projet.

Enfin nous discuterons ces données, leurs limites, les questions qu'elles soulèvent, et les applications que permettrait ce travail dans le cursus des IMG.

1. DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES TCA

A. DÉFINITION SELON LES CRITÈRES DU DSM V (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER)

Les Troubles du Comportement Alimentaire constituent un groupe de pathologies, parmi lesquelles figurent l'anorexie mentale et la boulimie, caractérisées par une modification persistante de la conduite alimentaire en l'absence d'une étiologie organique identifiable (16). En 1994, la quatrième version du manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM IV) (17) distinguait trois formes principales de troubles alimentaires : l'anorexie mentale, la boulimie

nerveuse, et les troubles alimentaires non spécifiques ou Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS).

Les troubles alimentaires non spécifiques regroupaient essentiellement des formes subsyndromiques d'anorexie ou de boulimie ne répondant pas à tous les critères. On y retrouvait l'hyperphagie boulimique, les comportements PICA (ingestion durable de substances non nutritives) ou encore les syndromes d'alimentation nocturne.

En 2013 est parue le DSM V (16). Les critères diagnostiques de l'anorexie mentale et de la boulimie restent les mêmes que dans le DSM IV, néanmoins les modifications apportées dans le DSM V permettent aux sujets auparavant exclus du groupe TCA, et relégués au rang de TCA non spécifiques, de pouvoir bénéficier d'un traitement (16). La modification majeure du DSM V est l'extraction de l'hyperphagie incontrôlée de la section des EDNOS pour devenir la quatrième classe de TCA du DSM V. Ceci a eu d'autant plus d'intérêt que ce trouble représente plus de la moitié des TCA (17).

(I) L'ANOREXIE MENTALE

Le critère de maintien d'un poids « normal, minimal pour l'âge et la taille » du DSM IV a été modifié pour la notion de « faible poids dans le contexte de l'âge, du sexe, du développement ». Ceci permet une prise en compte plus importante de l'âge et du sexe. (18)

Le terme de « refus » de maintien d'un poids au minimum adapté à l'âge et la taille était inclus dans les critères d'anorexie mentale du DSM IV. Le clinicien était dépendant de l'approbation du patient de la peur de prendre du poids et de la perturbation de son image corporelle. Ce critère dépendait de la maturation cognitive du patient. Certains patients nient avoir peur de prendre du poids ou l'avouent difficilement. Ainsi le terme « refus » a été remplacé dans DSM V par le « respect » de maintenir un poids correct.

Un autre changement important a été celui du retrait de la notion d'aménorrhée des critères de diagnostiques. Ce critère considérait un lien incertain avec le statut pondéral et excluait du diagnostic une grande catégorie de la population (les hommes, les femmes ménopausées, et les femmes sous contraception orale).

(II) LA BOULIMIE

La boulimie est caractérisée par la survenue d'une hyperphagie caractérisée par l'absorption, en une période de temps limitée d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient, en une période de temps similaire et

dans les mêmes circonstances. Elle est suivie de comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids (vomissements, laxatifs, diurétiques, jeûne, exercice physique excessif). (18)

Il n'y a eu qu'un unique changement dans la définition de la boulimie à savoir la réduction de la fréquence des épisodes de boulimie de deux fois à au moins une fois par semaine (17). La définition de la « large quantité » de nourriture n'a pas été précisée dans le DSM V.

(III) L'HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE

L'hyperphagie est synonyme de « binge eating ». C'est la prise, en une courte période de temps (moins de deux heures), d'une quantité de nourriture dépassant notamment ce que la plupart des individus mangent dans le même temps et les mêmes circonstances. La personne n'a pas l'impression d'avoir le contrôle de sa prise alimentaire ni la possibilité de s'arrêter. La prise alimentaire se fait de façon isolée. Il s'ensuit un épisode de stress avec un sentiment de culpabilité, d'embarras et de dégoût (16). A la différence de la boulimie, il n'existe pas de comportement compensatoire (vomissements, laxatifs...). La fréquence des prises alimentaires est la même que celle de la boulimie à savoir une fois par semaine sur une période de 3 mois.

Le début de ce trouble est généralement plus tardif, moins prévalent chez l'homme et est souvent associé à l'obésité (16-19).

B. EPIDÉMIOLOGIE DES TCA DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Très peu d'études se sont intéressées à la prévalence des TCA en population générale. Les chiffres évoqués oscillent entre 7 et 15% en France. En 2009, Preti et al. (20) ont réalisé une enquête épidémiologique portant sur la prévalence des TCA en population générale dans six pays européens (Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Espagne). Ils ont montré une prévalence vie entière de l'anorexie mentale de 0,48% et une prévalence de la boulimie estimée à 1,9%. On notait des disparités nationales : les prévalences les plus faibles étaient retrouvées en Allemagne (1,29%) et aux Pays-Bas (1,74%), alors que celle les plus importantes étaient retrouvées en France (4,15%) et en Belgique (3,5%).

(I) DIFFÉRENCE SELON LES SEXES

Avec un âge de survenue généralement compris entre 18 et 29 ans, les TCA sont trois à huit fois supérieurs chez les femmes. La prévalence en population générale de l'anorexie

mentale est de 0,5 à 3,7 % chez les femmes et de 0,2 à 0,3 % chez les hommes. Les épisodes d'hyperphagie incontrôlés peuvent concerner jusqu'à 28% de femmes et 20% d'hommes selon les séries, avec des stratégies de contrôle du poids retrouvées chez 8% des hommes et 19% des femmes (20).

Si les TCA et les problèmes d'image corporelle concernent particulièrement les jeunes femmes, depuis les années 90, il existe une augmentation de l'incidence des TCA chez les hommes (21). En effet, les récents changements culturels font que les hommes portent désormais une attention particulière à leur image corporelle notamment en ce qui concerne leur poids et leur forme physique. Selon Ricciardelli et al. (21), il existe une relation entre les TCA chez les hommes et la volonté d'une musculature développée.

(II) AGE DE DÉBUT DES TCA

D'après de récentes études parues en 2013, dans 90% des cas, l'âge moyen du début des TCA est de 17 ans avec deux pics de fréquences observés vers 14 et 18 ans (22).

Cependant, il existe une augmentation importante de femmes plus âgées souffrant de TCA. On estime que 0,5 à 3,7 % des femmes souffrent d'anorexie mentale durant toute leur vie et 1,1 à 4,2 % de boulimie (23). Souvent étudiée chez les jeunes filles, l'insatisfaction corporelle est peu traitée chez les femmes plus âgées. Avec un idéal de minceur constamment décrit dans les médias, les changements physiques liés au vieillissement naturel sont de moins en moins bien acceptés. Ainsi la pression de la minceur s'est étendue aux femmes plus âgées, engendrant des TCA afin d'empêcher ces changements corporels. (24).

Mangweth et al. (25) ont étudié la survenue des TCA chez des patients âgés de 60 à 70 ans, ils ont trouvé un pourcentage estimé à 3,8 % ; pourcentage que l'on retrouve également dans une étude réalisée par l'Institut National de Santé Mentale en 2002 chez des sujets de même âge. Les TCA à début tardif se développeraient après 50 ans (26). Ces patients présenteraient une façade d'adaptation durant leur vie d'adulte qui s'effondrerait à la suite d'événements de vie comme les conflits maritaux, les séparations, le divorce. L'obésité et la spirale de régimes inefficaces pourraient également jouer un rôle important dans leur genèse (24).

C. EPIDÉMIOLOGIE DES TCA DANS LA POPULATION ÉTUDIANTE

(I) LES ÉTUDIANTS : UNE POPULATION À RISQUE DE TCA

Le début de la vie universitaire et le départ du foyer familial sont une période à risque de TCA. Le pic de fréquence des TCA survenant à la fin de l'adolescence, au début de l'âge adulte, les étudiants représentent une population à risque de développer de tels troubles.

Un rapport de l'INSERM de 2005 (27) retrouve que 10% des consultations au bureau d'aide psychologique universitaire de Paris-Luxembourg étaient liés à un TCA. Il existe peu d'études en France sur les TCA chez les étudiants. Grigioni et al. (28) ont réalisé une enquête en 2007 visant à évaluer la santé et les comportements alimentaires d'étudiants en commerce, médecine, pharmacie et professions paramédicales de l'agglomération de Rouen. Sur les 1744 étudiants ayant répondu, on rapporte une prévalence de maigreur ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) de l'ordre de 1,1% chez les hommes et 11,1% chez les femmes. Dans cette population, le risque de TCA était présent chez 28% des femmes contre 14% chez les hommes.

(II) LES ÉTUDIANTS ET LES MODIFICATIONS DES HABITUDES ALIMENTAIRES

Selon une enquête de l'Observatoire National de la Vie Etudiante réalisée en 2010 (29), les étudiants ont de mauvaises habitudes alimentaires alors que 62,4% des étudiants pensent avoir un régime équilibré. Rouger (30) dans son projet en 2012 montrait que 14% des étudiants ne mangeaient ni fruits ni légumes chaque jour, un étudiant sur cinq ne prenait que deux repas par jour, et 12% d'entre eux avaient des problèmes financiers responsables de privations alimentaires.

L'étudiant doit en effet apprendre à cuisiner, faire ses courses et gérer le budget et le temps qu'il souhaite consacrer à son alimentation. Le restaurant universitaire pourrait être une solution au manque d'équipement électroménager et proposer une alimentation équilibrée mais il n'est fréquenté que par 15,6% des étudiants. Il est souvent considéré comme de mauvaise qualité avec des temps d'attente trop long (30).

Une nouvelle enquête sur la vie étudiante réalisée en 2016 constate une hausse de la fréquentation des restaurants universitaire avec 31,7% des étudiants déclarant y avoir déjeuné la semaine précédant l'enquête. (31)

L'alimentation étudiante, souvent riche en graisse et en sucre, est pourvoyeuse d'une prise de poids pouvant être à l'origine de TCA. Cette prise de poids est aussi liée à une baisse du temps consacré aux activités sportives durant cette période étudiante.

La première année universitaire serait une période de vie particulièrement à risque. Hoffman et al. (32) ont analysé, en 2012, le comportement alimentaire de 150 étudiants britanniques. Durant leur première année d'université, 23% auraient pris en moyenne 1,3 kilogramme.

Les régimes consécutifs à ces prises de poids pourraient être un facteur prédictif important de TCA. Des régimes trop restrictifs pourraient entraîner des comportements anorexiques, et des mécanismes de compensation à l'origine de compulsions alimentaires (30). Les régimes et le maintien d'un contrôle de poids en dehors des normes habituelles conduiraient à l'obésité et aux TCA dans les 5 ans chez les jeunes (33).

2. ORIGINE DES TCA

A. L'IMPORTANCE DE L'IMAGE DE SOI

En 2004, Levine et Piran publient un article sur l'importance de l'image de soi dans la prévention des TCA. Une image négative de son corps mais aussi un investissement excessif dans l'amélioration de sa forme physique conduirait à l'apparition de TCA. (34)

Stice propose en 1994 un modèle dans lequel la pression socioculturelle véhiculée notamment par les médias et la famille joue un rôle dominant dans le développement des TCA (35). Le modèle de minceur y est présenté comme un idéal de beauté. Plusieurs publications retrouvent que les femmes souffrant d'une faible estime de soi et d'une insatisfaction corporelle sont plus sensibles à ces pressions (34-35).

Les TCA demeurent plus fréquents dans les pays occidentaux. Néanmoins depuis 20 ans, l'apparence physique et le culte de la minceur sont devenus particulièrement importants dans les cultures asiatiques. Une étude nationale japonaise (36) a rapporté une augmentation de la maigreur ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) dans la population japonaise : de 2,4 % en 1976 à 4,2 % en 2000. Cette bascule vers l'idéal corporel de l'Ouest est devenue à la mode en Asie, notamment chez les femmes. La perception traditionnelle de la maigreur associée à des signes de malnutrition, d'infection, de pauvreté est remplacée par celle de la santé, de la réussite et de la richesse (37).

B. UNE ADDICTION SITUATIONNELLE

La tendance en psychiatrie contemporaine est à l'extension du terme addiction, classiquement décrit comme une dépendance à une substance, à la description de toute une

sorte de situations partageant des caractéristiques communes comme la compulsion ou le craving. (38)

L'addiction est définie comme une dépendance à une substance mais aussi à un comportement ou une situation, voire à une relation affective, même si sont ressenties une souffrance, une fréquente culpabilité, et que sont répétées des tentatives de maîtrise ou d'interruption, malgré des effets biologiques, psychologiques et sociaux néfastes (39).

Les TCA peuvent ainsi être considérés comme une addiction situationnelle. En 2003, Corcos et al. (40) justifient cette approche addictive des TCA par des constatations cliniques très voisines : début à l'adolescence, compulsion avec obsessions idéatives, sentiment de manque ou de vide, vécu de dépersonnalisation, sorte d'état second hypnotique puis honte et culpabilité mêlées lors des crises, dépression et lutte antidépressive lors des intervalles libres, manifestations somatiques lors du sevrage, maintien de la conduite malgré les effets du manque et les conséquences délétères.

Beaucoup de comparaisons sont ainsi faites entre les TCA et les addictions à des substances telles que l'alcool ou les drogues (41). Pour Hawkes (46), les crises alimentaires sont à l'origine de production intracérébrale de substances opioïdes entraînant un plaisir immense.

3. LE MONDE PROFESSIONNEL ET LES TCA

A. STRESS ET COPING ALIMENTAIRE

Pour Lazarus et Folkman (42), l'évaluation cognitive d'une situation stressante est suivie de la réponse choisie pour y faire face : c'est le Coping (to cope with : faire face à). Le coping dépend tout autant de la situation stressante que de l'individu. Il en existe deux sortes :

-Le coping vigilant ou centré sur le problème : Le but est d'agir directement sur la situation ou de diminuer les exigences engendrées par cette situation. Il comprend des stratégies telles que la résolution du problème (recherche d'informations et mise en place d'une stratégie d'action) et l'affrontement de la situation (actions directes sur le problème). Ces stratégies n'ont qu'un faible retentissement sur la santé et sont associées en général à un faible stress

perçu.

-Le Coping évitant ou centré sur l'émotion: l'objectif est de modifier les émotions engendrées par la situation par divers procédés (cognitifs, émotionnels, comportementaux). Il existe une grande diversité de stratégies de coping centrées sur l'émotion: fuir la situation, se sentir responsable, consommer des substance psychoactives, recourir à des activités physiques ou distrayantes (sport, télévisions, lecture..), nier la réalité (pensée magique, déni..). Elles permettent de se sentir mieux mais sans résoudre le problème et entraînent souvent des symptômes physiques.

Les recherches de Stice et al. indiquent qu'un tiers des femmes souffrant d'hyperphagie incontrôlée mangent en réponse à des émotions négatives comme la colère, le stress et la dépression (43). Ces crises de « binge eating » ont pour but de réguler les émotions en abaissant le ressenti physique et cognitif de ces émotions.

Une consommation alimentaire hautement calorique pourrait permettre d'abaisser le niveau de stress induit par une situation. Ce qui mettrait en jeu « le système de récompense » en activant la sécrétion de cortisol par l'intermédiaire de l'hypothalamus. La perception d'une menace ou d'un stress incontrôlable entraînerait alors une course vers l'alimentation grasse (44).

Solomon (45) en 2001 décrit alors un modèle dans lequel la personne utilise la nourriture comme coping. Puis le fait de manger devient stressant en soi, engendrant le besoin de mettre en place d'autres moyens pour faire face à cette hyperphagie, elle-même pourvoyeuse d'une émotion négative. C'est dans ce circuit fermé qu'interviennent notamment les stratégies de contrôle du poids menant à d'autres TCA.

Les TCA pourraient donc être un moyen de coping pour faire face aux événements de vie stressants. Berge et al. (46) montrent que certaines étapes de la vie comme quitter l'école ou sa famille, s'éloigner de ses amis, constituent des transitions pouvant engendrer des TCA chez l'individu. Ceci serait la conséquence d'un sentiment de vulnérabilité dans ces moments, associé à un manque de soutien. L'hyperphagie incontrôlée ou le contrôle extrême du poids seraient un moyen de faire face à ces événements ressentis comme négatifs.

Ainsi, Boujut et al. (70), dans une étude longitudinale parue en 2010, tendent à confirmer ce modèle. Ils décrivent que l'adoption de la stratégie de coping émotionnelle au premier semestre de la première année d'étude prédirait la survenue de TCA en fin d'année.

B. L'ALIMENTATION ET LE MONDE DU TRAVAIL

Une revue de la littérature en 2004 (47) montre une association entre la charge de stress psychologique au travail et l'indice de masse corporelle (Body Mass Index, BMI). En réponse au stress, les hommes minces auraient tendance à perdre du poids tandis que ceux en surpoids en auraient pris. Il n'existerait pas dans cette étude de correspondance chez la femme.

Plusieurs études sur la population japonaise masculine (48-49) concernant le stress au travail confirment l'usage de l'alimentation comme moyen de coping face au stress.

Ce phénomène pourrait être qualifié « d'alimentation émotionnelle ». Des conditions de travail stressantes affecteraient le comportement alimentaire et contribueraient à l'obésité.

L'obésité des travailleurs stressés pourrait être en rapport avec une prise alimentaire rapide en réponse au stress. Les travailleurs en surpoids ressentiraient plus d'anxiété, de colère et de dépression que ceux de poids normaux. A la différence d'autres types de stress qui entraîneraient une réduction des prises alimentaires, le stress professionnel induirait un grignotage plus important.

Cet usage de l'alimentation comme moyen émotionnel de coping est retrouvé chez les sujets en burnout. Nevanperä et al.(50) ont réalisé une étude prospective sur le lien entre comportement alimentaire et burnout auprès de 352 travailleurs municipaux d'une ville finlandaise. Les femmes ayant des scores de burnout élevés avaient un taux d'alimentation prise en fonction de leur émotion significativement plus important que celles n'ayant pas de burnout au début et à la fin de l'étude. En revanche, il n'existait pas de différence de poids significative entre ces deux groupes de femmes. D'autres moyens de coping comme l'alcool et le tabac étaient associés positivement au burnout.

C. L'ALIMENTATION DANS LE MILIEU MÉDICAL

Les travailleurs médicaux et paramédicaux font souvent face à d'importantes responsabilités et à un environnement stressant. L'alimentation émotionnelle comme moyen de coping face au stress y est retrouvée dans ce milieu. La plupart des études réalisées jusqu'à là concerne les infirmières (51).

King et al. (52) ont réalisé une étude portant sur 435 infirmières de l'état de l'Ohio aux Etats-Unis. L'analyse statistique retrouve un lien significatif positif entre les TCA d'une part et le stress professionnel et l'insatisfaction corporelle d'autre part. Un tiers des infirmières rapportait manger plus quand elles étaient stressées et déprimées ; 11 % se sentaient coupables après avoir mangé puis perdu le contrôle après la prise alimentaire.

Une étude parue en 2009 (53) indique que cette relation entre poids et travail serait définie par l'état de santé des infirmières, leur investissement dans l'organisation du travail et la capacité à jouer un rôle modèle pour leurs patients.

La désynchronisation du rythme veille sommeil pourrait également intervenir dans la survenue de ces TCA (54). D'après Rohmer et al. (55) il existerait une différence significative entre le nombre d'infirmières obèses travaillant de nuit et le nombre d'infirmières obèses travaillant de façon régulière. La surcharge pondérale pourrait être favorisée par l'irrégularité des horaires de travail ou le faible temps consacré aux repas.

Le travailleur de nuit est en effet contraint de dormir et de manger à des horaires variables (56). Ces résultats concernant les perturbations de la prise alimentaire chez les travailleurs postés seraient spécifiques à l'espèce humaine et seraient la conséquence des conditions de travail. (55). En effet, les infirmières obèses justifient leur surpoids, non pas par une tendance au grignotage, mais par le caractère stressant de leurs conditions de travail. Cette différence entre le jour et la nuit pourrait aussi être expliquée par des effectifs de personnels soignants plus importants en journée que durant la nuit. Les infirmières de nuit sont souvent seules face à un grand nombre de malades.

Cette notion d'interaction avec le stress est souligné par le fait que les travailleurs postés ont souvent une consommation d'alcool, de tabac et de tranquillisants plus importante (57).

4. L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET LES TCA

A. UN INDIVIDU À RISQUE D'ADDICTION

Selon les informations du ministère de la santé concernant l'état de santé des étudiants, publié en 2005 (58), les étudiants et sujets de niveau supérieur au Baccalauréat présentent les consommations d'alcool les plus faibles au quotidien mais avec des consommations ponctuelles en grande quantité plus fréquentes.

En 2012, Herault (59) a réalisé une étude transversale sur l'incidence de la consommation de différentes substances psychoactives chez 529 internes en médecine de Lyon et Angers. Il retrouve que le « binge drinking » annuel est très nettement supérieur chez les internes que dans la population générale. Ce mode de consommation consiste à boire une grande quantité d'alcool rapidement pour atteindre l'ivresse (60). Les internes utilisent ce procédé comme moyen de soulagement du stress grâce à l'association plaisir/détente (61). Le rythme de travail entre aussi en compte dans ce type d'usage puisque faire plus de quatre gardes par mois augmente ce risque de consommation.

L'étude d'Herault retrouve une consommation de tabac chez l'interne inférieure à celle de la population générale avec seulement 8% de fumeurs qui ont débuté leur consommation pendant l'Internat (59). En comparaison au « binge eating » et « binge drinking », il existerait moins de consommation à type de « binge smoking » où le tabac serait consommé en grandes quantités sur une courte période de temps dans le but de diminuer le stress ressenti.

L'usage de cannabis chez les internes oscille entre 17,10% et 24% (59). Cet usage dans l'année est nettement supérieur dans la population d'internes que dans la population générale. Dans le Bulletin de Santé de 2010 (62) on peut noter une surconsommation annuelle chez les étudiants et sujets de niveau supérieur au Baccalauréat. Dans l'étude d'Herault, la part de consommation conjointe alcool/cannabis est chez les internes la plus importante : elle est évaluée à 15,44% contre 3,80% dans la population étudiante analysée dans le bulletin de 2005.

