



HAL
open science

Anxiété liée à la santé : une étude épidémiologique chez les internes de médecine générale picards

Marine Gauvin

► **To cite this version:**

Marine Gauvin. Anxiété liée à la santé : une étude épidémiologique chez les internes de médecine générale picards. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02024769

HAL Id: dumas-02024769

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02024769v1>

Submitted on 19 Feb 2019

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.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

Année 2018

N°14

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE : MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement le 22 février 2018
par Marine GAUVIN

**ANXIETE LIEE A LA SANTE : UNE ETUDE
EPIDEMIOLOGIQUE CHEZ LES INTERNES DE MEDECINE
GENERALE PICARDS**

Président du jury : Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS
Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT
Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

« Il marche, dort, mange et boit comme les autres, mais cela n'empêche pas qu'il soit fort malade »

Molière, Le Malade imaginaire

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Chirurgie maxillo-faciale

Responsable du service de chirurgie maxillo-faciale

Pôle des 5 Sens

Docteur Honoris Causa de l'Université de Louvain Belgique

Chevalier dans l'ordre de la Légion d'Honneur

Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques

Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Nous nous connaissons depuis maintenant plus de dix ans, vous m'avez accompagnée tout au long de mon parcours, toujours avec bienveillance, sagesse et humanité.

Votre présence à ma soutenance de thèse était une évidence.

Soyez assuré, cher Monsieur, de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Hématologie - Transfusion
Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres de ce jury. Je vous sais soucieux du bien-être des étudiants en tant qu'enseignant, j'espère que ce travail vous parlera. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Neurochirurgie

Votre franc-parler lors de vos cours de neurochirurgie reste un souvenir inoubliable ! Notre rencontre entre deux consultations a été brève mais efficace, vous avez très rapidement accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques

Je garde de mon stage d'externat le souvenir de deux mois enrichissants, et de vous celui d'une enseignante pédagogue. Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Soyez assurée de ma reconnaissance et de tout mon respect.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN,

Médecin généraliste enseignant

Vous avez accepté avec beaucoup de facilité de diriger ce travail.

*Je vous remercie pour les précieux conseils que vous m'avez donnés, pour votre disponibilité
et pour votre ouverture d'esprit.*

*Travailler avec vous a été un plaisir, je vous suis très reconnaissante de m'avoir fait profiter
de votre expérience.*

A mon futur mari, Aymeric, pour notre complicité qui fait l'unanimité autour de nous, pour ta capacité à réunir en une seule et même personne l'amant, le confident et le partenaire des 400 coups, pour tous nos projets à venir... Tu m'aides à me construire chaque jour. Je t'aime !

A ma mère que j'aime mais à qui je ne le dis pas assez ! Tu les auras bien subies aussi ces dix années d'études, dix années de travail sur nous-mêmes et de remise en question...On a fini par y arriver : cette thèse est pour toi !

A François, qui en a pris aussi pour son grade les jours où j'étais de « bonne humeur » : Niak !

A Papi et Mamie, vous avez toujours été là pour moi, Papi, tu m'apprenais les points cardinaux avec ta boussole en me promenant dans le jardin, Mamie, dans le canapé, tu me racontais tes moments de vie lors de l'Occupation et tes malices au catéchisme...Merci pour tous ces souvenirs, j'espère vous rendre fiers aujourd'hui.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, de la Loire aux Hauts-de-France, de Grenoble à Rennes, il sera toujours agréable de se retrouver lors d'une « poulet-party » !

A Patrice et Fabio, mes beaux-parents, à Manu, mon beau-frère, vous m'avez accueillie chaleureusement dès le début (avec une bonne bouteille!), c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous (avec une bonne bouteille!).

A ma fratrie de médecine : Clémenteen, Paola et Ghislain, bien plus que des amis, vous êtes comme ma famille. Puisse-t-elle rester soudée encore très longtemps !
A Tonio et Nico, qui sont presque médecins à force de subir nos conversations, et jamais en reste devant une petite blague de carabin...

A mes acolytes de la BU : Thibaut, Djoustaine et Schichnekkk, pour tous les fous-rires grâce auxquels on chassait nos coups durs...
A Elise, Marc et Nico : pour les bons moments passés et à venir !

A Estelle et Mehdi, Marion et Jérémy, vers qui on viendra pleurer quand on ne saura pas s'y prendre avec nos enfants !