En ce qui concerne les substances psychoactives « illicites », Herault retrouve un niveau de consommation inférieur à la population générale sauf pour le poppers (liquide très volatile présentant des propriétés vasodilatatrices dont l'usage peut être détourné pour son

caractère euphorisant et relaxant). Le caractère bref et intense de l'effet du produit révèle à nouveau cette recherche de rapidité et d'efficacité, que l'on retrouve dans le « binge-drinking ».

Contrairement à l'usage du tabac, la consommation d'alcool, de cannabis, de substances psychoactives comme le poppers chez les internes se ferait le plus souvent sur un mode bref et intense, de façon impulsive. Il pourrait être un moyen de coping pour lutter contre le stress et le burnout de l'internat.

B. UN INDIVIDU STRESSÉ ET À RISQUE DE BURNOUT

Plusieurs études récentes ont montré que les internes sont particulièrement exposés au stress (63,64). L'organisation du système de soins et la surcharge de travail pourraient en être à l'origine. Le burnout serait la conséquence de ce stress professionnel.

Maslach (65) présente le burnout sous la forme d'un modèle tridimensionnel. Le travailleur ressentirait tout d'abord un « épuisement professionnel », soit le sentiment d'être envahi ou épuisé par son travail. Puis vient la dépersonnalisation se traduisant par des sentiments d'insensibilité et des réponses impersonnelles avec mise à distance de « l'aidé ». Enfin vient la baisse de son accomplissement personnel. Le travailleur aurait tendance à remettre en cause ses compétences et sa capacité à se réaliser dans son travail.

Les travailleurs anxieux ou ayant une surcharge de travail seraient plus susceptibles d'évoluer vers un état de burnout.

Récemment, plusieurs études françaises (11–14) se sont intéressées à ces notions chez les internes. En 2008 Pittaco (11) a évalué le burnout auprès d'IMG franciliens effectuant leur stage aux urgences en utilisant le score obtenu au MBI (Maslach Burnout Inventory) (65). Dans sa population étaient alors trouvés des taux d'épuisement professionnel à 15 %, de dépersonnalisation à 50% et d'accomplissement personnel à 33%. Ces internes rencontraient moins souvent leurs amis, ne pratiquaient pas de sport ni de loisirs de façon régulière, faisaient peu de projets à long terme. Ils déclaraient consommer des hypnotiques, avoir des troubles de la libido, des troubles du comportement alimentaire et des difficultés familiales liées à leur travail.

Le Tourneur et Kolmy (13) ont réalisé en 2011 une étude sur 4050 internes de médecine générale de France métropolitaine. Avec l'échelle de burnout MBI, ils ont trouvé que 16% des

sujets rapportaient un score élevé d'épuisement émotionnel, 33,8% de dépersonnalisation, et 38,9% d'accomplissement personnel.

C. UN INDIVIDU À RISQUE DE TCA

Quelques études françaises récentes se sont intéressées à la santé des IMG et ainsi aux TCA. Elles retrouvent des pourcentages compris entre 18% et 25% mais la population étudiée est uniquement celle en première année d'internat.

L'étude de Thevenet (14) sur le burnout des IMG mentionnait que 17,8% des internes souffraient de TCA. Celle de Pittaco (11) sur le même sujet retrouvait un chiffre de 22%. Cependant, ce dépistage n'était que déclaratif et aucun test validé n'avait été utilisé.

Ainsi en 2014, Deswarte (66) a réalisé une thèse sur le risque de développer un TCA en première année d'internat. Elle a utilisé pour cela le questionnaire validé SCOFF (67). Ce dernier, comme nous le verrons par la suite, permet à travers cinq questions d'évaluer le risque de développer un TCA.

Cette étude a été réalisée durant la première année d'internat de 147 internes entrant en médecine générale en novembre 2012 dans l'une des sept facultés d'île de France.

A l'entrée de l'internat, 24,5 % d'entre eux sont à risque de développer un TCA. A la fin de cette première année d'internat de médecine générale, les internes à risque de TCA étaient majoritairement ceux déjà à risque avec une faible hausse (25,8%).

Les facteurs de risque de développer un TCA étaient le fait d'avoir réalisé une psychothérapie antérieure, un régime antérieur et l'anxiété. Deswarte retrouve surtout que 11% d'internes deviennent à risque de TCA après la première année d'internat. La difficulté à gérer certaines situations, la diminution du contact avec les proches et le nombre important d'heures travaillées pourraient en être responsables.

Rouger (30) dans son projet « Ta santé en un clic » en 2011, a étudié les comportements de santé de 1945 étudiants de Haute Normandie en provenance de 14 établissements différents. La prévalence de risque de TCA, calculée avec le questionnaire SCOFF, était la plus élevée en faculté de droit avec un risque de TCA estimé à plus de 33 %. En revanche la prévalence la plus faible était retrouvée chez les étudiants de pharmacie et de l'IUT de Rouen avec moins de 10 %. Les étudiants de la faculté de médecine présentaient un risque estimé à 19,2 %. Les étudiants de première et sixième année de médecine sont soumis à

la fin de leur année scolaire à un concours. De façon à éviter un possible biais de sélection, ils avaient été exclus de l'étude.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'autres études Françaises concernant l'incidence des TCA chez les internes.

En 1987, Herzog et al. retrouvaient que 16,5% des étudiants en médecine américains de première et deuxième années étaient à risque de TCA (68). Une étude au Royaume-Uni parue en 2002 constatait que 19% des étudiants en médecine de sexe féminin avaient des TCA.

L'ensemble de ces études s'appuie sur une recherche bibliographique à l'aide des moteurs de recherche PubMed, PsycInfo et Cismef.

Les études publiées avant mai 2017 ont été incluses.

Les mots clefs (Mesh) utilisés étaient principalement « Eating Disorders » (TCA), « Binge-Eating Disorder » (Hyperphagie), « Internship » (internat), « General Practitioners » (Médecins Généralistes), « Students »(étudiants), « Medical », « Workplace » (lieu de travail).

-II- PROBLEMATIQUE

Ce travail prolonge celui effectué par Pauline Deswarte dans lequel le lieu de stage et les variables professionnelles n'avaient pas été étudiés tout au long de l'internat. Son travail de thèse était focalisé sur la première année d'internat et sur les facteurs de risque propres à chaque interne.

Entre temps, une étude Iranienne en 2016 a montré un lien entre les TCA et l'histoire familiale, le niveau d'étude des parents et les antécédents familiaux (76).

Contrairement à ces études réalisées sur les IMG et les TCA, nous avons décidé de ne pas étudier les caractéristiques propres à chaque interne.

Nous avons fait le choix de nous intéresser principalement aux conditions de travail des IMG dans leur milieu hospitalier et libéral. En effet, notre objectif principal est d'identifier dans un premier temps les facteurs professionnels influençant le risque de développer un TCA, puis de proposer dans un second temps des solutions d'aménagement du DES de médecine générale.

L'objectif secondaire est de caractériser le lien entre les troubles anxio-dépressifs présentés par certains internes, et les troubles du comportement alimentaire retrouvés chez ces mêmes individus.

Chaque terrain de stage au cours de l'internat a ses spécificités, qu'elles soient dues à la spécialité dont il fait partie, la charge de travail ou encore la structure organisationnelle. Il est admis que les internes peuvent plus fréquemment être soumis à certaines situations stressantes en fonction du terrain de stage.

Plusieurs recherches ont permis de relever différents facteurs environnementaux dans l'apparition du burnout. (77-79). Il s'agit notamment de la charge de travail trop importante, le manque de contrôle, les conflits au travail, le manque de reconnaissance, le manque d'autonomie...

Gaëlle Contau, dans sa thèse sur le burnout des IMG et leur formation, a mis en lumière deux stages où le burnout était plus élevé : la médecine adulte et les urgences.

Le stage au CHU avait également une plus forte prévalence de burnout ainsi que des scores plus élevées d'épuisement et de dépersonnalisation et plus faibles d'accomplissement personnel sur l'échelle MBI (80).

Bouteiller et Cordonnier ont mis en évidence dans leur travail de thèse (81) de nombreuses contraintes à l'origine de la souffrance des internes. Parmi les thèmes inattendus apparaissaient les contraintes liées au stage : défaut d'encadrement, cadre rigide, manque de suivi personnalisé.

Dans le cadre de notre travail, nous avons plus précisément exploré deux hypothèses:

- L'hypothèse principale était que les internes ont plus de risque de développer un TCA dans un environnement de stage stressant avec beaucoup de responsabilités.
- L'hypothèse secondaire était que le nombre de gardes et d'heures de travail influencent le risque de développer un TCA.

-III- MATERIEL ET METHODE

1. CONTEXTE

Notre étude est le prolongement de recherches débutées en 2012 par l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, et les Département de Médecine Générale de diverses facultés de médecines parisiennes. Elle a obtenu l'accord du Comité d'éthique.

Cette collaboration, pilotée par Mme Emilie Boujut, Maître de Conférences et Chercheur en psychologie à l'Université Paris Descartes, a permis de créer le projet « Intern'life ».

Il s'agit d'une étude prospective longitudinale dont l'objectif était de suivre la promotion d'internes en médecine générale d'Île de France, ayant passé l'ECN en 2012, tout au long de leur internat.

Grâce à la diversité du questionnaire auquel répondaient les internes sur leur santé, plusieurs thèses ont pu être menées permettant d'explorer certains concepts en liens avec la santé des IMG (Burnout, empathie, addictions, symptomatologie dépressive, troubles du comportement alimentaire, stress perçu, stratégies de coping).

En 2013, cette étude a été étendue à une promotion d'IMG de l'Université Victor Segalen de Bordeaux, sous la coordination de Bruno Quintard, professeur de psychologie (Laboratoire EA 4139 ; INSERM UMR 1219) et du Pr Jean-Louis Demeaux du Département de Médecine générale de la Faculté de médecine de Bordeaux.

C'est ainsi qu'a débuté l'étude « Intern'life Aquitaine », une étude quantitative, exploratoire, de cohorte longitudinale prévue sur trois ans concernant les internes de médecine générale d'Aquitaine ayant débuté leur internat en Novembre 2013. L'équipe était alors constituée de médecins généralistes du Département de Médecine générale, de chercheurs en psychologie du Laboratoire de Psychologie et de cinq internes de l'Université de Bordeaux.

L'extension de l'étude aux internes d'Aquitaine a permis de présenter les thèses suivantes :

- Etude du stress perçu et de l'empathie chez les IMG d'Aquitaine (Julie Bardou et Ulysse Paultre).
- Etude de l'évolution du burnout dans les différents terrains de stage pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale (Gaëlle Contau).

- Etude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les IMG d'Aquitaine pendant les 18 premiers mois et corrélation entre les deux (Claire Belaube).
- Relation entre le genre, le stress, les stratégies de coping et la consommation d'alcool chez les IMG (Fédora Poissant).

2. POPULATION CIBLE

A. ETUDIANTS CONCERNÉS

Le questionnaire a été proposé aux 204 internes de médecine générale (IMG) d'Aquitaine ayant passé l'ECN en 2013, soit 134 femmes et 70 hommes, 66% versus 34%.

Critères d'inclusion :

- Être IMG de la promotion 2013/2016
- Avoir donné son consentement
- Avoir rempli le questionnaire en entier
- Être présent au moins au temps de mesure effectués à T1 (6 mois après le début de l'internat), T4 (2 ans après) ou T6 (fin de l'internat) (**Annexe 1**)

Critères d'exclusion :

- Refus de participation
- Questionnaire incomplet

B. PARTICIPATION

129 personnes ont répondu à au moins un des trois temps de mesure, soit 63% de la promotion.

59 personnes ont répondu à au moins deux temps de mesure soit 29% des internes de cette promotion.

3. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE

Le protocole de l'étude prévoyait un temps de mesure tous les 6 mois (**Annexe 1**).

Le premier temps de mesure nommé T0 a été fait avant le début des stages en tant qu'interne. La population avait alors passé l'ECN, choisi de devenir interne de médecine générale en Aquitaine, et attendait son affectation dans les stages hospitaliers de la région. Ensuite chaque mesure devait être faite dans le dernier mois du semestre, et a été nommée T1 pour la fin du premier semestre, T2 pour la fin du second, T3 pour la fin du troisième et ceci jusqu'à la fin du sixième et dernier semestre T6.

Le consentement des internes a été recueilli, après explications, en distribuant une feuille d'inscription sur laquelle les étudiants souhaitant participer nous ont laissé leur adresse mail.

Cette liste a ensuite été utilisée pour envoyer le lien vers le questionnaire T0 à tous les participants. Puis nous l'avons utilisée pour recontacter par la suite les internes tous les six mois, avant leur changement de stage, afin de remplir les nouveaux questionnaires.

L'enregistrement des données s'effectuait sur le site www.internlife.fr à chaque fin de stage. La gestion du site web et le recueil des données ont été confiés à l'Université Paris Descartes, initiatrice du projet.

La participation à l'étude Intern'life était anonyme, et l'anonymisation s'est faite en demandant aux internes de donner les trois premières lettres du prénom de leur mère ainsi que leur jour de naissance. Ceci permettant le suivi prospectif de chaque individu.

Le questionnaire, assez complet, conduisait à un temps de passation estimé à 20 min.

Les répondants avaient la possibilité de suspendre leurs réponses et de terminer le questionnaire ultérieurement.

Lors de la première réunion d'information animée par le syndicat représentatif local, nous avons pu présenter l'étude aux internes, ainsi que le processus d'inclusion, et annoncer aux participants que des cadeaux étaient à gagner par tirage au sort pour les internes ayant répondu de façon complète aux questionnaires.

Nous avons utilisé des flyers et des T-Shirts avec un logo afin d'être plus facilement identifiable et répondre aux éventuelles questions après la réunion.

Pour améliorer notre visibilité, nous avons également créé un compte Intern'life Aquitaine sur les principaux réseaux sociaux (Facebook, Twitter) et nous sommes mis en lien avec l'association locale des internes (le SIMGA), afin de diffuser notre message.

Le lendemain du premier choix de stage, nous étions de nouveau présents sur un stand à la sortie de l'amphithéâtre, avec une collation à leur attention.

Cette présence s'est répétée à chaque temps de mesure, avec distribution de flyers(**Annexe 2**), de petits cadeaux, ainsi que l'annonce des gagnants au tirage au sort du temps précédent.

Le financement des cadeaux, flyers et T shirts est provenu du Groupe Pasteur Mutualité régional (500 Euros annuels), de l'agence bancaire LCL locale (pour le temps T0 avec don de matériel), et en petite partie des internes s'étant investis dans l'étude (achats des collations semestrielles, des T-Shirts).

Devant la baisse de recrutement lors du temps T2, nous avons ajouté des interventions lors des premiers cours du semestre dans les différentes Commissions Pédagogiques Locales, par notre présence mais aussi grâce au passage de messages via les enseignants.

Les enseignants supervisant l'étude ont d'ailleurs consacré un temps spécifique de leur cours pour que les étudiants répondent au questionnaire lors du dernier temps de mesure T6.

Ce qui a permis de maximiser les réponses jusque là en baisse malgré le renfort de deux internes en milieu d'étude.

4. TYPE D'ÉTUDE

L'étude « Intern'life TCA » est donc une sous enquête du groupe d'études Intern'life. Elle a pour objectif d'étudier l'influence de l'environnement professionnel des IMG sur le risque de développer un TCA tout au long de l'internat.

Pour cette thèse, nous nous sommes intéressés aux mesures effectuées à T1, T4 et T6.

Ceci permet d'analyser les réponses des internes au questionnaire en début, milieu et fin d'internat tout en ayant le plus de répondant possible.

Le faible nombre de participants ayant répondu à la fois aux trois temps de mesures (16 personnes) n'a pu permettre d'effectuer une analyse longitudinale.

Cette thèse repose donc sur une analyse transversale et observationnelle répétée.

T0 n'a pas été pris en compte car l'internat n'était pas débuté, le futur interne devant alors se projeter pour répondre ou s'appuyer sur son vécu d'externe. Il est bien sûr intéressant de comparer l'évolution entre l'externat et l'internat mais ce n'était pas le but de notre travail.

5. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire utilisé nous a été proposé par Emilie Boujut. Il fait suite à de nombreuses réunions entre les internes, médecins généralistes et psychologues de l'Université de Paris Descartes impliqués dans l'étude. Leur but était de développer un auto-questionnaire exhaustif utilisant des échelles de mesure validées dans leur version française.

L'ensemble du questionnaire est présenté en annexe (**Annexe 6**).

6. DONNÉES UTILISÉES

Notre travail ne portant pas sur l'ensemble du questionnaire, nous ne détaillerons que les variables d'intérêt pour notre étude.

La plupart des tests psychométriques utilisés repose sur une échelle de Likert pour coter les items. Afin de limiter les biais de réponse et de désirabilité, certains items avaient des scores inversés. Nous avons identifié ces items par le terme "cotation inverse".

A. VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Sexe (femme/homme), âge (années), statut marital (célibataire, en couple vivant ensemble, en couple vivant séparément)

B. VARIABLES CONCERNANT LA VIE PROFESSIONNELLE DE L'INTERNE

Le type de stage divisé en quatre sous-groupes : Médecine adulte (stage polyvalent hospitalier), Urgence, Pédiatrie/Gynécologie et Stage libre (qui regroupe notamment le stage en Médecine générale et le stage en service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR)).

Le type d'hôpital (CHU / Hors CHU), et la région de travail (Urbain, Semi-Urbain et Rural).

Le nombre d'heures estimées travaillées par semaine, le nombre de gardes mensuelles et le nombre de week-ends libres par mois.

L'indice de Satisfaction du stage (échelle de 0 à 10).

Le temps passé dans les transports chaque jour (en minutes).

La répartition entre travail Clinique (temps médical au contact des patients) et Administratif (courriers, dossiers, formulaires, appels téléphoniques)

C. HABITUDES ALIMENTAIRES

Plusieurs variables alimentaires ont été évaluées à chaque semestre : la notion de régime effectué au cours du semestre, la sensation de manger équilibré, le nombre de repas sautés par semaine, le fait de grignoter au cours de la journée ainsi que l'indice de masse corporelle (IMC). Ce dernier étant établi selon les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé de 1995 (71).

($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$ = faible poids ; IMC entre 18,5 et $24,99 \text{ kg/m}^2$ = poids normal; IMC entre 25 et $29,9 \text{ kg/m}^2$ = surpoids; $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ = obésité)

D. DÉPISTAGE DES TCA : SCORE SCOFF (SICK CONTROL ONE FAT FOOD) DE MORGAN ET AL. 1994 (72).

Le SCOFF se constitue de cinq questions dichotomiques :

- Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien l'estomac plein ?
- Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
- Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois ?
- Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous trouvent trop mince ?
- Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?

Le SCOFF est un test de dépistage et non de diagnostic des TCA. Sa version française a été validée en 2010 par Garcia et al. (73) sur une population étudiante en France. Le questionnaire permet de dépister les caractéristiques fondamentales des TCA sans en distinguer les différents types.

Chacune des cinq questions est notée (oui=1 et non=0) et on obtient un score positif SCOFF $\oplus$ à partir de deux réponses affirmatives. Ce qui permet alors de prédire un risque de développement de TCA.

On note SCOFF $\ominus$ un score inférieur à 2.

C'est sur ce test que repose une grande partie de l'étude. Nous l'avons utilisé de deux manières. Sous sa forme qualitative afin de séparer deux populations d'internes : ceux à risque de développer des TCA et ceux qui ne présentent pas de risque.

Sous sa forme quantitative afin d'attribuer un score de 0 à 5 à chaque interne.

Ainsi ces deux modes de mesure ont servi de variable principale lors des différents tests statistiques comparatifs effectués dans notre étude.

E. SCORE D'ÉVALUATION DE LA DÉPRESSION ET DE L'ANXIÉTÉ : HADS (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE) DE SIGMOND ET AL. 1983 (74)

L'HADS se compose de 14 items : 7 items évaluant l'anxiété (items 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) et 7 items évaluant la dépression (items 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Pour chaque item il existe quatre niveaux de réponse cotées de 0 à 3. On obtient un score global en additionnant les réponses aux 14 items.

Plus les scores sont élevés et plus la symptomatologie d'anxiété et de dépressivité est sévère.

Les résultats sont séparés en trois niveaux : absent, douteux et certain.

Cette échelle a été validée en français par Razavi et al. en 1989 (74).

F. ECHELLE DE STRESS PERÇU GMRSS (GENERAL MEDICINE RESIDENT STRESS SCALE)

Le questionnaire GMRSS, utilisé dans la mesure du stress perçu, est un questionnaire spécifiquement établi pour les internes de médecine générale.

Sa création et validation sont consécutives aux travaux parisiens d'Intern'life par Villoing et al. en 2014 (75)

Ce questionnaire de stress spécifique aux IMG comprend 21 situations où il est demandé à l'interne d'évaluer sur une échelle de 0 à 5 si celles-ci ne sont « pas du tout stressantes » (0) ou « beaucoup stressantes » (5).

Chaque question correspond à une situation de la vie professionnelle d'un interne en médecine générale.

Cinq items (1, 4, 7, 10, 19) sont associés à la charge de travail et quatre items (5, 6, 12, 15) à la responsabilité médicale.

-Le score de stress lié à la charge de travail va de 0 (absence de stress lié à la charge de travail) à 25 (vécu de la charge de travail comme une situation très stressante).

-Le score de stress lié à la responsabilité médicale va de 0 (absence de stress devant la responsabilité) à 20 (vécu de la responsabilité comme une situation très stressante).

7. OUTILS D'ANALYSES STATISTIQUES

Les données ont été mises en forme et exploitées par Microsoft Excel et analysées par le logiciel de statistiques R.

L'analyse statistique comprend trois parties :

- Une analyse transversale univariée descriptive de toutes les variables à T1, T4 et T6 caractérisant le profil sociodémographique, la vie professionnelle et la santé mentale des internes. La fréquence et l'effectif de chaque variable observée y sont décrits.
- Analyse bivariée, transversale à chaque temps, des résultats obtenus au questionnaire SCOFF et des habitudes alimentaires en fonction des différentes variables explicatives.
 - Des corrélations bivariées de Pearson ont été utilisées afin d'analyser deux variables quantitatives. On étudie les variations de l'une en fonction de l'autre. Le coefficient de corrélation R est une mesure d'association entre deux variables quantitatives faisant jouer des rôles symétriques aux deux variables, faisant supposer une relation linéaire. Il est toujours compris entre -1 et +1. Le zéro correspond à l'indépendance linéaire des deux variables.
 - Afin de comparer la répartition des modalités d'une variable qualitative en fonction d'une autre variable qualitative, le test de Khi2 de Pearson a été utilisé afin de vérifier si la différence de pourcentage entre les groupes est significative ou non. Dans le cas de croisement de deux variables à deux modalités, le Khi2 de Yates corrigé a été utilisé. Il s'agit d'analyser l'écart existant entre la distribution théorique postulée et la distribution empirique obtenue.
 - Concernant l'étude d'une variable qualitative avec une variable quantitative, en analyse transversale (par exemple comparaison du score SCOFF avec le terrain de

stage) des tests de Student (sur échantillons indépendants ou appariés) ont permis de comparer les moyennes entre groupes.

Pour la comparaison entre deux moyennes, le test de Student a été utilisé en cas de normalité des données. Lorsque ce n'était pas le cas, le test de Wilcoxon était utilisé.

Le seuil de significativité des différentes comparaisons retenu pour l'étude était $p \leq 0,05$.

- Une régression logistique pas à pas descendante a été réalisée aux trois temps de mesure. La régression logistique permet d'étudier la relation entre une variable dépendante dichotomique et des variables indépendantes quantitatives ou qualitatives. Les variables pertinentes, considérées comme pouvant être des déterminants de la variable dépendante ont été testées au cours de l'analyse bivariée. Toutes les variables significatives avec une p-value inférieure à 0,05 dans le modèle bivarié ont été incluses dans l'analyse finale multivariée, permettant ainsi d'identifier des facteurs de risque indépendants de développer un TCA dans notre population d'étude.

Dans le modèle final, seul les variables significatives à un seuil de $p \leq 0,05$ ont été gardées. Les résultats ont été présentés sous forme d'Odds Ratio ajustés (ORa) avec leur intervalle de confiance à 95%.

-IV- RESULTATS

La promotion d'internes de Médecine Générale d'Aquitaine qui a débuté son internat en novembre 2013 comporte 204 internes dont 66 % de femmes et 34% d'hommes.

Au temps T1 (6 mois après le début d'internat), le taux de participation est de 56% soit 115 répondants. A T4 (2 ans après), le taux de participation est de 21 % soit 43 répondants et à T6 (fin de l'internat) il est de 68 % soit 139 répondants.

Seul les participants ayant complété la totalité du questionnaire ont été gardés pour analyser les différentes variables. On obtient alors 45% de répondants à T1, 14% à T4 et 42% à T6.

Une analyse longitudinale n'a pu être réalisée car seulement 16 personnes ont répondu aux trois temps de mesure (7,8%).

59 personnes (29%) ont tout de même répondu à au moins deux temps de mesure parmi T1, T4 et T6.

Ces trois temps de mesure ont été choisis afin d'étudier les variables en début, milieu et fin d'internat. Ils permettent une étude lors des différents types de stages aussi bien lors d'un semestre d'été que d'hiver.

1. ANALYSE DESCRIPTIVE

A. RÉPARTITION DES INTERNES À RISQUE DE TCA

A T1 et T4, ils étaient 14,3% (SCOFF $\oplus$). A T6 ils étaient 15,3%.

Le nombre d'IMG à risque de développer un TCA est donc stable, avec tout de même une très légère hausse en fin d'internat.

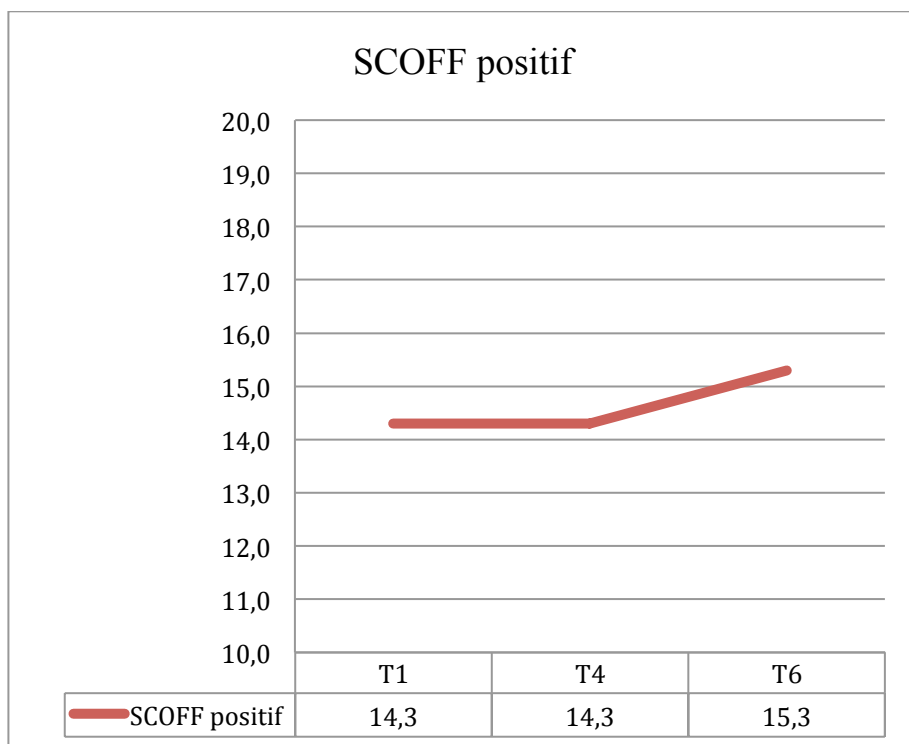


Figure 1

B. DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES INTERNES

Sexe

Tout comme dans la promotion d'interne étudiée, on observe une nette prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,25. Soit 67 femmes et 25 hommes à T1, 22 femmes et 7 hommes à T4, 61 femmes et 25 hommes à T6.

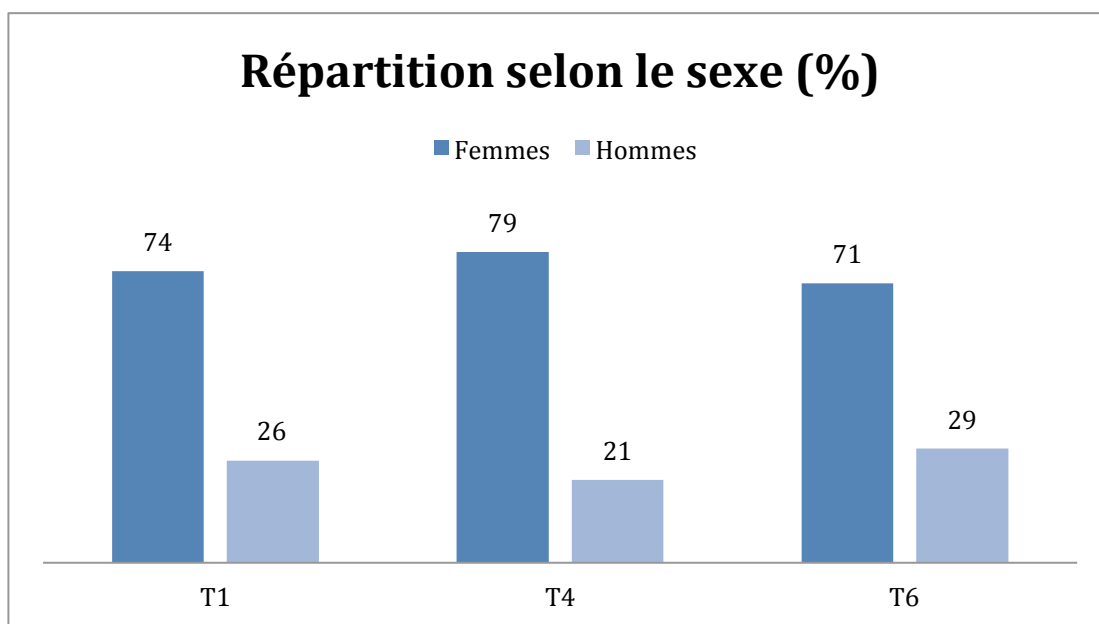


Figure 2

Age

La moyenne d'âge à T1 était de 25,2 ans avec un écart-type de 1,06.

Statut marital

Le nombre d'internes célibataires a diminué au cours de l'internat. On observe une augmentation du nombre de couples et notamment ceux vivant ensemble. Soit 43 personnes en couple à T1 sur 92, 18 personnes sur 29 à T4 et 53 personnes sur 86 à T6

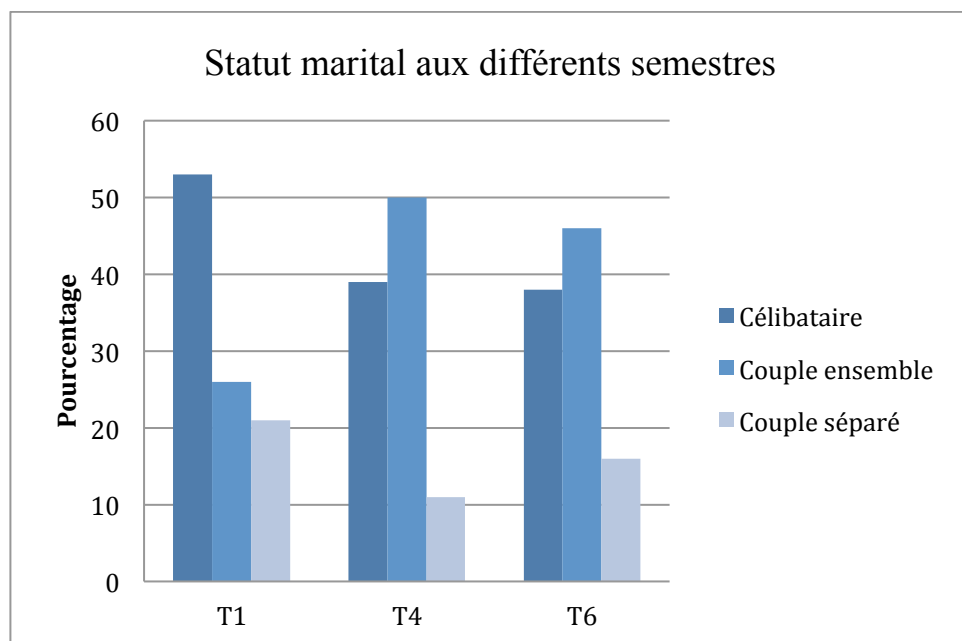


Figure 3

C. TERRAIN DE STAGE

A chaque semestre, les internes ont précisé dans quelle catégorie de stage ils se trouvaient parmi les choix suivants :

- Médecine Adulte : stage de médecine polyvalente effectué dans un service hospitalier
- Urgences : semestre réalisé dans un service d'urgence hospitalière
- Stage libre : dans la majorité des cas il s'agit d'un stage effectué dans un cabinet de médecine générale libérale. Il peut correspondre également à un stage de médecine hospitalière, notamment en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
- Pédiatrie/Gynécologie : stage de pédiatrie et gynécologie effectué dans un hôpital et/ou un cabinet libéral.

Pour chaque terrain de stage, les internes précisaient si ce dernier était effectué au CHU ou dans un hôpital périphérique de la région.

Nous pouvons observer que le stage « Médecine adulte » a diminué au cours de l'internat.

Il était choisi par 61 % des internes à T1, puis 18 % à T4 et 13 % à T6.

Concernant les « Urgences », ils étaient 7 % à T1, 18 % à T4 et 2 % à T6.

Nous observons une hausse du choix du « stage libre » et notamment du stage en médecine générale tout au long de l'internat. Il y avait 31 % d'internes à T1, 39 % à T4 et 41 % à T6.

C'est le cas également pour la « Pédiatrie/Gynécologie » avec 1 % d'internes à T1, 25 % à T4 et 44 % à T6.

Enfin nous observons que la majorité des semestres a été effectuée en dehors du CHU.

Les figures suivantes résument les choix de stage à chaque temps de mesure.

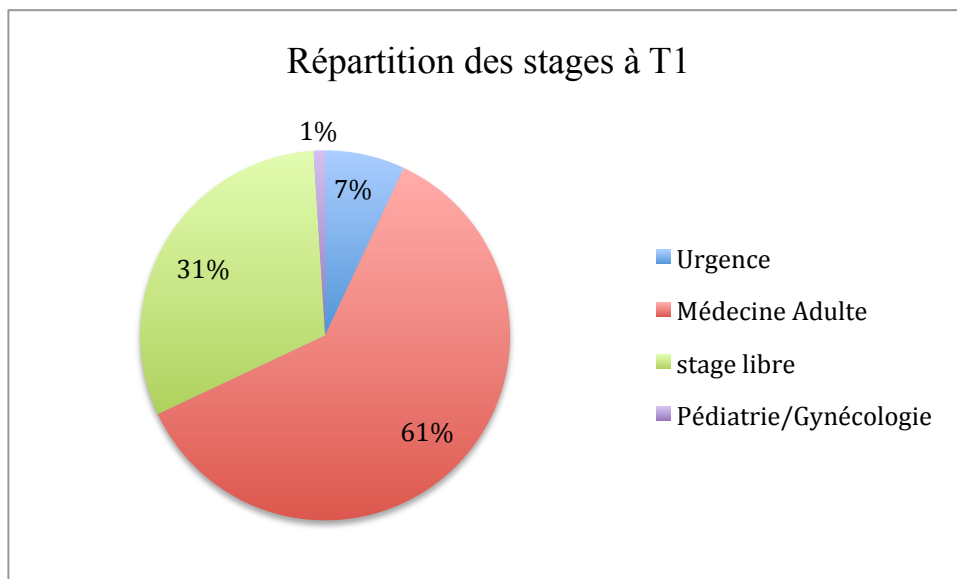


Figure 4

Soit 56 internes en médecine adulte, 28 en stage libre, 6 aux urgences et 1 en pédiatrie/gynécologie.

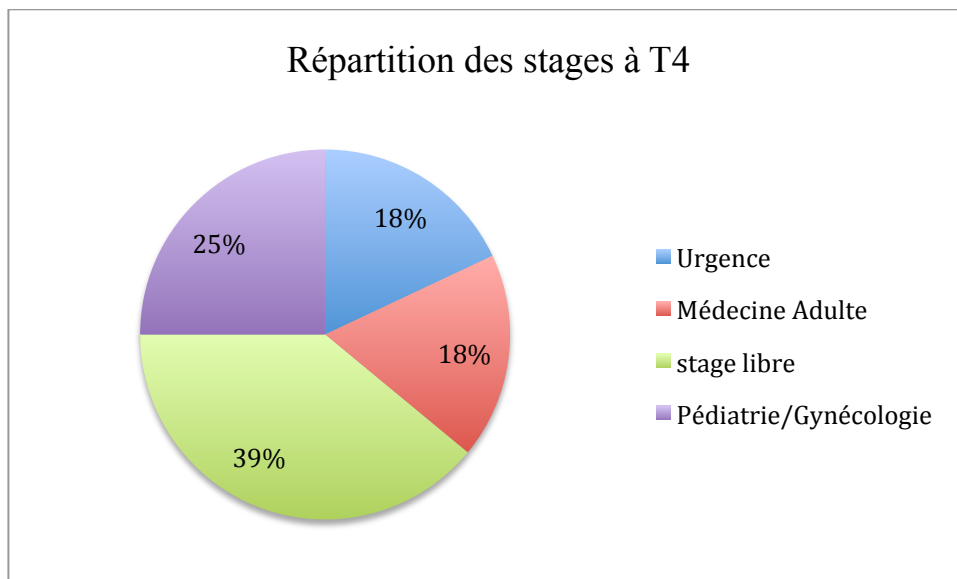


Figure 5

Soit 6 internes en médecine adulte, 11 en stage libre, 5 aux urgences et 7 en pédiatrie/gynécologie.

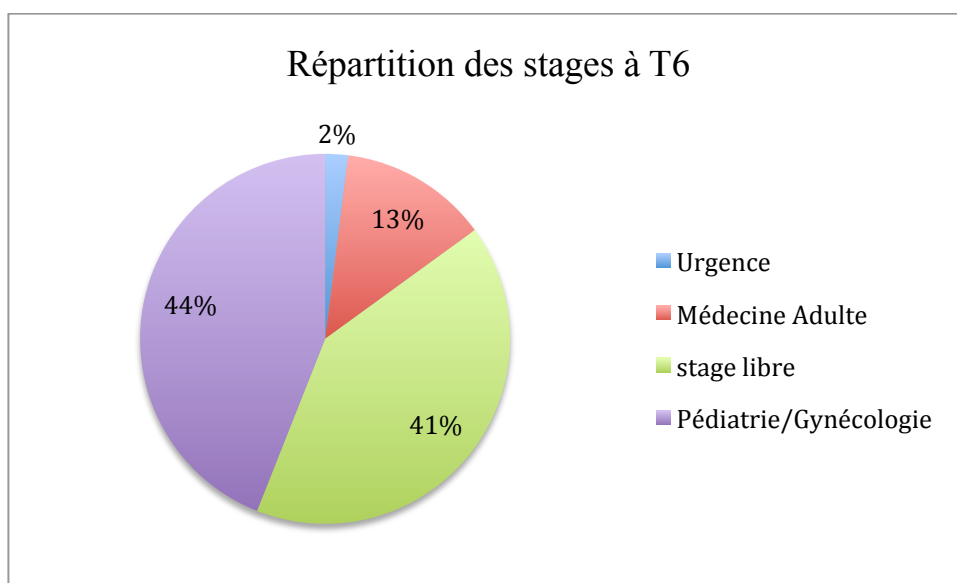


Figure 6

Soit 12 internes en médecine adulte, 35 en stage libre, 2 aux urgences et 37 en pédiatrie/gynécologie.

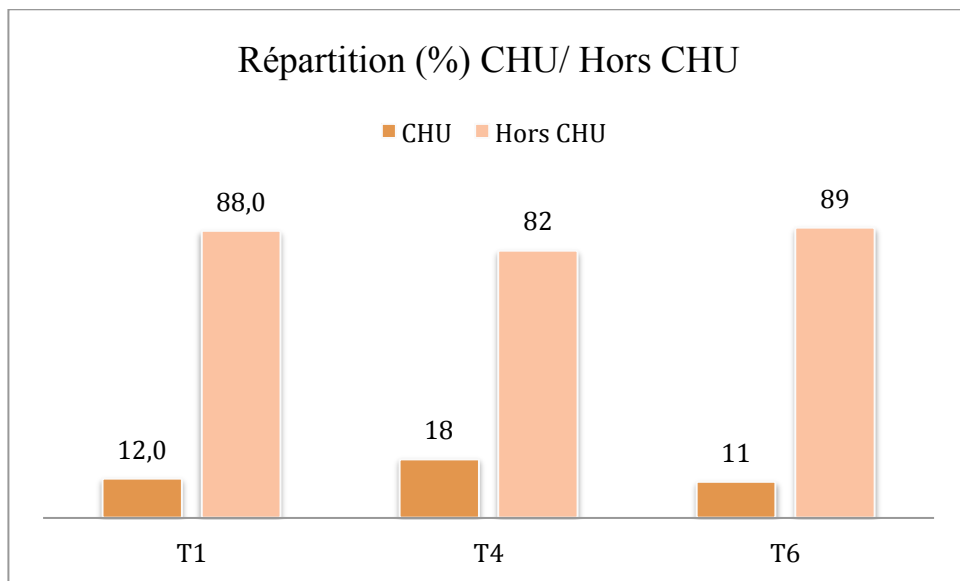


Figure 7

D. CARACTÉRISTIQUES DU STAGE

On observe une diminution du temps de travail hebdomadaire au cours de l'internat : 54,7 Heures ($\sigma=10,6$) à T1, 50 heures ($\sigma=8,7$) à T4 et 47,5 heures ($\sigma=11,8$) à T6.

Le temps de transport journalier (en minutes) augmente entre le début et la fin de l'internat. Il est en moyenne de 35 minutes ($\sigma=39$) à T1, 50 minutes ($\sigma=37$) à T4 et 46 minutes ($\sigma=45$) à T6.

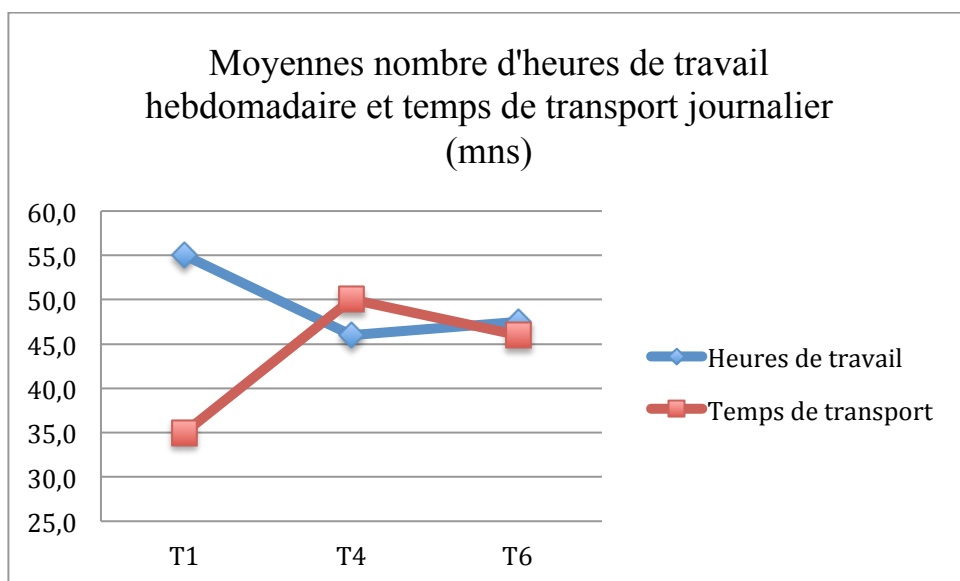


Figure 8

Le nombre de gardes par mois est plus important au premier semestre soit 2,59 ($\sigma=1,0$) à T1, 1,66 ($\sigma=1,74$) à T4 et 2,12 ($\sigma=1,99$) à T6.

Le nombre de week-end de libre est stable 3 ($\sigma=1$), tout comme l'indice de satisfaction 7,30 ($\sigma=2$).

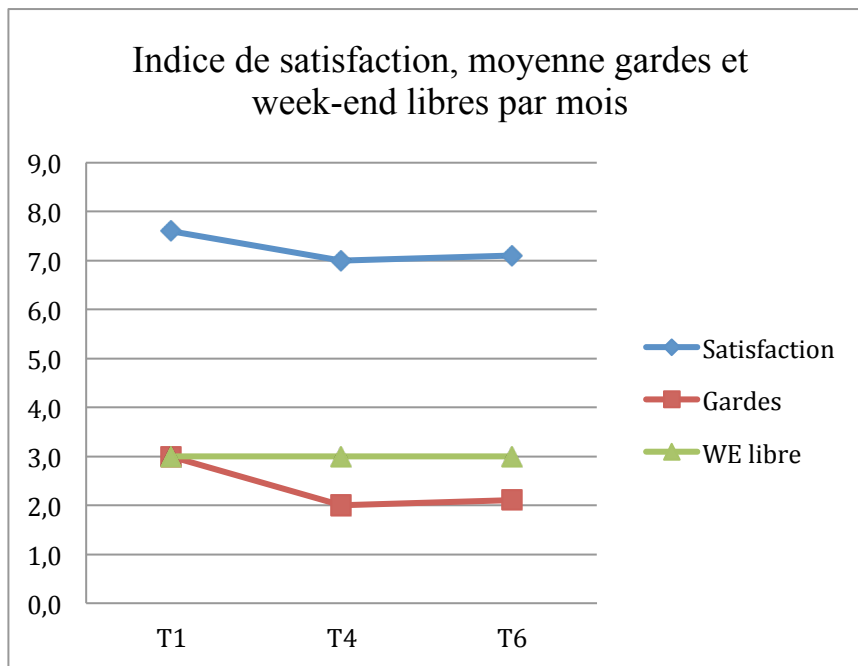


Figure 9

Le pourcentage de travail administratif par rapport au travail clinique est de 30 % à T1, 19 % à T4 et 27 % à T6.

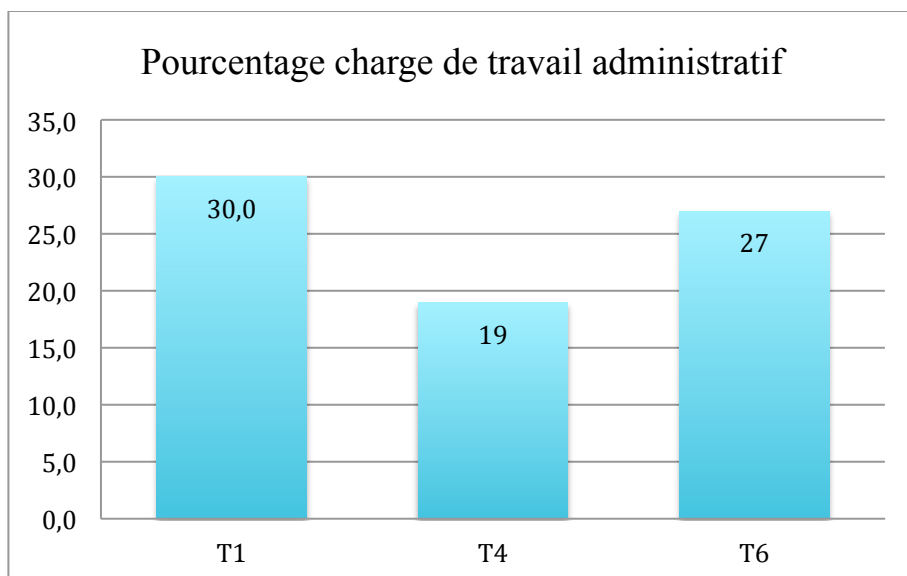


Figure 10

E. HABITUDES ALIMENTAIRES

On observe une majoration de l'IMC entre T1 (22,07 $\sigma=2,43$) et T4 (23,03 $\sigma=2,87$) puis une diminution entre T4 et T6 (22,66 $\sigma=2,86$).

Cette diminution de l'IMC en deuxième partie d'internat peut s'expliquer par une baisse du grignotage, une hausse du nombre d'internes effectuant un régime et des repas plus équilibrés. Le nombre de saut de repas par semaine est stable 0,81 ($\sigma=1,13$).

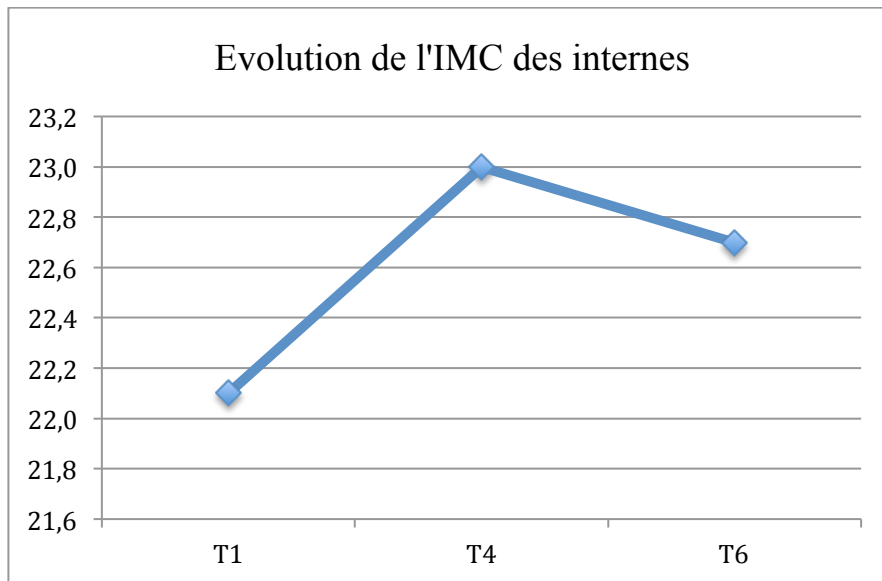


Figure 11

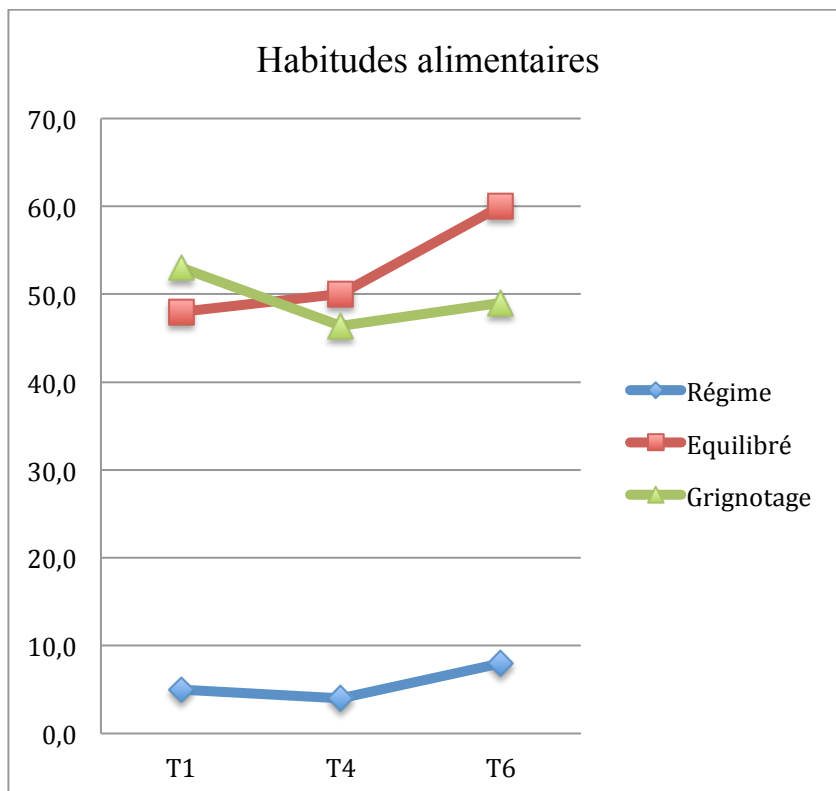


Figure 12

F. EVALUATION DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION

L'état anxieux douteux ou certain est de 39,6 % à T1, 35,7 % à T4 et augmente de façon importante à 51,8 % à T6.

La dépressivité reste stable tout au long de l'internat avec 7,79 % à 10,71 % d'internes dépressifs

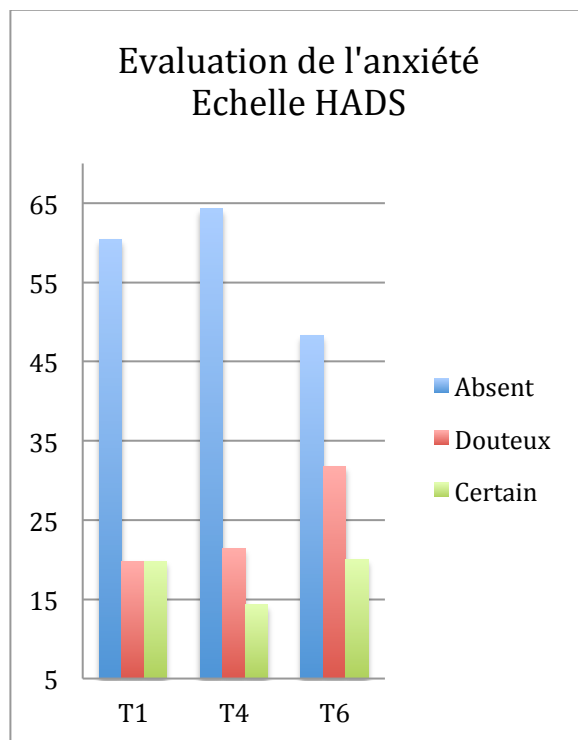


Figure 13

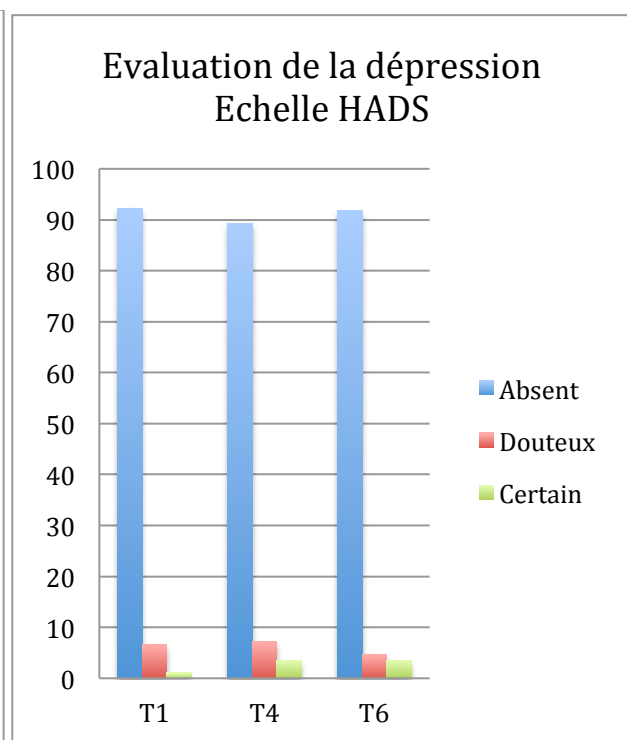


Figure 14

G. EVALUATION DU STRESS AU TRAVAIL

La moyenne du stress lié à la charge de travail est de 15,30 ($\sigma=4,99$) à T1, 13,61 ($\sigma=5,15$) à T4 et 14,04 ($\sigma=4,99$) à T6

Celle du stress lié à la responsabilité médicale est de 15,48 ($\sigma=2,59$) à T1, 13,29 ($\sigma=3,15$) à T4 et 13,02 ($\sigma=3,31$) à T6.

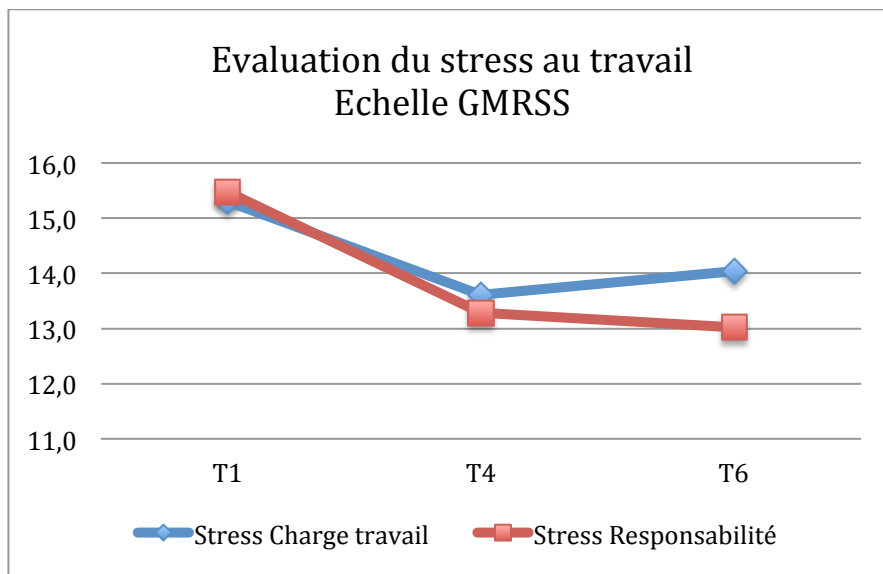


Figure 15

Résultats principaux de l'analyse descriptive

Les femmes sont nettement majoritaires dans notre population d'étude, tout comme dans la promotion étudiée.

Le nombre d'internes à risque de développer des TCA est stable tout au long de l'internat (15%).

L'IMC augmente au cours des semestres d'internat.

Le niveau d'anxiété augmente entre le début et la fin des études.

Les choix de stage sont très hétérogènes tout au long des temps de mesure.

2. ANALYSE BIVARIÉE DES RÉSULTATS À T1, T4 ET T6

TEMPS T1

A. DÉTERMINATION DE LA SIGNIFICATIVITÉ DES OUTLIERS

Il existe deux outliers significatifs pour l'IMC et un pour la dépression. Il s'agit de réponses considérées comme anormales ou comme des données extrêmes.

Ces derniers ont été imputés par la moyenne afin que l'analyse statistique ne soit pas biaisée.

Les autres variables n'ont pas d'outliers significatifs.

B. NORMALITÉ DE LA DISTRIBUTION

La distribution de la variable principale score SCOFF et des variables secondaires n'est pas normale. Le test de corrélation de Spearman a donc été utilisé pour rechercher des liens significatifs entre les variables quantitatives à T1. Le coefficient de corrélation est appelé Rho.

C. TEST DE CORRÉLATIONS (VARIABLES QUANTITATIVES) (ANNEXE 3)

Il existe un lien significatif positif entre le niveau du score **SCOFF** des internes et celui d'**anxiété** (Rho=0,229 p=0,029) tout comme celui de **dépression** (Rho=0,240 p=0,022).

Le score **SCOFF** augmente également avec le niveau de **stress lié à la charge de travail** (lien significatif positif Rho=0,221 p=0,035)

Bien qu'on ne mette pas en évidence un lien entre la charge de travail administrative et le score SCOFF, nous retrouvons un lien entre l'**administratif** d'une part et le niveau d'**anxiété** (Rho=0,243 p=0,020), de **dépression** (Rho=0,257 p=0,014) et de **stress lié à la charge de travail** (Rho=0,219 p=0,037) d'autre part.

Ces trois variables psychologiques étant directement liées au risque de développer un TCA.

De même, le niveau d'**anxiété** (Rho=0,367 p=0,000), de **dépression** (Rho=0,320 p=0,002) et de **stress lié à la charge de travail** (Rho=0,214 p=0,042) est lié positivement au nombre de **repas sautés**.

Il existe un lien significatif positif entre le taux de **satisfaction** lié au stage et l'importance de la part de **travail clinique** dans le service (Rho=0,289 p=0,006).

Il existe en revanche un lien significatif négatif entre la **charge de travail clinique** et le nombre de **repas sautés** (Rho= -0,289 p=0,006).

Aucun lien n'a été retrouvé avec l'IMC.

Le stress lié aux responsabilités de l'interne, le nombre de garde, de week-end et d'heures travaillées ne semblent également pas influencer les variables alimentaires.

Bien que ce ne soit pas en rapport avec les objectifs de notre étude, nous pouvons noter un lien positif entre les scores d'anxiété-dépression et les niveaux de stress liés à la responsabilité et à la charge de travail.

D. TEST D'INDÉPENDANCE DES VARIABLES QUALITATIVES (CHI2)

Il existe un lien entre le **terrain de stage** et le fait de **manger équilibré**.

Les internes en médecine adulte mangent plus équilibrés que ceux en stage libre. ($p=0,04$, 59% vs 32%)

Le nombre d'interne mangeant équilibré est également plus faible aux urgences (29%)

Les effectifs théoriques étant faibles, nous avons utilisé le test de Fisher pour l'analyse.

Aucun autre lien significatif n'a été retrouvé entre les variables qualitatives.

Il n'y a notamment pas d'effet d'être au CHU sur les résultats du SCOFF et sur les autres variables alimentaires (grignotage, manger équilibré et effectuer un régime).

Le terrain de stage n'a pas non plus d'effet sur le SCOFF.

Le statut marital n'influe également pas les habitudes alimentaires ni le SCOFF lors du premier semestre.

E. COMPARAISON DES MOYENNES ENTRE LES VARIABLES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES.

Le test de Wilcoxon a été utilisé car les variables ne se distribuent pas normalement.

Il existe une différence significative de moyenne du **taux de travail administratif** en fonction du groupe SCOFF ($p=0,027$). La moyenne de charge administrative est de 28% dans le groupe SCOFF $\ominus$ contre 38% dans le groupe SCOFF $\oplus$.

Le taux de charge administratif semble donc influencer le risque de développer un TCA à T1.

Plus la charge de travail administrative est importante et plus l'interne risque de développer un TCA.

Le **stress lié à la charge de travail** semble également augmenter significativement le risque de développer un TCA ($p=0,015$). Le niveau moyen de stress est de 14,7 dans le groupe SCOFF $\ominus$ contre 18,4 dans le groupe SCOFF $\oplus$.

Enfin il existe une différence tendancielle du score moyen **d'anxiété** en fonction du groupe SCOFF ($p=0,059$). Le niveau moyen d'anxiété selon l'échelle HADS est de 6,6 dans le groupe SCOFF $\ominus$ et de 8,8, dans le groupe SCOFF $\oplus$.

Principaux résultats à T1

L'anxiété et la dépression augmentent le score SCOFF et le nombre de repas sautés.

Le stress lié à la charge de travail des IMG augmente le score SCOFF et le nombre de repas sautés.

Plus la charge administrative est importante et plus les IMG ont un taux important d'anxiété, de dépression et de stress lié à la charge de travail important.

Les internes en médecine adulte mangent plus équilibrés que ceux aux urgences et chez le médecin généraliste.

Le taux de travail administratif et de stress lié à la charge de travail sont plus importants dans le groupe SCOFF $\oplus$ que SCOFF $\ominus$.

TEMPS T4

A. DÉTERMINATION DE LA SIGNIFICATIVITÉ DES OUTLIERS

On retrouve un outlier dans le score d'anxiété que nous avons imputé par la moyenne.

B. NORMALITÉ DE LA DISTRIBUTION

La distribution des variables quantitatives est normale sauf pour le nombre de gardes, l'indice de satisfaction, le temps de transport, le nombre de repas sautés et le niveau de dépression.

C. TEST DE CORRÉLATIONS (VARIABLES QUANTITATIVES) (ANNEXE 4)

Il existe un effet significatif positif de la **dépression** sur le **SCOFF** (Rho 0,390, $p=0,04$).

Les internes avec un taux de dépressivité élevé ont donc plus tendance à développer des TCA.

On retrouve un lien significatif positif entre le nombre de **repas sautés** et le niveau d'**anxiété** (Rho 0,419 $p=0,026$). Les internes anxieux seraient plus sujets à sauter des repas.

D. TEST D'INDÉPENDANCE DES VARIABLES QUALITATIVES (CHI2)

Lors de l'analyse des données du T4, **aucun lien** n'a été retrouvé entre les différentes variables qualitatives ($p>0,05$).

E. COMPARAISON DES MOYENNES ENTRE LES VARIABLES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

Il existe une différence significative de moyenne entre les internes **SCOFF $\oplus$** et **SCOFF $\ominus$** concernant le niveau de **dépression** ($p=0,045$)

Ce taux est en moyenne de 3,17 dans le groupe **SCOFF $\ominus$** et de 6 dans celui **SCOFF $\oplus$** .

Les internes avec un taux de dépressivité élevé semblent plus à risque de développer un TCA.

Principaux résultats à T4

Les internes avec un taux de dépressivité élevé ont plus tendance à développer des TCA.

Les internes sautent d'autant plus de repas qu'ils sont anxieux.

Le niveau de dépression est plus élevé dans le groupe **SCOFF $\oplus$** que **SCOFF $\ominus$** .

TEMPS T6

A. DÉTERMINATION DE LA SIGNIFICATIVITÉ DES OUTLIERS

On retrouve un outlier dans les réponses au taux de travail clinique, au score SCOFF, à l'échelle d'anxiété et à celle de la dépression. Ils ont été imputés par la moyenne pour ne pas fausser les analyses statistiques.

B. NORMALITÉ DE LA DISTRIBUTION

Seul le niveau d'anxiété, celui relatif à la charge administrative et le niveau de stress lié à la responsabilité médicale se distribuent normalement.

C. TEST DE CORRÉLATIONS (VARIABLES QUANTITATIVES) (ANNEXE 5)

Le test de corrélation met en évidence un lien significatif positif entre le nombre de **repas sautés** et le **score SCOFF** ($Rho=0,231$ $p=0,033$). Les internes sautant des repas ont donc plus de risque de développer des TCA.

L'analyse statistique met en évidence un **lien tendanciel** négatif entre le **score SCOFF** et le pourcentage de **travail clinique**, ainsi qu'un lien tendanciel positif entre le score SCOFF et le niveau de **stress** lié à la **responsabilité médicale**.

Le pourcentage de travail au contact des patients semble diminuer le nombre de repas sautés. En effet il existe un lien significatif négatif entre le **taux de travail clinique** et le **saut de repas** ($Rho=-0,221$ $p=0,042$).

On observe un lien significatif positif entre le **taux de travail clinique** et l'indice de **satisfaction** ($Rho=0,314$, $p=.003$), ainsi qu'un lien négatif entre ce taux de travail clinique et le niveau de **dépression** ($Rho=-0,230$ $p=0,035$).

Plus les internes travaillent auprès des malades, plus ils sont satisfaits de leur stage et plus leur niveau de dépression est faible.

Il existe enfin un lien significatif positif entre le nombre d'**heures travaillées** et l'importance du **travail administratif** ($Rho=0,258$, $p=.017$) ainsi qu'un lien positif entre le niveau de **satisfaction** des internes et la **durée de trajet** ($Rho=0,246$, $p=0.24$).

Bien que cela ne fasse pas partie des objectifs de l'étude, nous remarquons à nouveau un lien positif significatif entre le niveau d'anxiété d'une part et le niveau de dépression ($Rho=0,528$ $p=0,0000$), de stress lié à la responsabilité ($Rho=0,280$ $p=0,009$) et de stress lié à la charge de travail ($Rho=0,353$ $p=0,001$) d'autre part.

Mais aussi entre le niveau de dépression d'une part et le de stress lié à la charge de travail ($Rho=0,316$ $p=0,003$) et de stress lié à la responsabilité ($Rho=0,258$ $p=0,017$) d'autre part.

D. TEST D'INDÉPENDANCE DES VARIABLES QUALITATIVES (CHI2)

Il existe un lien significatif entre le **statut marital** des internes et l'**équilibre** de leurs **repas** ($p=0,020$).

En effet, on remarque que les internes en **couple** ont tendance à manger plus équilibré (71%) que ceux **célibataires**. (40%). Il n'y a en revanche pas de différence entre les couples vivants ensemble et ceux vivant séparément.

Il existe un lien significatif entre le fait de fait de **manger équilibré** et celui de **grignoter**. Les internes qui grignotent ont tendance à moins manger équilibré (62% vs 38%, $p<0,05$)

E. COMPARAISON DES MOYENNES ENTRE LES VARIABLES QUALITATIVES ET QUANTITATIVES

Pas de différence de score SCOFF selon type de stage, le fait de grignoter ou manger équilibré. Aucune différence entre les internes SCOFF $\oplus$ et SCOFF $\ominus$ pour n'importe quelle variable.

Principaux résultats à T6

Les internes en couple mangent plus équilibrés que ceux célibataires.

Plus les IMG sautent des repas et plus ils ont un score SCOFF élevé.

Les IMG sautent moins de repas lorsqu'ils passent plus de temps auprès des patients.

Plus les internes travaillent auprès des malades, plus ils sont satisfaits de leur stage et plus leur niveau de dépression est faible.

3. MODÈLE FINAL DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DU RISQUE DE DÉVELOPPER UN TCA SELON L'ÉCHELLE SCOFF

Il s'agit ici de rechercher le modèle de régression le mieux ajusté aux variables testées dans l'analyse bivariée. Pour cela, nous avons testé plusieurs variables jusqu'à obtenir le taux d'adéquation le proche de 1. Plus le taux d'adéquation se rapproche de 1, plus les variables intégrées dans le modèle influencent le SCOFF. La variable dichotomique est donc le test de dépistage SCOFF, avec pour facteur contrôle le sexe des internes.

En effet, nous avons vu précédemment que le fait d'être un homme ou une femme influe fortement sur le risque de développer un TCA.

A. T1

Les différents facteurs étudiés dans l'analyse sont le taux de travail administratif, le niveau d'anxiété et de dépression, le nombre de repas sautés et le stress lié à la charge de travail. Pour ce modèle de départ, on retrouve un taux d'adéquation de 0.976.

Cependant on ne peut isoler aucun facteur de risque avec ce modèle ($p > 0,05$).

Puis, nous cherchons quelles variables permettent d'obtenir un meilleur taux d'adéquation lorsqu'on les retire une par une. Autrement dit, nous cherchons quels facteurs influencent peu la variable principale SCOFF lorsqu'on les retire.

Le modèle associant le SCOFF, l'anxiété, le travail administratif et le stress de la charge de travail a une meilleure adéquation (0.978) et permet d'isoler le stress lié à la charge de travail comme facteur de risque.

Le modèle de régression le plus abouti est celui associant le SCOFF avec la charge administrative et le stress lié à la charge de travail, sous le contrôle du sexe (0,980).

Le facteur de risque retrouvé dans le modèle final est le stress lié à la charge de travail.

Ce dernier augmente de 1,17 le risque de développer un TCA.

Modèle final de régression logistique du risque de développer un TCA chez les IMG à T1 (n=91)

Variable	OR	IC 95%	p
Charge administrative	1,04	[0,9- 1,09]	0,10
Stress lié à la charge de travail	1,17	[1,01- 1,38]	0,04

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance ; p=degré de significativité

B. T4

Un premier modèle de régression a intégré le lieu de stage, le type de stage et d'hôpital. Ce modèle n'a cependant pas fonctionné.

Nous nous sommes alors tournés vers d'autres variables du modèle bivarié.

Les différents facteurs étudiés dans cette analyse sont ici le temps de transport, le niveau d'anxiété et de dépression.

Pour ce modèle de départ, on retrouve un taux d'adéquation de 0.982

Cependant on ne peut isoler aucun facteur de risque avec ce modèle ($p > 0,05$).

Le modèle associant le SCOFF, le temps de transport et le niveau de dépression a la meilleure adéquation (0.986).

Un temps de transport plus élevé réduirait le risque de développer un TCA (OR : 0,93 et $p = 0,03$).

Un score de dépression plus élevé entraînerait une majoration du risque de développer un TCA (OR : 2,29 et $p = 0,04$).

Il n'y a pas de multi colinéarité.

Modèle final de régression logistique du risque de développer un TCA chez les IMG à T4 (n=28)

Variable	OR	IC 95%	p
Temps de transport	0,93	[0,85- 0,98]	0,03
Niveau de dépressivité	2,29	[1,01- 2,38]	0,04

OR : odds ratio ; IC : intervalle de confiance ; p=degré de significativité

C. T6

Dans ce dernier modèle de régression logistique binomiale, aucune variable n'avait un degré de significativité p inférieur à 0,2.

Par conséquent aucune variable n'a pu intégrer le modèle à T6.

Ce modèle n'est donc pas significatif.

-V- DISCUSSION

1. ANALYSE DES RÉSULTATS PRINCIPAUX

A. QUESTIONNAIRE SCOFF

Notre étude retrouve un pourcentage d'IMG à risque de TCA entre 14,3 et 15,3%. Ces résultats sont globalement stables tout au long de l'internat. (Figure 1)

Ils sont similaires à ceux retrouvés dans la population générale. En effet les rares études utilisant le SCOFF comme outils de dépistage des TCA dans la population générale retrouvent des pourcentages allant de 7 à 15 %.

Nos résultats coïncident également avec ceux retrouvés de façon auto-déclarative dans les thèses de Pittaco et Thevenet (11,14) réalisées auprès d'internes en médecine générale (17,8 % et 22 %).

Concernant l'étude de Grigioni et al. et celle de Rouger, utilisant le SCOFF comme outil de dépistage dans la population étudiante française (28,30), les pourcentages retrouvés sont similaires, notamment chez les étudiants en médecine (19 %).

Nos pourcentages sont en revanche inférieurs à ceux retrouvés dans la thèse Intern'life Parisienne de Pauline Deswarte (25%). Ceci peut s'expliquer par des différences régionales entre l'Aquitaine et l'Île de France. Les trajets et moyens de transport utilisés ne sont pas les mêmes, l'anxiété véhiculée par une très grande ville comme Paris pouvant par ailleurs favoriser l'émergence de TCA. Il serait par ailleurs intéressant de comparer les conditions de travail des IMG entre ces deux régions. Cette disparité est retrouvée dans les résultats de la thèse Intern'life de Contau (80) sur le burnout en Aquitaine. La prévalence du burnout étant similaire à celle des études effectuées à Strasbourg, Nantes et Tours. Elle est en revanche inférieure aux études franciliennes. L'épuisement émotionnel allant de 9% (inter-région ouest) à 47% (Ile-de-France).

B. IMC

L'indice de masse corporelle moyen augmente entre le début (IMC=22,07) et le milieu de l'internat (IMC= 23,03) puis diminue lors du dernier semestre (IMC= 22,66). Aucun lien significatif avec les terrains de stage n'a permis d'expliquer cette variation.

Cette diminution de l'IMC en deuxième partie d'internat peut en revanche s'expliquer par une baisse du grignotage, une hausse du nombre d'internes effectuant un régime et des repas plus équilibrés.

C. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

Un des résultats les plus importants de notre étude est la corrélation entre l'anxiété et le niveau du score SCOFF.

Ce dernier est d'autant plus élevé que l'interne présente un niveau d'anxiété important.

On retrouve à T1 (six mois après le début de l'internat) un niveau moyen d'anxiété à l'échelle HADS de 6,6 dans le groupe SCOFF $\ominus$ et de 8,8, dans le groupe SCOFF $\oplus$.

Plusieurs études montrent que les troubles anxieux précèdent, le plus souvent, l'apparition de TCA (82). Il existe ensuite une période de contrôle de l'état anxieux grâce au trouble alimentaire qui s'installe. Puis le TCA va induire ou majorer cette anxiété.

L'interdiction de manger, confrontée à l'envie de le faire, pourrait être un facteur aggravant l'anxiété.

Un autre versant de l'échelle HADS est le dépistage d'un état dépressif. Il existe dans notre étude un lien significatif fort entre la dépression et les TCA à T1 et T4. Plus les internes ont un niveau de dépressivité important et plus ils ont tendance à développer des TCA. Le score de dépressivité à T4 est de 3,17 dans le groupe SCOFF $\ominus$ et de 6 dans celui SCOFF $\oplus$ ($p=0,045$). Cette interaction se retrouve dans la régression logistique effectuée à T4 (OR: 2,29 et $p=0,04$). Par ailleurs, cette tendance est retrouvée dans la littérature. Un état dépressif caractérisé est présent à 20-25% dans des populations présentant des TCA. Cela peut augmenter à 50% dans les populations ayant les TCA les plus sévères.

D. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Le pourcentage d'internes ayant des TCA varie très peu au cours de l'internat car il semble ne dépendre ni du type de stage, ni du semestre, ni du lieu d'exercice (CHU, périphérique, urbain, rural). En effet le score SCOFF varie surtout en fonction du niveau de stress lié à la charge de travail et celui-ci dépend du service et de la quantité de charge administrative à gérer. A T1, le stress lié à la charge de travail augmente significativement le risque de développer un TCA ($p=0,015$). Le niveau moyen de stress est de 14,7 (échelle

GMRSS) dans le groupe SCOFF $\ominus$ contre 18,4 dans le groupe SCOFF $\oplus$. Le modèle de régression logistique à T1 retrouve un OR de 1,17 ($p=0,04$). Ce lien est significatif aux trois temps de mesure.

Contrairement à ce qu'on pouvait évoquer comme hypothèse de départ, le stress lié à la responsabilité médicale n'influencerait pas le comportement alimentaire des internes.

Toujours à T1, il existe une différence significative de moyenne du taux de charge administrative en fonction du groupe SCOFF ($p=0,027$). La moyenne de charge administrative est de 28% dans le groupe SCOFF $\ominus$ contre 38% dans le groupe SCOFF $\oplus$.

Plus la charge de travail administrative est importante et plus l'interne risquerait donc de développer un TCA. Ceci est conforté par le modèle de régression final à T1, dans lequel la charge administrative permet d'avoir le modèle le plus solide lorsqu'elle est associée au stress lié à la charge de travail.

En revanche, le travail au contact du patient aurait tendance à diminuer le risque de développer un TCA.

L'anxiété, la dépression et le stress lié à la charge de travail augmentent par ailleurs le nombre de repas sautés par les internes au cours de la semaine. Ces repas sautés augmentant également le risque de développer un TCA ($p=0,033$), ceci pourrait être limité par une hausse du travail clinique qui entraîne une majoration de la satisfaction et une baisse de ces repas sautés.

Bien que le type de stage ne modifie pas le risque de développer un TCA, on retrouve que les internes travaillant en médecine adulte mangent plus équilibré que ceux en stage libre (59%vs 32%). Le nombre d'internes mangeant équilibré est également plus faible aux urgences (29%).

Si la hausse de la charge administrative entraîne une augmentation du nombre d'heures travaillées, le temps de travail et le nombre de gardes n'influent pas sur le score SCOFF.

En revanche, nous avons remarqué qu'un temps de transport plus élevé réduirait le risque de développer un TCA (OR : 0,93 et $p=0,03$). A première vue l'inverse eût été plus logique. Comment le fait de devoir se lever plus tôt et passer plus de temps dans les transports peut-il

diminuer ce risque ? Un temps de trajet plus élevé indique souvent un stage en périphérie et donc en milieu moins urbanisé. Cela nécessite une planification du quotidien et donc peut être moins de repas sautés. Ceci implique également moins d'embouteillages, donc un niveau de stress et d'anxiété moins élevé. En revanche les trajets courts sont souvent effectués en ville, au milieu d'un trafic intense, engendrant la peur d'être en retard. Cette anxiété pourrait favoriser ensuite des TCA.

Enfin le choix de travailler en périphérie permet peut-être à des étudiants de revenir dans leur région d'origine chez leurs parents et donc d'avoir un comportement alimentaire plus adapté.

Nous retrouvons d'ailleurs à T6 que les internes sont plus satisfaits de leur stage quand le trajet pour s'y rendre est important.

Il serait intéressant de mettre en place des entretiens avec ces étudiants afin de répondre à ces différentes hypothèses.

E. AUTRES RÉSULTATS

Concernant les caractéristiques sociales des internes, on peut remarquer que ceux en couple ont tendance à manger plus équilibré (71%) que ceux célibataires. (40%). Aucun lien n'a été retrouvé avec le risque ou non de développer un TCA.

Enfin, nous remarquons dans l'analyse descriptive des résultats (figure n°13) que le taux d'anxiété augmente en fin d'internat (51,8% d'internes ayant un état anxieux douteux ou certain contre 39,7% à T1 et 35,7% à T4). Ceci alors même que le nombre d'IMG ayant un SCOFF positif augmente de 14,3% à 15,3%. Notre étude ne permet cependant pas de relier ces résultats à un choix de stage particulier (stage en médecine générale pris en majorité à T6). Cette absence de lien entre TCA et stage en médecine générale est confortée par la baisse du taux de stress lié aux responsabilités à T6 (figure n°15).

Il semblerait que cette hausse d'anxiété et du risque de TCA soit plutôt liée aux obligations des IMG en fin d'étude, à savoir le mémoire de DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) puis la thèse.

Nous avons fait le choix de ne pas étudier les liens entre burnout et troubles du comportement alimentaire. En effet, le burnout est souvent la conséquence de sentiments et situations évoluant depuis une longue période. Chez les internes, il fait souvent suite à une

série d'éléments de vie étalés sur plusieurs semestres. Le risque aurait été d'attribuer à un terrain de stage une influence liée à un stage effectué précédemment.

De plus l'absence d'effet du burnout sur les TCA dans la thèse de Pauline Deswarte ainsi que l'absence d'étude comparative nous a amené à nous recentrer plutôt sur l'anxiété et la dépression.

2. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE

Le principal atout de cette étude réside dans son analyse portant sur l'ensemble de l'internat. Ainsi nous avons pu observer que l'influence de l'anxiété, de la dépression, de la charge administrative et du stress lié à la charge de travail n'était pas ponctuelle mais persistait dans le temps. De plus, le nombre important d'IMG ayant répondu à la totalité du questionnaire a permis d'obtenir 92 réponses complètes à T1 (45% de la promotion) et 86 à T6 (42%).

L'autre point fort est le protocole de l'étude. Le questionnaire avait déjà pu être testé auprès des internes parisiens avec de bons résultats. Les outils de mesures utilisés étaient validés et ont permis la réalisation de thèses sur les différents thèmes abordés dans l'étude Intern-life francilienne. Ce protocole a également permis la présentation de quatre thèses à Bordeaux.

Cette étude vient compléter la thèse sur les TCA de Pauline Deswarte mais cette dernière s'était concentrée sur la première année d'internat et sur les facteurs de risque propres aux internes. Notre travail est le premier à s'intéresser à l'environnement de travail des IMG comme facteur de risque de développer un TCA.

Notre étude a permis, avec les limites qu'elle comporte, de montrer que les internes ont plus tendance à développer des TCA lorsqu'ils travaillent dans un service où la charge administrative est accrue. A l'hôpital, cette charge de travail correspond notamment à l'ensemble des courriers de sortie que doivent dicter les internes après chaque départ de patient. Ne pouvant se faire aux dépens du temps passé au chevet des patients, ces courriers impliquent de prendre une pause plus courte pour déjeuner et de rester tard le soir après la contre-visite.

L'administratif concerne également les activités de secrétariat et les éléments à remplir pendant l'hospitalisation ainsi que les appels téléphoniques que cela entraîne (bon de radiologie, de transport, demande de SSR ou d'EHPAD, etc.).

En médecine libérale, ce travail administratif correspond principalement à la comptabilité et aux nombreux appels des patients pour remplir divers papiers.

Cette charge d'activité génère un stress chez les IMG qui pourrait entraîner la survenue de TCA. Ces derniers pourraient être un moyen de coping face à ces situations professionnelles.

En revanche, notre étude relève que plus les internes occupent leurs journées à exercer auprès du malade et plus ils sont satisfaits. D'après nos résultats, ce travail de clinicien contribuerait à diminuer l'anxiété et le niveau de dépression des internes.

Contrairement à ce que nous pouvions supposer, le stress lié à la responsabilité des internes n'est corrélé ni au risque de développer des TCA ni à une hausse d'anxiété ou dépression. Le manque d'encadrement des IMG n'augmenterait donc pas la prévalence des troubles psychiques.

Par ailleurs, nos résultats concernant l'anxiété et la dépression confortent l'idée véhiculée par les différentes études vues en introduction : il est primordial de mieux diagnostiquer et prendre en charge les internes anxieux ou présentant des symptômes dépressifs afin de limiter l'émergence d'autres troubles psychiques tels que les TCA.

Enfin, notre hypothèse de départ, selon laquelle certains terrains de stage sont plus à même d'engendrer des TCA chez les IMG, n'a pu être confirmée. Chaque service présente ses spécificités. Le temps de travail, la manière de gérer les patients et les dossiers peut varier entre deux services gérant la même spécialité médicale dans deux hôpitaux différents.

Le fait de travailler au CHU ne semble pas non plus aggraver le risque de développer des TCA. Malgré une charge de travail plus importante qu'en hôpital périphérique, les internes reçoivent souvent l'aide des externes pour effectuer les différentes tâches administratives et de secrétariat. Ce qui permettrait de réguler la survenue de ces troubles.

3. LIMITES DE L'ÉTUDE

Le questionnaire de notre étude, pilier du recueil des données et des nombreuses thèses qui en découlent, s'est avéré être un frein à l'obtention d'un nombre de répondants

suffisant au fil des semestres. Nous observons une diminution du nombre de participants au milieu de l'étude. Il se peut que seuls les plus motivés aient répondu, voire ceux qui se sentaient concernés par les TCA, entraînant un possible biais de sélection.

La longueur du questionnaire Intern-life a souvent été soulignée dans les commentaires des participants. Celle-ci est liée à l'utilisation d'échelles de référence (Gold standard), plus longues à s'acquitter. Beaucoup de questionnaires ont donc été abandonnés juste avant la fin et ont été retirés de l'analyse. Leur non prise en compte entraîne un potentiel biais dans les résultats de notre étude.

On remarque un déséquilibre d'effectif entre les groupes de stage à chaque semestre. Ceci est lié à la maquette de choix de stage des internes proposée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui oblige les internes à privilégier certains services en début, milieu ou fin d'internat. Le nombre d'IMG ayant un score SCOFF positif est faible. Surajouté à une division des stages en quatre groupes, les effectifs étaient parfois trop faibles pour obtenir des liens significatifs. Une étude avec de plus grands effectifs permettrait de vérifier l'absence de lien entre le terrain de stage et le risque de développer des TCA.

D'autre part, une analyse longitudinale ou une étude de cas unique (single case) répétée à chaque semestre aurait apporté plus de puissance à nos résultats. Le nombre d'IMG ayant répondu à trois temps de mesure ou plus était trop faible (7,8%).

Par ailleurs, il est licite de se demander si la faible présence d'IMG ayant un SCOFF positif serait liée à un biais de désirabilité sociale. Ce biais résulte de la volonté du répondant de se montrer sous un jour favorable (83,84).

On peut aussi évoquer un potentiel biais de passation du fait des mesures répétées tous les six mois avec quasiment le même questionnaire à chaque temps entraînant un apprentissage des réponses. Ce biais a été mis en évidence dans le travail de thèse de Bardou et Paultre (89). En effet, ils ont retrouvé que les scores de stress perçu avaient tendance à diminuer quand le nombre de passations augmentait alors que le score d'empathie cognitive avait tendance à augmenter avec les passations. On aurait pu envisager une alternance des questionnaires sur les différents temps de mesure pour diminuer l'effet de lassitude.

Il aurait été intéressant d'étudier les addictions à l'alcool et autres substances en parallèle des TCA afin d'analyser les moyens de coping des IMG à travers ces substances.

Cela n'a pu être étudié car les échelles de mesure étaient situées en fin de questionnaire et donc insuffisamment complétées.

Nous avons enfin été confrontés à certaines lacunes du questionnaire d'origine. Il était presque impossible de le modifier avant et pendant notre recueil de données aquitain. Ainsi, nous n'avons pu étudier les régions de travail car les villes de stage n'étaient pas précisées à T1. Ce qui nous aurait permis d'étayer nos résultats concernant les temps de transport. De plus, le questionnaire ne précisait pas explicitement le choix « stage chez le praticien » mais parlait de stage libre. Cependant il n'y a pas eu de répercussion sur les résultats puisque les données fournies par l'université de médecine de Bordeaux nous ont permis de retrouver des chiffres similaires entre stage libre et chez le praticien à chaque semestre.

4. PERSPECTIVES

La souffrance psychique des internes au travail n'est aujourd'hui plus à démontrer. Ce stress quotidien engendre une anxiété et des symptômes dépressifs pouvant favoriser le développement de troubles du comportement alimentaire. Il devient donc urgent de trouver des solutions pour prévenir ces troubles psychiques ou les prendre en charge le cas échéant.

Dans une étude publiée dans le JAMA en 2015 (85) suite aux suicides d'étudiants en médecine New-Yorkais, les auteurs recommandaient que chaque étudiant en médecine ait une sensibilisation sur la question des risques psycho-sociaux : prévalence dans la population médicale, reconnaissance des symptômes, conduite à tenir et notamment en cas d'erreur médicale. Elle inclurait également une formation à l'autogestion des situations de stress.

Il serait assez aisé d'introduire un programme d'éducation et d'échange sur la gestion du stress lors des cours des internes. Plusieurs intervenants essaient déjà d'aborder le sujet lors de ces cours mais ils ne font qu'effleurer le sujet et aucun programme concret n'est mis en place.

Hochberg et al. (86) se sont penchés sur la reconnaissance par les internes des signes de stress, dépression, burnout et addiction. Les internes de chirurgie inclus étaient 46.8% à avoir reconnu ces signes dans le questionnaire proposé. Il est étonnant de constater que ces jeunes médecins aient été si peu à reconnaître ces signes alors que la psychiatrie fait partie du tronc

commun pédagogique. Ces internes ont ensuite participé à un séminaire d'une heure organisé par un chirurgien. Ce séminaire comportait plusieurs approches éducatives tels que des extraits vidéos, des jeux de rôles avec mise en situation ainsi que des moments de réflexions sur des expériences personnelles. Après participation à ce séminaire de reconnaissance de ces signes, le taux de bonne réponse était de 89.7%. L'inclusion dans le programme pédagogique des internes de séminaires tels que ceux réalisés dans cette étude est une piste intéressante.

Pour faire face au burnout et au stress, l'accréditation Council for Graduate Medical Education (87) aux Etats-Unis avait réduit les horaires des internes et incorporé dans leur cursus un programme d'assistance et de management du stress (groupe balint, séminaires, recours à des professionnels de santé, groupes de soutien). A ce jour en France, aucun programme de ce type n'est prévu de manière nationale.

En décembre 2016, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) a publié un rapport sur l'importance du rôle du management dans la prise en charge des risques psychosociaux chez les personnels médicaux (88). Une des pistes d'amélioration est de rendre obligatoire l'étude du management dans la formation initiale et continue des médecins ; en particulier les jeunes praticiens seniors lors de leur prise de fonction (7). Trop nombreux sont les exemples d'internes épuisés psychologiquement et dont les médecins référents ne savent comment les aider. Cependant, cela ne saurait suffire car les médecins seniors sont souvent eux-mêmes débordés et ne trouvent donc pas le temps pour aider les internes.

L'étude réalisée par l'ISNI en 2017 (7) montre que les temps d'échanges dans le service sont un facteur protecteur des risques psycho-sociaux. Il est essentiel de pouvoir mettre en place des temps d'échanges réguliers pour les jeunes médecins avec un professionnel qualifié dans la relation médecin-patient. De plus, dans l'étude du JAMA citée précédemment les auteurs insistent sur la nécessité de mettre en place des temps d'échanges spécifiques au décours d'un événement comme la mort inattendue d'un patient.

La faculté de médecine pourrait ainsi imposer dans chaque service des temps d'échange entre les internes et les médecins seniors. Ces temps de discussion seraient exclusivement dédiés à l'écoute du ressenti des internes, de leurs problèmes et de leurs attentes concernant l'encadrement de leur travail. Une date de réunion à deux et quatre mois de stage pourrait être fixée au début de chaque semestre afin de faciliter ces échanges.

Une des principales conclusions de notre étude est la nécessité de diminuer le stress des internes lié à la charge travail. Cela passe aussi par une réduction du nombre de gardes et d'heures travaillées. Le respect de la réglementation du temps de travail et le respect du repos de sécurité sont indispensables dans la prévention des risques psycho-sociaux. En effet, la fatigue est un facteur de risque retrouvé aussi bien dans l'anxiété que dans la dépression. Dans cette optique, il est nécessaire de renforcer les contrôles et les sanctions en cas de non-respect du temps de travail.

Selon l'enquête de l'ISNI (7) seuls 45,3% des jeunes et futurs médecins ont déjà vu un médecin du travail. Pourtant, il est le principal acteur de la prévention des risques psycho-sociaux aussi bien en termes de prévention primaire que de dépistage et de prise en charge d'une pathologie déjà installée. Il est important de rendre la visite d'aptitude en service de santé au travail obligatoire et systématique pour tous les jeunes médecins à chaque changement de statut (externe, interne, assistant). De plus, un suivi spécifique densifié devrait être instauré pour le cas des femmes médecins enceintes, notamment en vue d'adapter leur poste pendant leur grossesse.

L'état psychique de l'étudiant devrait être pris en compte avec possibilité d'aménagement du terrain de stage. Les plannings de garde et d'astreinte pour les professionnels en difficulté devraient être adaptés en lien avec les recommandations des médecins de santé au travail.

Le taux de travail administratif est source de stress et de troubles du comportement alimentaire chez les internes. L'externat, pilier de la formation médicale des internes, ne prévoit aucun moment d'apprentissage de ce travail. Les externes doivent apprendre à remplir les différents documents par eux-mêmes, source de nombreuses erreurs et donc de stress. La mauvaise préparation des externes à ces tâches pourrait être la conséquence directe du stress généré pendant l'internat par cette partie de leur métier. Il apparaît donc important de mettre en place des moments réservés à cette formation lors de leurs stages.

Enfin, il faut mettre en avant la réforme de l'internat des médecins généralistes mise en place depuis Novembre 2017. Celle-ci impose la réalisation du stage chez le médecin généraliste dès le premier semestre (réalisé plutôt au troisième ou quatrième semestre jusque là). Cette réforme permet aux internes de débiter leur formation par la découverte de leur futur profession. Les IMG pourront ainsi aborder leur cursus avec un encadrement plus adapté

grâce l'étroite relation qu'ils noueront avec leurs maîtres de stage. Ceci facilitera les échanges et diminuera l'anxiété provoquée par leur début de l'internat.

De plus, débiter leur formation par le stage en médecine générale va leur permettre d'acquérir rapidement les pré-requis nécessaires à leur travail hospitalier lors des prochains stages. En effet, la rédaction des ordonnances et autres formulaires en sera facilitée. Cette expérience de la médecine libérale sera également utile pour mieux cerner les éléments essentiels à faire figurer dans les courriers de sortie d'hospitalisation, leur faisant ainsi gagner un temps précieux dans le travail administratif quotidien. De plus, fort de l'expérience clinique acquise durant ce stage, les internes pourront aborder la prise en charge des patients hospitaliers plus sereinement.

Cette réforme des stages s'accompagne d'une évolution du système des cours de médecine générale à la faculté. L'accent est mis sur l'organisation d'échanges à la manière des groupes de pairs. Les IMG sont regroupés en petits effectifs, sous la supervision d'un enseignant. Plusieurs heures sont désormais consacrées à discuter sur les différentes situations rencontrées au travail, la manière de les appréhender et de les résoudre. Les IMG peuvent ainsi prendre la parole et aborder leurs difficultés. L'enseignant et les autres internes pouvant par la suite apporter des solutions concrètes. Il sera intéressant d'évaluer l'impact de ces échanges sur la prévalence et la prise en charge des troubles psychologiques détaillés dans notre travail.

-VI- CONCLUSION

Notre travail s'inscrit dans le vaste projet « Intern'life » dont l'objectif est d'étudier la santé des internes de médecine générale en Aquitaine.

L'analyse de ce que ressentent et expriment les internes peut aider à optimiser leur formation et la qualité de leurs pratiques.

Notre hypothèse principale était que les internes ont plus de risque de développer des TCA dans un environnement de stage stressant avec beaucoup de responsabilités.

Seul le stress lié à la charge de travail s'est révélé être un facteur de risque. Le stress engendré par la responsabilité médicale ne semble pas augmenter le risque de développer des TCA.

Nous remarquons également que ce risque ne varie ni en fonction de la spécialité médicale (médecine générale, urgence, pédiatrie, et) ni du type d'hôpital (CHU ou hôpital périphérique).

Les principaux facteurs de risque retrouvés, grâce aux analyses multivariées et aux régressions logistiques, sont le stress lié à la charge de travail, le taux de travail administratif tout comme le niveau de dépression et d'anxiété des internes.

Il faut donc s'intéresser aux rôles attribués dans chaque service aux internes, ainsi qu'aux autres troubles psychiques de ces individus, pour contrôler le risque de développer des TCA.

Ceci nous ramène aux études déjà réalisées sur les TCA et à un possible coping alimentaire des individus afin de réduire les troubles psychiques ressentis.

Le fait d'être en couple, de vivre en milieu moins urbanisé, de passer plus de temps à exercer auprès du patient et de prendre le temps de manger sont autant de facteurs qui seraient protecteurs.

La quantité de travail (nombre d'heures travaillées, nombre de gardes) n'interfère pas directement sur les TCA mais joue vraisemblablement un rôle dans la genèse des autres troubles psychiques.

Il faut toutefois rappeler que notre étude s'intéresse aux TCA, ne permettant pas de conclure quant à l'effet des terrains de stage sur les autres troubles psychiques.

De plus, devant la petite taille des échantillons et les éventuels biais, ces résultats sont à interpréter avec prudence et tendent à amener vers d'autres études.

Le groupe d'étude « Intern'life » a permis de développer de nombreuses thèses sur les troubles psychiques des internes de médecine générale. La réalisation d'une thèse synthétisant ces différents travaux serait intéressante afin de confronter et mutualiser les différents résultats.

D'autre part, notre étude se focalise sur le risque de développer des TCA à travers le questionnaire SCOFF. Une étude détaillant les caractéristiques de la boulimie, l'anorexie et l'hyperphagie incontrôlée chez les internes est nécessaire pour compléter les divers travaux sur le sujet.

Notre étude sur l'environnement professionnel des internes, à travers le risque de développer des TCA, doit permettre de renforcer le mouvement en faveur de l'amélioration des conditions de travail des internes. Cela passe aussi bien par une modification des pratiques en stage qu'en cours. Le maintien du goût du travail (diversification et partage des tâches, gestion du temps), la communication entre praticiens, l'amélioration des conditions de vie au travail ainsi qu'une sensibilisation sur la reconnaissance et la prise en charge des risques psycho-sociaux, sont des mesures prophylactiques nécessaires.

Vous trouverez ci-dessous des liens et contacts d'organismes et associations pouvant aider dans la prise en charge des troubles psycho-sociaux dans le milieu médical :

- **Bordeaux : SOS IBA 33 (Internes Bordelais et d'Aquitaine)** – sos.iba33@gmail.com
- **AAPML (Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux)** N° Indigo : 0826004580-<http://www.aapml.fr/>
- **APSS (Association pour les soins aux soignants)** : <http://www.apss-sante.org/>
- **MOTS (Médecin Organisation Travail Santé)** : N° : 0608 282 589-
<http://www.association-mots.org/>
- **SPS (Soins aux professionnels de santé)**: N° Vert : 0805 23 23 36 <http://www.asso-sps.fr/>

BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. (page consultée le 08/01/2018). La dépression en France (2005 – 2010), [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>
2. InVS. (page consultée le 08/01/2018). Santé travail : prévalence des troubles de santé mentale (2007), [en ligne] http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3595
3. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. [Burn out among French general practitioners]. Presse Médicale Paris Fr 1983. 2004 Dec 18;33(22):1569–74.)
4. Cohidon C, Rabet G, Caillet E, Imbernon E. Risque suicidaire et activité professionnelle. Rapport de l'Institut de veille sanitaire – 2010. http://www.invs.sante.fr/publications/2010/suicide_activite_professionnelle_france/rapport_suicide_activite_professionnelle_france.pdf
5. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2003
6. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 2016 Dec 6;316(21):2214–36.
7. ISNI 2017 : <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>
8. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. 2004. Presse Med 2004; 33: 1569-74
9. Galam E, Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, analyse et perspectives. Rapport pour la Commission prévention et santé publique de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. 2007
10. Mac Manus et al. Stress and burnout in doctors. The Lancet. Dec 2002 ; 360:1975-76
11. Pittaco. Les internes sont-ils en burn out? 2009.
12. Ernst M. Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg: prévalence et analyse d'entretiens. [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2009.
13. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
14. Thevenet. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'île de France et le Languedoc Roussillon. 2011.
15. Becker CB, DeViva JC, Zayfert C. Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice:: The importance of anxiety comorbidity assessment. Journal of Anxiety Disorders. 2004;18(3):255–74.
16. American Psychiatric Association. Feeding and eating disorders . DSM-5. 2013
17. Wilfley DE, Bishop ME, Wilson GT, Agras WS. Classification of eating disorders: toward DSM-V. Int J Eat Disord. nov 2007;40 Suppl:S123-9.

18. Birgegård A, Norring C, Clinton D. DSM-IV versus DSM-5: implementation of proposed DSM-5 criteria in a large naturalistic database. *Int J Eat Disord.* avr 2012;45(3):353-61.
19. Gualandi M, Simoni M, Manzato E, Scanelli G. Reassessment of patients with Eating Disorders after moving from DSM-IV towards DSM-5: a retrospective study in a clinical sample. *Eat Weight Disord.* 2016 Aug 29;
20. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res.* sept 2009;43(14):1125-32.
21. Ricciardelli LA, McCabe MP. A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychol Bull.* mars 2004;130(2):179-205.
22. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* mai 2013;73(9):904-14.
23. American College Health Association. American College Health Association - National College Health Assessment spring 2007 reference group data report (abridged). *J Am Coll Health J ACH.* avr 2008;56(5):469-79.
24. Body Image and Eating Disorders in Older Adults: A Review.
25. Mangweth-Matzek B, Rupp CI, Hausmann A, Assmayr K, Mariacher E, Kemmler G, et al. Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of elderly women. *Int J Eat Disord.* nov 2006;39(7):583-6.
26. Russell J, Gilbert M. Is tardive anorexia a discrete diagnostic entity? *Aust N Z J Psychiatry.* sept 1992;26(3):429-35.
27. Gasquet I, Côté S. Rapport INSERM 2005 , Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. 2005.
28. Grigioni S, Beaucreux M, Ladner J, Déchelotte P. P068 Perception du poids, modes de consommation et troubles du comportement alimentaire chez 1 744 étudiants de l'agglomération rouennaise. (French). *Nutr Clin Metab.* 2 nov 2007;21:78-9.
29. Grignon C, Gruel L, Eicher J.C, Lahire B, Cam P. Les conditions de vie des étudiants, enquête Observatoire national de la Vie Etudiante. Presses Universitaires de France (PUF). Paris; 2010.
30. Rouger F. Facteurs de risque de troubles du comportement alimentaire et addictions associées chez les étudiants en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2011.
31. Belghith F, Ferry O, Patros T, Tenret E. Les conditions de vie des étudiants, enquête Observatoire national de la Vie Etudiante. Presses Universitaires de France (PUF). Paris; 2016.
32. Hoffman DJ, Policastro P, Quick V, Lee S-K. Changes in body weight and fat mass of men and women in the first year of college: A study of the « freshman 15 ». *J Am Coll Health J ACH.* août 2006;55(1):41-5.

33. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc.* avr 2006;106(4):559-68.
34. Levine MP, Piran N. The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image.* janv 2004;1(1):57-70.
35. Engler PA, Crowther JH, Dalton G, Sanftner JL. Predicting Eating Disorder Group Membership: An Examination and Extension of the Sociocultural Model. *Behav Ther.* mars 2006;37(1):69-79.
36. Takimoto H, Yoshiike N, Kaneda F, Yoshita K. Thinness among young Japanese women. *Am J Public Health.* sept 2004;94(9):1592-5.
37. Liao Y, Knoesen NP, Castle DJ, Tang J, Deng Y, Bookun R, et al. Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. *Compr Psychiatry.* oct 2010;51(5):516-23.
38. Speranza M, Revah-Levy A, Giquel L, Loas G, Venisse J-L, Jeammet P, et al. An Investigation of Goodman's Addictive Disorder Criteria in Eating Disorders. *Eur Eat Disorders Rev.* 2012 mai;20(3):182-9.
39. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5de versie). Washington: American Psychiatric Association; 2013
40. Corcos M, Atger F, Jeammet P. Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. (French). *Ann Medico Psychol.* oct 2003;161(8):621.
41. Davis C, Claridge G. The eating disorders as addiction: a psychobiological perspective. *Addict Behav.* août 1998;23(4):463-75.
42. Folkman S, Lazarus RS, Pimley S, Novacek J. Age differences in stress and coping processes. *Psychol Aging.* juin 1987;2(2):171-84.
43. Connolly AM, Rieger E, Caterson I. Binge eating tendencies and anger coping: Investigating the confound of trait neuroticism in a non-clinical sample. *European Eating Disorders Review.* 2007 Nov;15(6):479-86.
44. Job V, Oertig D, Brandstätter V, Allemand M. Discrepancies Between Implicit and Explicit Motivation and Unhealthy Eating Behavior (English). *J Pers.* cover date 2010;78(4):1209-38.
45. Solomon MR. Eating as both coping and stressor in overweight control. *Journal of Advanced Nursing.* 2001 Nov 27;36(4):563-72.
46. Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: A retrospective grounded theory approach. *J Clin Nurs.* mai 2012;21(9-10):1355-63.
47. Overgaard D, Gyntelberg F, Heitmann BL. Psychological workload and body weight: is there an association? A review of the literature. *Occup Med Oxf Engl.* janv 2004;54(1):35-41.
48. Nishitani N, Sakakibara H. Relationship of obesity to job stress and eating behavior in male Japanese workers (English). *Int J Obes.* cover date 2006;30(3):528-33.

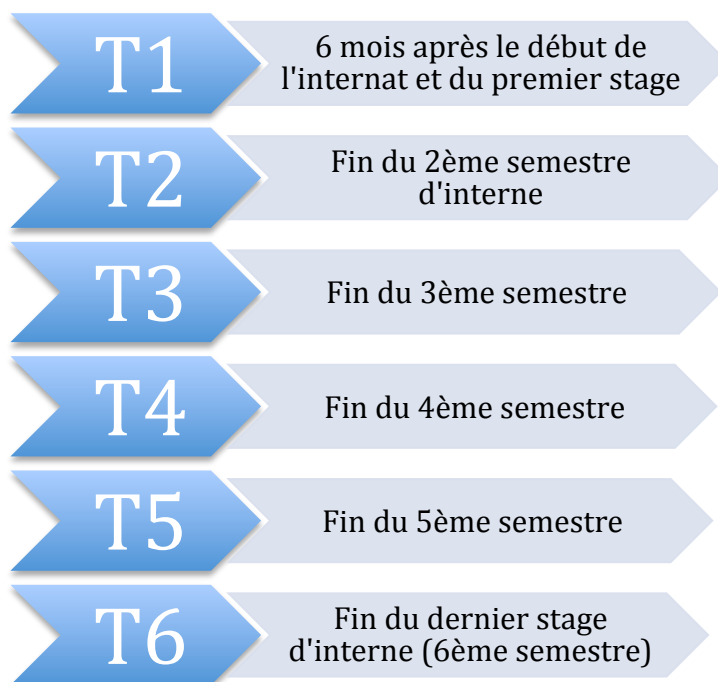
49. Nishitani N, Sakakibara H , Akiyama I . Eating Behavior Related to Obesity and Job Stress in Male Japanese Workers (english). Nutr Burbank Los Angel Cty Calif. cover date 2009;25(1):45-50.
50. Nevanperä N, Hopsu L, Kuosma E, Ukkola O, Uitti J, Laitinen J. Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. Am J Clin Nutr. avr 2012;95(4):934-43.
51. Payne L. Coping with the worry. Cabinet Mak. 20 janv 2006;(5472):19-20.
52. King KA, Vidourek R, Schwiebert M. Disordered eating and job stress among nurses. J Nurs Manag. nov 2009;17(7):861-9
53. Zapka JM, Lemon SC, Magner RP, Hale J. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. J Nurs Manag. nov 2009;17(7):853-60.
54. Gadbois, C. Travail posté et vie sociale. Recherches actuelles et perspectives. Le Travail Humain. 1990;97-101.
55. Rohmer O, Bonnefond A, Muzet A, Tassi P .Etude du rythme veille/sommeil, de l'activité motrice générale et du comportement alimentaire de travailleurs postés obèses : L'exemple des infirmières (French). Sleep-Wake Cycle Mot Act Eat Habits Obese Shift Work Case Study Nurses Engl. cover date 2004;67(4):359-76.
56. Van Amelsvoort LG, Schouten EG, Kok FJ. Duration of shiftwork related to body mass index and waist to hip ratio. Int J Obes Relat Metab Disord J Int Assoc Study Obes. sept 1999;23(9):973-8.
57. Tenkanen L, Sjöblom T, Härmä M. Joint effect of shift work and adverse life-style factors on the risk of coronary heart disease. Scand J Work Environ Health. oct 1998;24(5):351-7.
58. Bulletin National de Santé. Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement Ministère de la Santé et des Solidarités. 2005.
59. Herault J. Consommation de substances psychoactives des internes en médecine, enquête auprès des Facultés d'Angers et de Lyon [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2012.
60. Ferriter C, Ray LA. Binge eating and binge drinking: An integrative review. Eating Behaviors. 2011 avr;12(2):99–107
61. Newbury-Birch D, Walshaw D, Kamali F. Drink and drugs: from medical students to doctors. Drug Alcohol Depend. 1 nov 2001;64(3):265-70.
62. Bulletin National de Santé. Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement Ministère de la Santé et des Solidarités. 2010.
63. Bíró E, Balajti I, Adány R, Kósa K. Determinants of mental well-being in medical students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. févr 2010;45(2):253-8.
64. Cremière M. Stress chez les internes en médecine générale : Une étude qualitative [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2014.

65. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. = Validation of a French translation of the Maslach Burnout Inventory (MBI). Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement. 1994 avril;26(2):210–27.
66. Deswarte P. Evaluation du risque de développement des troubles du comportement alimentaire en première année d'internat de médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Paris V – René Descartes ; 2014.
67. Solmi F, Hatch SL, Hotopf M, Treasure J, Micali N. Validation of the SCOFF Questionnaire for eating disorders in a multiethnic general population sample. International Journal of Eating Disorders. 2015 avril;48(3):312–6.
68. Herzog et al. Substance use, eating behaviors, and social impairment of medical students. Journal of medical education . 1987.
69. Szweda S, Thorne P. The prevalence of eating disorders in female health care students. Occup Med (Lond). 2002 May 1;52(3):113–9.
70. Boujut E, Bruchon-Schweitzer M. Les troubles des comportements alimentaires chez des étudiants de première année : une étude prospective multigroupes. Psychologie Française. 2010 décembre;55(4):295–307.
71. OMS. (consulté le 08/01/2018). Obésité et surpoids, [en ligne] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
72. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. West J Med. 2000 Mar;172(3):164–5.
73. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. The World Journal of Biological Psychiatry. 2010;11(7–8):888–93.
74. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. = Validation of the French version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a population of hospitalized cancer patients. Revue de Psychologie Appliquée. 1989;39(4):295–307.
75. Villoing B. Construction d'un questionnaire d'évaluation du stress des internes en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [Paris, France]: Paris Descartes; 2014.
76. Farahangiz S, Mohebpour F, Salehi A. Assessment of Mental Health among Iranian Medical Students: A Cross-Sectional Study. Int J Health Sci (Qassim). 2016 Jan;10(1):49–55.
77. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annu Rev Psychol. 2001;52(1):397.
78. Maslach C, Leiter MP. Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel. Paris: Les Arènes; 2011.
79. Delbrouck M. Comment traiter le burn-out? De Boeck; 2013. (Oxalis)
80. Contau G. Burn out in French family resident and residency program: a longitudinal study. Bordeaux ;2016
81. Bouteiller M, Cordonnier D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2013.

82. Godart NT, Flament MF, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, et al. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Res.* 25 mars 2003;117(3):245-58.
83. Raphaëlle Butori, Béatrice Parguel. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, 2010, France. 2010.
84. Freitas D, Oliveira BM, Correia F, Pinhão S, Poínhos R. Eating behaviour among nutrition students and social desirability as a confounder. *Appetite.* 2017 Jun 1;113:187–92.
85. Goldman ML, Shah RN, Bernstein CA. Depression and suicide among physician trainees: recommendations for a national response. *JAMA Psychiatry.* 2015;72:411-412.
86. Hochberg MS, Berman RS, Kalet AL, Zabar SR, Gillespie C, Pachter HL. The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. *Am J Surg.* 2013;205(2):141-6.
87. Accreditation Council for Graduate Medical Education. (consultée le 08/01/2018). Juillet 2016, [en ligne] <http://www.acgme.org/What-We-Do/Initiatives/Physician-Well-Being/Education>
88. Inspection générale des affaires sociales.(consulté le 08/01/2018). Décembre 2016, [en ligne] http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf
89. Bardou J, Paultre U. Etude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine. 2015

ANNEXES

Annexe 1 : Chronologie du recueil de données



Annexe 2 : Flyer Intern'life recto

[INTERN'LIFE]
ou la face cachée des internes...

Une **étude** menée
par des } internes
sur les }
pour les }

CONTACTS ET INFOS :
@ etude.internlife.aquitaine@gmail.com
f Internlife Aquitaine
www.etude.intern-life.com

UNIVERSITÉ BORDEAUX SEGALEN

GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ

PARTICIPEZ ET GAGNEZ DES CADEAUX

Flyer Intern'life verso

[INTERN' LIFE]

ou la face cachée des internes...

Chers cointernes,

Cette étude est réalisée en association avec l'Institut de Psychologie et le Département de Médecine Générale. Il s'agit d'une étude originale, unique, réfléchie depuis plus d'un an. Pour la première fois en France, la vie des internes sera suivie de l'entrée à la sortie de l'internat.

Intérêt pour vous : VOUS CONNAÎTRE, VOUS DÉCOUVRIR, AMÉLIORER VOTRE FORMATION

Objectif de l'étude : connaître votre vécu sur les 3 années d'internat en répondant à des questionnaires semestriels.

Votre participation : Nous vous demandons de remplir un auto-questionnaire tous les six mois, entre chaque stage ce qui nous permettra d'apprécier votre expérience d'interne en médecine générale. Vous répondrez à ces questionnaires sur internet lors d'une période libre de votre choix : cela prend environ 20 minutes.

Confidentialité et anonymat : Les données récoltées sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude. Un numéro vous sera attribué et les données nominatives ne seront pas exploitées pour l'étude.

Volontariat : Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à tout moment.

Cette étude constitue pour nous un sujet de thèse de Médecine Générale.

Nous vous encourageons ainsi à répondre à ces questionnaires jusqu'à la fin de votre internat afin d'améliorer la validité de cette étude.

Compte-rendu des résultats : Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

L'équipe d'Intern'life

Annexe 3 : Tests de corrélations T1

		Corrélations														STRESSchar	STRESSresp
		SATIS	HT	GAR	WE	CLIN	ADM	TTRANS	SautRepas	IMC	SCOFFscore	Anxiété	Depression	getravail	onsibilité		
Rho de Spearman	SATIS	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	1,000	,036	,164	-,085	,289	-,196	-,129	-,178	-,190	-,185	-,203	-,398	-,187	-,084	
				,734	,121	,425	,006	,062	,224	,093	,072	,079	,054	,000	,076	,429	
	N		91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	
HT	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	,036	1,000	,161	-,435*	-,035	,193	,111	,157	-,059	-,063	,012	,012	,250	,022		
		,734	,121	,138	-,000	,739	,067	,293	,138	,578	,556	,912	,908	,017	,938		
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
GAR	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	,164	,161	1,000	-,207*	-,079	,400	-,136	-,073	-,177	,039	-,096	,019	-,004	-,161		
		,121	,128	,128	,048	,455	,703	,199	,492	,094	,716	,366	,856	,971	,128		
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
WE	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,085	-,435*	-,207*	1,000	-,015	-,039	,132	-,051	,166	,010	,060	-,029	-,133	,061		
		,425	,000	,048	-,088	,715	,213	,632	,115	,921	,572	,786	,209	,566			
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
CLIN	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	,289	-,035	-,079	-,015	1,000	-,780*	,042	-,214*	-,070	-,152	-,039	-,143	-,072			
		,006	,739	,455	,888	,000	,690	,042	,508	,149	,717	,176	,496	,498			
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
ADM	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,196	,193	,040	-,039	-,780*	1,000	,119	,196	-,016	,193	,243	,257	,219	,060		
		,062	,067	,703	,715	,000	-,262	,064	,880	,066	,020	,014	,037	,570			
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
TTRANS	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,129	,111	-,136	,132	,042	,119	1,000	,251	-,044	,043	,095	,166	,190	,203		
		,224	,293	,199	,213	,690	,262	-,017	,678	,683	,368	,116	,071	,054			
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
SautRepas	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,178	,157	-,073	-,051	-,214*	,196	,251	1,000	,004	-,012	,367*	,320*	,214*	,149		
		,093	,138	,492	,632	,042	,064	,017	,973	,913	,000	,000	,042	,162			
	N	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	
IMC	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,190	-,059	-,177	,166	-,070	-,016	-,044	,004	1,000	,077	,143	,116	,004	,136		
		,072	,578	,094	,115	,508	,880	,678	,973	-,467	,177	,272	,973	,199			
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
SCOFFscore	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,185	-,063	,039	,010	-,152	,193	,043	-,012	,077	1,000	,229*	,240	,221	,144		
		,079	,556	,716	,921	,149	,066	,683	,913	,467	-,029	,022	,035	,174			
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
Anxiété	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,203	,012	-,096	,060	-,039	,243	,095	,367*	,143	,229	1,000	,608	,483	,395*		
		,054	,912	,366	,572	,717	,020	,368	,000	,177	,029	-,000	,000	,000	,000		
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
Depression	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,398	,012	,019	-,029	-,143	,257	,166	,320*	,116	,240	,608	1,000	,527	,278*		
		,000	,908	,856	,786	,176	,014	,116	,002	,272	,022	,000	,000	,008			
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
STRESScharge travail	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,167	,250	-,004	-,133	-,072	,217	,189	,214	,004	,221	,483*	,527*	1,000	,476*		
		,076	,017	,971	-,209	,496	,039	,071	,042	,973	,035	,000	,000	,000	,000		
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
STRESSresponsabilité	Coefficient de corrélation Sig. (bilatérale)	-,084	,022	-,161	,061	,072	,060	,203	,149	,136	,144	,395*	-,278*	,476*	1,000		
		,429	,833	,128	,566	,498	,570	,054	,162	,199	,174	,000	,008	,000	,000		
	N	91	91	91	91	91	91	91	91	90	91	91	91	91	91	91	
** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).																	
* La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).																	

Annexe 4 : Test de corrélations T4

Corrélation de Pearson

Corrélations															
		SATIS	HT	GAR	WE	CLIN	ADM	TTRANS	SauRepas	IMC	SCOFFscore	Anxiété	Depression	STRESSchargetravail	STRESSresponsabilité
SATIS	Corrélation de Pearson	1	.205		.136	.395	-.113	-.623	-.152	.273	.285	-.137	-.317	-.319	.235
	Sig. (bilatérale)		.295	.025	.490	.037	.567	.000	.441	.160	.141	.487	.100	.098	.228
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
HT	Corrélation de Pearson	.205	1	.397	-.538	-.027	.467	-.241	.160	-.043	-.282	.031	-.339	.324	.485
	Sig. (bilatérale)	.295		.037	.003	.892	.012	.218	.415	.830	.146	.877	.077	.092	.008
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
GAR	Corrélation de Pearson	-.422	.397	1	-.741	-.250	.325	.169	.286	.111	-.254	.125	-.023	.372	.106
	Sig. (bilatérale)	.025	.037		.000	.199	.092	.389	.140	.572	.192	.526	.908	.051	.591
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
WE	Corrélation de Pearson	.136	-.538	-.741	1	.231	-.528	.129	-.270	-.176	.082	-.020	.270	-.366	-.155
	Sig. (bilatérale)	.490	.003	.000		.238	.004	.514	.165	.370	.678	.919	.164	.056	.432
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
CLIN	Corrélation de Pearson	.395	-.027	-.250	.231	1	-.632	-.223	-.005	.045	-.082	-.097	-.133	-.274	-.018
	Sig. (bilatérale)	.037	.892	.199	.238		.000	.253	.981	.820	.679	.623	.498	.159	.925
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
ADM	Corrélation de Pearson	-.113	.467	.325	-.528	-.632	1	-.040	.024	-.163	-.069	.018	-.335	.261	.185
	Sig. (bilatérale)	.567	.012	.082	.004	.000		.840	.902	.408	.728	.926	.081	.179	.340
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
TTRANS	Corrélation de Pearson	-.623	-.241	.169	.129	-.223	-.040	1	.091	-.352	-.268	.070	.372	.340	-.013
	Sig. (bilatérale)	.000	.218	.389	.514	.253	.840		.647	.066	.169	.724	.051	.076	.931
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
SauRepas	Corrélation de Pearson	-.152	.160	.286	-.270	-.005	.024	.091	1	.239	-.011	.371	.406	.095	.174
	Sig. (bilatérale)	.441	.415	.140	.165	.981	.902	.647		.222	.957	.052	.032	.632	.376
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
IMC	Corrélation de Pearson	.273	-.043	.111	-.176	.045	-.163	-.352	.239	1	.119	-.169	.047	-.267	.007
	Sig. (bilatérale)	.160	.830	.572	.370	.820	.408	.066	.222		.545	.389	.811	.169	.978
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
SCOFFscore	Corrélation de Pearson	.285	-.282	-.254	.082	-.082	-.069	-.268	-.011	.119	1	.248	.390	.033	-.134
	Sig. (bilatérale)	.141	.146	.192	.678	.679	.728	.169	.957	.545		.204	.040	.866	.496
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Anxiété	Corrélation de Pearson	-.137	.031	.125	-.020	-.087	.018	.070	.371	-.169	.248	1	.419	.276	.432
	Sig. (bilatérale)	.487	.877	.526	.919	.623	.926	.724	.052	.389	.204		.027	.155	.022
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
Depression	Corrélation de Pearson	-.317	-.339	-.023	.270	-.133	-.335	.372	.406	.047	.390	.419	1	.198	-.048
	Sig. (bilatérale)	.100	.077	.908	.164	.498	.081	.051	.032	.811	.040	.027		.313	.809
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
STRESSchargetravail	Corrélation de Pearson	-.319	.324	.372	-.366	-.274	.261	.340	.095	-.267	.033	.276	.198	1	.446
	Sig. (bilatérale)	.098	.092	.051	.056	.159	.179	.076	.632	.169	.866	.155	.313		.016
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
STRESSresponsabilité	Corrélation de Pearson	.235	.485	.106	-.155	-.019	.185	-.017	.174	.007	-.134	.432	-.048	.446	1
	Sig. (bilatérale)	.228	.009	.591	.432	.925	.346	.931	.376	.970	.496	.022	.809	.018	
	N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).															
** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).															

Corrélation de Spearman

		Corrélations																	
		SATIS	HT	GAR	WE	CLIN	ADM	TTRANS	SautRepas	IMC	SCOFFscore	Anxiété	Depression	STRESSchargetravail	STRESSresponsabilité				
Rho de Spearman	SATIS	Coefficient de corrélation	1,000	,078	-,312	,060	,352	-,099	-,433	-,189	,307	,333	-,211	-,116	-,344	,007			
		Sig. (bilatérale)	.	,694	,106	,762	,066	,615	,021	,336	,112	,083	,280	,557	,073	,973			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	HT	Coefficient de corrélation	,078	1,000	,462	-,598	-,056	,460	-,240	,140	-,068	-,288	-,007	-,244	,337	,456			
		Sig. (bilatérale)	,694	.	,013	,001	,777	,014	,218	,476	,731	,137	,970	,210	,080	,015			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	GAR	Coefficient de corrélation	-,312	,462	1,000	-,729	-,283	,338	,059	,251	,046	-,204	,123	,028	,344	,099			
		Sig. (bilatérale)	,106	,013	.	,000	,145	,078	,767	,197	,815	,297	,533	,889	,073	,615			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	WE	Coefficient de corrélation	,060	-,598	-,729	1,000	,253	-,544	,249	-,250	-,199	,025	,023	,277	-,272	-,141			
		Sig. (bilatérale)	,762	,001	,000	.	,193	,003	,201	,200	,310	,899	,909	,153	,161	,474			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	CLIN	Coefficient de corrélation	,352	-,056	-,283	,253	1,000	-,679	-,131	-,030	,091	-,111	-,109	,011	-,203	-,010			
		Sig. (bilatérale)	,066	,777	,145	,193	.	,000	,507	,880	,645	,574	,581	,958	,301	,959			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	ADM	Coefficient de corrélation	-,099	,460	,338	-,544	-,679	1,000	-,068	,059	-,141	-,039	-,020	-,320	,218	,162			
		Sig. (bilatérale)	,615	,014	,078	,003	,000	.	,730	,764	,474	,844	,921	,097	,265	,409			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	TTRANS	Coefficient de corrélation	-,433	-,240	,059	,249	-,131	-,068	1,000	,183	-,205	-,311	,144	,287	,336	,150			
		Sig. (bilatérale)	,021	,218	,767	,201	,507	,730	.	,350	,296	,107	,464	,139	,081	,445			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	SautRepas	Coefficient de corrélation	-,189	,140	,251	-,250	-,030	,059	,183	1,000	,277	-,020	,419	,303	,140	,256			
		Sig. (bilatérale)	,336	,476	,197	,200	,880	,764	,350	.	,154	,918	,026	,117	,478	,188			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	IMC	Coefficient de corrélation	,307	-,068	,046	-,199	,091	-,141	-,205	,277	1,000	,063	-,153	,079	-,238	-,025			
		Sig. (bilatérale)	,112	,731	,815	,310	,645	,474	,296	,154	.	,751	,438	,691	,222	,901			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	SCOFFscore	Coefficient de corrélation	,333	-,288	-,204	,025	-,111	-,039	-,311	-,020	,063	1,000	,162	,343	-,017	-,150			
		Sig. (bilatérale)	,083	,137	,297	,899	,574	,844	,107	,918	,751	.	,411	,074	,930	,447			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	Anxiété	Coefficient de corrélation	-,211	-,007	,123	,023	-,109	-,020	,144	,419	-,153	,162	1,000	,397	,278	,425			
		Sig. (bilatérale)	,280	,970	,533	,909	,581	,921	,464	,026	,438	,411	.	,036	,152	,024			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	Depression	Coefficient de corrélation	-,116	-,244	,028	,277	,011	-,320	,287	,303	,079	,343	,397	1,000	,224	,146			
		Sig. (bilatérale)	,557	,210	,889	,153	,958	,097	,139	,117	,691	,074	,036	.	,252	,459			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	STRESSchargetravail	Coefficient de corrélation	-,344	,337	,344	-,272	-,203	,218	,336	,140	-,238	-,017	,278	,224	1,000	,455			
		Sig. (bilatérale)	,073	,080	,073	,161	,301	,265	,081	,478	,222	,930	,152	,252	.	,015			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			
	STRESSresponsabilité	Coefficient de corrélation	,007	,456	,099	-,141	-,010	,162	,150	,256	-,025	-,150	,425	,146	,455	1,000			
		Sig. (bilatérale)	,973	,015	,615	,474	,959	,409	,445	,188	,901	,447	,024	,459	,015	.			
		N	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28			

*. La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Annexe 5 : Test de corrélations T6

		Corrélations																	
		SATIS	HT	GAR	WE	CLIN	ADM	TTRANS	SautRepas	IMC	SCOFFscore	Anxiété	Depression	STRESSchargetravail	STRESSresponsabilité				
Rho de Spearman	SATIS	Coefficient de corrélation	1,000	-,086	-,101	,133	,314**	-,185	,246*	-,155	-,113	-,035	-,167	-,206	-,026	-,003			
		Sig. (bilatérale)	.	,435	,359	,226	,003	,090	,024	,158	,304	,747	,128	,059	,810	,938			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
HT	Coefficient de corrélation	-,086	1,000	,757**	-,715**	-,289**	,256*	,157	-,151	,174	,177	,093	,333*	-,086					
		Sig. (bilatérale)	,435	.	,000	,000	,007	,017	,018	,153	,167	,111	,105	,400	,002	,432			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
GAR	Coefficient de corrélation	-,101	,757**	1,000	-,720**	-,321**	,194	-,179	,198	-,123	,076	,098	-,054	,185	-,053				
		Sig. (bilatérale)	,359	,000	.	,000	,003	,076	,101	,070	,263	,489	,372	,621	,090	,631			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
WE	Coefficient de corrélation	,133	-,715**	-,720**	1,000	,301**	-,194	,207	-,200	,094	-,166	-,159	-,086	-,321**	,002				
		Sig. (bilatérale)	,226	,000	,000	.	,005	,075	,057	,066	,393	,130	,147	,434	,003	,986			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
CLIN	Coefficient de corrélation	,314**	-,289**	-,321**	,301**	1,000	-,745**	,197	-,221*	-,057	-,196	-,105	-,230*	-,090	,061				
		Sig. (bilatérale)	,003	,007	,003	,005	.	,000	,071	,042	,605	,072	,337	,035	,414	,578			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
ADM	Coefficient de corrélation	-,185	,258	,194	-,194	-,745**	1,000	-,222*	,183	,009	,148	,051	,170	,050	-,060				
		Sig. (bilatérale)	,090	,017	,076	,075	,000	.	,041	,093	,938	,175	,640	,120	,652	,587			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
TTRANS	Coefficient de corrélation	,246*	-,255*	-,179	,207	,197	-,222*	1,000	-,183	-,063	-,144	-,061	,006	,008	-,001				
		Sig. (bilatérale)	,024	,018	,101	,057	,071	,041	.	,094	,570	,189	,579	,958	,942	,992			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
SautRepas	Coefficient de corrélation	-,155	,157	,198	-,200	-,221*	,183	-,183	1,000	-,058	,231*	,090	,114	,148	,140				
		Sig. (bilatérale)	,158	,153	,070	,066	,042	,093	,094	.	,596	,033	,415	,298	,176	,201			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
IMC	Coefficient de corrélation	-,113	-,151	-,123	,094	-,057	,009	-,063	-,058	1,000	,118	-,059	,138	-,167	,019				
		Sig. (bilatérale)	,304	,167	,263	,393	,605	,938	,570	,596	.	,281	,590	,207	,128	,862			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
SCOFFscore	Coefficient de corrélation	-,035	,174	,076	-,166	-,196	,148	-,144	,231*	,118	1,000	,130	,071	,177	,167				
		Sig. (bilatérale)	,747	,111	,489	,130	,072	,175	,189	,033	,281	.	,237	,517	,105	,087			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
Anxiété	Coefficient de corrélation	-,167	,177	,098	-,159	-,105	,051	-,061	,090	-,059	,130	1,000	,528*	,353*	,280*				
		Sig. (bilatérale)	,128	,105	,372	,147	,337	,640	,579	,415	,590	,237	.	,000	,001	,000			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
Depression	Coefficient de corrélation	-,206	,093	-,054	-,086	-,230*	,170	,006	,114	,138	,071	,528*	1,000	,316*	,258*				
		Sig. (bilatérale)	,059	,400	,621	,434	,035	,120	,958	,298	,207	,517	,000	.	,003	,019			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
STRESSchargetravail	Coefficient de corrélation	-,026	,333*	,185	-,321**	-,090	,050	,008	,140	-,167	,177	,353*	,316*	1,000	,524*				
		Sig. (bilatérale)	,810	,002	,090	,003	,414	,652	,942	,176	,128	,105	,001	,003	.	,000			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
STRESSresponsabilité	Coefficient de corrélation	-,009	-,086	-,053	,002	,061	-,060	-,001	,140	,019	,197	,280*	,258*	,524*	1,000				
		Sig. (bilatérale)	,938	,432	,631	,986	,578	,587	,992	,201	,862	,097	,009	,017	,000	.			
		N	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85		
** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).																			

Annexe 6 : Questionnaire Etude Etude Intern-Life Bordeaux T4

Chers co-internes,

comme à chaque nouveau stage, nous avons besoin de vous pour répondre de nouveau à nos questions et ainsi pouvoir observer comment vous évoluez au fil du temps. Vous avez été nombreux à intégrer cette étude, il faut donc poursuivre !

Nous vous remercions donc infiniment de votre participation, n'hésitez pas à parler de cette étude aux autres internes de votre promotion !

Pour rappel, il y a toujours des **cadeaux** à gagner à la fin du questionnaire !!!

Voici la suite de l'étude Intern'Life menée par des internes, sur les internes et pour les internes. Nous la réalisons en association avec le Département de Psychologie et le Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Objectif de l'étude

Connaître votre vécu pendant vos années d'internat.

Intérêt pour vous

Vous connaître, participer à une étude d'envergure, améliorer votre formation et votre bien-être.

Votre participation

Vous répondrez à un questionnaire sur internet lors d'une période libre de votre choix: cela prend environ **20 minutes**. Nous vous rappelons qu'il est tout à fait possible **de le faire en plusieurs fois en cliquant sur "enregistrer les réponses et reprendre plus tard"**.

Confidentialité et anonymat

Cette recherche est confidentielle et anonyme : toutes vos réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude, et ne seront ni montrées ni dites à quiconque. Un numéro d'étude (code qui comprendra votre date de naissance et les trois premières lettres du prénom de votre mère) vous sera attribué et la partie nominative nécessaire à la gestion de l'étude ne sera pas saisie lors de l'informatisation des données. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet d'une publication ou d'une communication scientifique, mais votre anonymat sera bien entendu respecté. Tous les documents et les données en lien avec cette

recherche seront conservés, pour une période de cinq ans après la fin de l'étude, par les responsables de l'étude dans une armoire de leur bureau fermée à clé à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, puis seront détruits.

Volontariat

Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à n'importe quel moment, et cela sans donner de raison.

Compte-rendu des résultats

Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

Indépendamment de vos réponses, sachez qu'il existe une association professionnelle pour les médecins libéraux, numéro non surtaxé 7j/7 24h/24: 08 26 00 45 80.

Il y a 65 questions dans ce questionnaire

Sociodemo

1 Quelles sont les 3 premières lettres du prénom de votre mère? *

Veillez écrire votre réponse ici :

2 Date d'aujourd'hui: *

Veillez entrer une date :

3 Dans quelle ville avez-vous effectué votre dernier stage ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

4 Numéro de votre département: *

Veillez écrire votre réponse ici :

.

5 Sexe: *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Homme
- ☐ Femme

6 Age: *

Veillez écrire votre réponse ici :

- ans

7 Quel est votre jour de naissance? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ 11
- ☐ 12
- ☐ 13
- ☐ 14
- ☐ 15
- ☐ 16
- ☐ 17
- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ 21
- ☐ 22
- ☐ 23
- ☐ 24
- ☐ 25
- ☐ 26
- ☐ 27
- ☐ 28
- ☐ 29
- ☐ 30
- ☐ 31

ex: si vous êtes né(e) un 22 juillet, indiquez "22"

8 Statut marital actuel: *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Célibataire
- ☐ En couple et vivant ensemble
- ☐ En couple mais vivant séparément
- ☐ Divorcé(e)

9 Quelle est ou a été la profession principale de vos parents?

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- Père :
- Mère :

10 A combien de personnes proches (amis proches ou membre de votre famille) parlez vous habituellement par semaine? *

Veillez écrire votre réponse ici :

•

11 En moyenne, à quelle fréquence... *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Plusieurs fois semaine	Une par fois semaine	Une deux fois par mois	à Une fois par trimestre	Jamais
...pratiquez vous une activité sportive ?	☐	☐	☐	☐	☐
...allez vous au restaurant ou dans des bars ?	☐	☐	☐	☐	☐
...allez-vous au cinéma / théâtre / dans des concerts ?	☐	☐	☐	☐	☐

12 Avez-vous vécu un événement grave de votre vie privée au cours de ce stage ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui

- ☐ Non

13 Concernant votre travail:

Dans quel stage êtes-vous actuellement? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Urgences
- ☐ Pédiatrie Gynécologie
- ☐ Médecine adulte
- ☐ Stage libre

14 Etes-vous en CHU ou hors CHU ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ En CHU
- ☐ Hors-CHU

15 Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à ce stage sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 10 (tout à fait satisfait) ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1 : Pas du tout satisfait
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 : Tout à fait satisfait

16 Au cours de ce semestre, quel a été... *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- Le nombre d'heures travaillées par semaine (gardes incluses) :
- Le nombre de gardes effectuées par mois :
- Le nombre de WE libres par mois :
- Le nombre de semaine(s) de vacances durant ce semestre :

17 Avez-vous eu les congés que vous désiriez durant ce semestre? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

18 Quelles ont été les parts en pourcentage de:

La somme doit être égale à 100

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- Clinique
- Administrative
- Autres

19 Combien de temps avez-vous passé dans les transports chaque jour ? *

Veillez écrire votre réponse ici :

- minutes

20 Avez-vous assisté ou participé à des faits qui heurtaient votre conscience professionnelle ou personnelle ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

21 Avez-vous été agressé(e) physiquement / moralement ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

22 Avez-vous subi du harcèlement moral ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

23 Si oui, de la part de:

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ équipe soignante
- ☐ hiérarchie
- ☐ patient

24 Avez-vous subi du harcèlement sexuel ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

25 Si oui, de la part de:

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ équipe soignante
- ☐ hiérarchie
- ☐ patient

26 En général, durant ce semestre, classez vos priorités pendant les consultations: *

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 4

- Satisfaire et écouter le patient
- Trouver les bons diagnostics et traitement
- Etre efficace dans un temps imparti
- Assurer votre bien-être et vous protéger

27 Concernant votre alimentation

Durant votre vie, avez-vous suivi un régime? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

28 Si oui, combien de fois? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 ou plus

29 Durant ce semestre, avez-vous suivi un régime ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

30 Si oui, combien de fois? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 ou plus

31 Pensez-vous manger équilibré ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

32 Combien de fois par semaine sautez-vous des repas ?

Veillez écrire votre réponse ici :

- fois par semaine

33 Grignotez-vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

34 Taille : *

Veillez écrire votre réponse ici :

- cm

35 Poids : *

Veillez écrire votre réponse ici :

- kg

SCOFF

36 Au cours de votre vie : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien “l'estomac plein”?	☐	☐
Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?	☐	☐
Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?	☐	☐
Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous trouvent trop mince?	☐	☐
Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?	☐	☐

FORMATION

37 Concernant votre formation: *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
La formation « informelle » à l'hôpital (visites, discussions de couloir, staffs...) est prédominante par rapport à mes cours « officiels » pour ma future pratique	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan bio-médical	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai rencontré des médecins qui sont des	☐	☐	☐	☐	☐

Jamais Rarement Parfois Souvent **Très
souvent**

modèles positifs sur le plan humain

J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan bio-médical ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan humain ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

J'ai été encouragé(e) pendant mon cursus par mes collègues ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

J'ai reçu une formation spécifique sur la relation médecin-malade ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

38 Concernant votre formation spécifique sur la relation médecin-malade, sous quelle forme était-ce ? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Cours théoriques
- ☐ Jeux de rôles
- ☐ Groupes d'échanges (balint ou autre)
- ☐ Séniorisation
- ☐ Autre

39 Cet enseignement était : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Facultatif
- ☐ Obligatoire

SWLS

40 Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou désaccord. Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en cochant la proposition appropriée à votre état des 3 derniers mois à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses.

* Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Fortement désaccord	En désaccor d	Légèremen t en désaccord	Ni désaccor d ni en accord	en Légèremen t en accord	En accor d	Fortemen t en accord
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mes conditions de vie sont excellentes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis satisfait(e) de ma vie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si je pouvais recommence r ma vie, je n'y changerais presque rien.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

JSPE

41 Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être depuis les 3 derniers mois selon l'échelle suivante:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical, ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.							
Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	☐		☐	☐	☐	☐	☐
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	☐		☐	☐	☐	☐	☐

HAD

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

42 Je me sens tendu(e) ou énervé(e). *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ La plupart du temps
- ☐ Souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Jamais

43 Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, tout autant qu'avant
- ☐ Pas autant
- ☐ Un peu seulement
- ☐ Presque plus

44 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, très nettement
- ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
- ☐ Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- ☐ Pas du tout

45 Je ris et vois le bon côté des choses. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Autant que par le passé
- ☐ Plus rarement qu'avant
- ☐ Vraiment moins qu'avant
- ☐ Plus du tout

46 Je me fais du souci. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Très occasionnellement

47 Je suis de bonne humeur. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement
- ☐ Assez souvent
- ☐ La plupart du temps

48 Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e). *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, quoi qu'il arrive
- ☐ Oui, en général
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

49 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Jamais

50 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

51 Je ne m'intéresse plus à mon apparence. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

52 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui, c'est tout à fait vrai
- ☐ Un peu
- ☐ Pas tellement
- ☐ Pas du tout

53 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Autant qu'avant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

54 J'éprouve des sensations soudaines de panique. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

55 Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de télévision. *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

QCAE

56 Les personnes éprouvent des sentiments différents selon les situations. Dans ce qui suit, plusieurs traits de caractère vous seront présentés qui pourront plus ou moins vous correspondre. Lisez chacune de ces caractéristiques et indiquez à quel point vous êtes en accord ou en

désaccord avec la proposition en cochant la case correspondante.
(Répondez rapidement et avec sincérité) *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne. ☐	☐	☐	☐	☐
D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans. ☐	☐	☐	☐	☐
En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision. ☐	☐	☐	☐	☐
Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue. ☐	☐	☐	☐	☐
Quand je suis peiné(e) par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place. ☐	☐	☐	☐	☐
Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place. ☐	☐	☐	☐	☐
Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis. ☐	☐	☐	☐	☐
J'ai tendance à devenir nerveux(se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux. ☐	☐	☐	☐	☐
Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur. ☐	☐	☐	☐	☐
Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié ☐	☐	☐	☐	☐
Je deviens profondément impliqué(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman. ☐	☐	☐	☐	☐
Je suis très contrarié(e) quand je vois ☐	☐	☐	☐	☐

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
quelqu'un pleurer.				
Je suis heureux(se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.	☐	☐	☐	☐
Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.	☐	☐	☐	☐
Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.	☐	☐	☐	☐
Je me rends compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.	☐	☐	☐	☐
Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.	☐	☐	☐	☐
Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.	☐	☐	☐	☐
Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.	☐	☐	☐	☐
Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.	☐	☐	☐	☐
Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.	☐	☐	☐	☐
Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.	☐	☐	☐	☐
Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).	☐	☐	☐	☐
Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.	☐	☐	☐	☐
J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.	☐	☐	☐	☐
Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.	☐	☐	☐	☐
Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.	☐	☐	☐	☐

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.	☐	☐	☐	☐
Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.	☐	☐	☐	☐
J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.	☐	☐	☐	☐
Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.	☐	☐	☐	☐

WCC

57 Indiquez pour chacune des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée ces trois derniers mois pour faire face au stress lié à l'internat. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans les colonnes de droite. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.	☐	☐	☐	☐
J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.	☐	☐	☐	☐
J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.	☐	☐	☐	☐
Je me suis battu(e) pour ce que je voulais.	☐	☐	☐	☐
J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.	☐	☐	☐	☐
J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.	☐	☐	☐	☐
J'ai changé positivement.	☐	☐	☐	☐
Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.	☐	☐	☐	☐
J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.	☐	☐	☐	☐

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
J'ai pris les choses une par une.	☐	☐	☐	☐
J'ai espéré qu'un miracle se produirait.	☐	☐	☐	☐
J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.	☐	☐	☐	☐
Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.	☐	☐	☐	☐
Je me suis culpabilisé(e).	☐	☐	☐	☐
J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.	☐	☐	☐	☐
Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.	☐	☐	☐	☐
J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.	☐	☐	☐	☐
J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.	☐	☐	☐	☐
J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.	☐	☐	☐	☐
J'ai essayé de tout oublier.	☐	☐	☐	☐
J'ai essayé de ne pas m'isoler.	☐	☐	☐	☐
J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.	☐	☐	☐	☐
J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.	☐	☐	☐	☐
J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.	☐	☐	☐	☐
J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.	☐	☐	☐	☐
Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).	☐	☐	☐	☐
Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.	☐	☐	☐	☐

58 Utilisez-vous d'autres stratégies, non recensées dans ce questionnaire, pour faire face aux situations stressantes en rapport avec l'internat ? *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Oui

☐

Non

☐

59 Si oui, lesquelles?

Veillez écrire votre réponse ici :

MBI

60 Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez depuis les 3 derniers mois ce qui est décrit à chaque item. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Quelques fois fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je sens que je craque à cause de mon travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

			Une				
	Quelques fois	fois par	par	Quelques fois	Une fois	Quelques fois	Chaque
Jamais	fois par	fois par	fois par	fois par	fois par	fois par	fois par
	année,	mois,	mois,	mois	semaine	semaine	jour
	au moins	au	au				
		moins	moins				

J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

61 *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

			Une				
	Quelques fois	fois par	par	Quelques fois	Une fois	Quelques fois	Chaque
Jamais	fois par	fois par	fois par	fois par	fois par	fois par	fois par
	année,	mois,	mois,	mois	semaine	semaine	jour
	au moins	au	au				
		moins	moins				

Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Je me sens plein(e) d'énergie.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Je me sens frustré(e).

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Je me sens au bout du rouleau.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IMG

62 Voici une série d'éléments qui ont pu vous stresser depuis les 3 derniers mois. Veuillez répondre, sur une échelle de 1 à 5, si ils vous ont stressé pas du tout (1) ou beaucoup (5). *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Non vécu	Pas du tout stressant	Peu stressant	Moyen	Plutôt stressant	Très stressant
Le fait de se sentir fatigué(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La période du choix des stages	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion des familles de patients	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le rythme de travail (les horaires, l'enchaînement des journées sans repos, les gardes)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Non vécu	Pas tout stressant	du Peu stressant	Moyen	Plutôt stressant	Très stressant
L'arrivée dans un nouveau stage	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le fait d'être responsable de vies humaines	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La charge de travail (le temps passé à l'hôpital)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La relation avec le chef	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La peur de faire une erreur ou de passer à côté de quelque chose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de temps passé en famille, avec les proches...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La relation avec l'équipe soignante	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de connaissances théoriques	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de temps pour gérer le quotidien	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion d'une équipe soignante en situation d'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque d'expérience	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de temps pour les loisirs ou le sport	☐	☐	☐	☐	☐	☐
L'indisponibilité du chef	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La gestion d'un patient en situation d'urgence	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Le manque de sommeil (ou sommeil de mauvaise qualité)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Les situations de fin de vie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
La sensation d'être dépassé(e) par les événements	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PSS

63 Pouvez-vous répondre ci-dessous, en cochant la case correspondant à votre réponse, combien de fois depuis les 3 derniers mois... *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
...vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
...vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	☐	☐	☐	☐	☐
...avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	☐	☐	☐	☐	☐
...avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?	☐	☐	☐	☐	☐

DETA

64 Au cours de votre vie : *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	☐	☐
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	☐	☐

OBS

65 Avez-vous des observations ou des commentaires à faire sur cette étude?

Veillez écrire votre réponse ici :

MERCI pour votre participation !

Indépendamment de vos réponses, sachez qu'il existe une association professionnelle pour les médecins libéraux, numéro non surtaxé 7j/7 24h/24: 08 26 00 45 80.

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

AU MOMENT D'ÊTRE ADMIS À EXERCER LA MÉDECINE, JE PROMETS ET JE JURE D'ÊTRE FIDÈLE AUX LOIS DE L'HONNEUR ET DE LA PROBITÉ.

MON PREMIER SOUCI SERA DE RÉTABLIR, DE PRÉSERVER OU DE PROMOUVOIR LA SANTÉ DANS TOUS SES ÉLÉMENTS, PHYSIQUES ET MENTAUX, INDIVIDUELS ET SOCIAUX.

JE RESPECTERAI TOUTES LES PERSONNES, LEUR AUTONOMIE ET LEUR VOLONTÉ, SANS AUCUNE DISCRIMINATION SELON LEUR ÉTAT OU LEURS CONVICTIONS. J'INTERVIENDRAI POUR LES PROTÉGER SI ELLES SONT AFFAIBLIES, VULNÉRABLES OU MENACÉES DANS LEUR INTÉGRITÉ OU LEUR DIGNITÉ. MÊME SOUS LA CONTRAINTE, JE NE FERAI PAS USAGE DE MES CONNAISSANCES CONTRE LES LOIS DE L'HUMANITÉ.

J'INFORMERAI LES PATIENTS DES DÉCISIONS ENVISAGÉES, DE LEURS RAISONS ET DE LEURS CONSÉQUENCES. JE NE TROMPERAI JAMAIS LEUR CONFIANCE ET N'EXPLOITERAI PAS LE POUVOIR HÉRITÉ DES CIRCONSTANCES POUR FORCER LES CONSCIENCES.

JE DONNERAI MES SOINS À L'INDIGENT ET À QUICONQUE ME LES DEMANDERA. JE NE ME LAISSERAI PAS INFLUENCER PAR LA SOIF DU GAIN OU LA RECHERCHE DE LA GLOIRE.

ADMIS DANS L'INTIMITÉ DES PERSONNES, JE TAIRAI LES SECRETS QUI ME SERONT CONFIÉS. REÇU À L'INTÉRIEUR DES MAISONS, JE RESPECTERAI LES SECRETS DES FOYERS ET MA CONDUITE NE SERVIRA PAS À CORROMPRE LES MOEURS. JE FERAI TOUT POUR SOULAGER LES SOUFFRANCES. JE NE PROLONGERAI PAS ABUSIVEMENT LES AGONIES. JE NE PROVOQUERAI JAMAIS LA MORT DÉLIBÉRÉMENT.

JE PRÉSERVERAI L'INDÉPENDANCE NÉCESSAIRE À L'ACCOMPLISSEMENT DE MA MISSION. JE N'ENTREPRENDRAI RIEN QUI DÉPASSE MES COMPÉTENCES. JE LES ENTRETIENDRAI ET LES PERFECTIONNERAI POUR ASSURER AU MIEUX LES SERVICES QUI ME SERONT DEMANDÉS.

J'APPORTERAI MON AIDE À MES CONFRÈRES AINSI QU'À LEURS FAMILLES DANS L'ADVERSITÉ. QUE LES HOMMES ET MES CONFRÈRES M'ACCORDENT LEUR ESTIME SI JE SUIS FIDÈLE À MES PROMESSES ; QUE JE SOIS DÉSHONORÉ ET MÉPRISÉ SI J'Y MANQUE.

RÉSUMÉ

Objectifs : Les internes de médecine générale peuvent être fréquemment soumis à des situations stressantes en fonction du terrain de stage dans lequel ils évoluent à l'hôpital ou en médecine libérale. Ceci peut conduire à développer des troubles du comportement alimentaire (TCA) afin de faire face à ces environnements professionnels stressants.

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs professionnels influençant le risque de développer un TCA, puis de proposer des solutions d'aménagement du DES de médecine générale afin de les prévenir.

Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale répétée sur une cohorte de 204 internes de médecine générale suivi de Novembre 2013 à Novembre 2016. Les internes ont rempli de manière volontaire un auto-questionnaire en ligne à chaque fin de semestre. Les données sociodémographiques, les caractéristiques liées à leur environnement professionnel ainsi que la mesure du risque de développer un TCA grâce au questionnaire SCOFF ont été recueillies.

Résultats : Sur 204 internes, 92 ont répondu de manière complète à T1, 29 à T4 et 86 à T6. Le pourcentage d'internes à risque de développer des TCA est stable entre 14,3 et 15,3%. Les principaux facteurs de risque de développer un TCA sont le stress lié à la charge de travail, le taux de travail administratif ainsi que le niveau de dépression et d'anxiété des internes. Ce risque ne varie pas en fonction de la spécialité exercée en stage. De même, le fait de travailler au CHU, dans une structure hospitalière plus petite, ou en cabinet de ville, n'entraîne pas de variation de ce risque.

Conclusion : Il faut donc s'intéresser aux rôles attribués dans chaque service aux internes, ainsi qu'aux troubles anxio-dépressifs et au stress retrouvés chez eux, pour contrôler le risque de développer des TCA. Des outils de prévention devraient être mis en place dans la formation des internes pour réduire la prévalence de ces troubles.