A Romain et Lucie, pour cette coloc improvisée, à J-C pour un prochain film avec les minions.

A Simon et Hélo, toujours prêts pour une soirée à quatre avec un bon jeu de cartes et de chouettes discussions !

A mes chers amis du lycée : Pauline, Cécile, Anaïs, Benoît, Simon, Diane, Thibaud : même si on ne se voit pas aussi souvent qu'on le voudrait, on se retrouve toujours comme si on s'était quitté la veille...

A Thomas, notre ami parti trop tôt mais toujours dans nos pensées...

A Clo et Nadette, pour vos petites attentions depuis que je suis née, et pour votre chaleureux accueil au moment des ECN.

A Claudine et Janine, les premières à m'offrir un vrai stéthoscope de médecin après mon bac, vous y croyiez déjà avant moi !

A Anne pour tes précieux contacts, pour le hammam, et surtout pour Popo !

Aux Lannister qui m'ont gentiment intégrée dans leur maison: Loïc, Elsa, Marie-Aude, Romain, Aurélie et Guillaume (de la page 15)

A Catherine, pour ta bonne humeur et nos rendez-vous sympathiques à la MACSF.

A l'équipe du SAPIR-IMG : May, Alexandre, Séverine, Mathieu, Szcru, Théophile, Lucie, Alexis, Harmony, Stéphanie, Sébastien, Oriane. Bravo pour votre engagement et bonne route à vous tous!

A Mme Caroline de Pauw, directrice de l'URPS Hauts-de-France, pour votre disponibilité, et votre aide précieuse dans mon analyse statistique.

A mes maîtres de stage, les Docteurs Pascal Bruandet, Pierre Dupont, Arnaud Dubois et particulièrement :

Le Dr Edith Ancey, pour vos encouragements dans les moments de doute et la confiance que vous m'accordez en me permettant de vous remplacer.

Le Dr François Poirier, mon cher maître de stage de DCEM3, qui m'a donné le goût de la médecine générale comme je souhaite l'exercer.

Au Dr François Leclercq, dermatologue à Amiens : tu es un passionné, tu m'as transmis ton savoir sans condition durant ces six mois de stage et je t'en remercie. Ce sera toujours un plaisir de partager un moment avec toi !

Aux médecins, co-internes, infirmier(e)s, aides-soignant(e)s des services de SSR et d'urgences du CHU d'Amiens, et de Pédiatrie à Compiègne. Merci pour ce savoir partagé et cette bonne ambiance de travail !

Une pensée particulière pour :

Emeric et nos playlists douteuses mais choisies avec soin pour rédiger nos courriers
Sandrine et Pauline du Service de Pédiatrie à Compiègne, pour nos apéros dînatoires
lors de mes gardes

A toute l'équipe de l'UAO du CH Pinel : Catherine (en tête sinon je risque gros!), Baptiste, Leïla, Justine, Monsieur Despreaux, Youssef, Hélène, Gaoul, Valérie (Nufnuf), Sophie, Julien, Jérémy, Jerry, Sandra, Cédric, Marie-Claire, Bérangère, Manu, Aurélie, Sihame, Talitha, Christelle, Lydie, Laurine et mon co-interne Marc. Vous m'avez laissé un souvenir unique et vous m'avez beaucoup appris.

A tous les internes de médecine générale qui ont répondu à mon questionnaire et qui se sont peut-être sentis anxieux ensuite... !

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	13
I. Contexte.....	13
II. Définitions.....	15
1. Nosophobie.....	15
2. Hypochondrie.....	15
a. Épidémiologie.....	15
b. Bref rappel historique.....	16
c. L'hypochondrie selon le DSM IV.....	16
d. L'hypochondrie selon le DSM V et controverses.....	17
3. Anxiété liée à la santé: une approche cognitivo-comportementale.....	18
4. Medical Students' Disease (MSD) ou le syndrome de l'étudiant en médecine.....	21
III. Scores et échelles d'évaluation.....	22
IV. Place de la psychothérapie.....	22
1. Technique d'exposition-réponse.....	23
2. Technique de psychothérapie cognitive par étapes.....	23
MATERIEL ET METHODES.....	25
I. Type d'étude.....	25
II. Objectifs de l'étude.....	25
III. Recherche bibliographique.....	25
IV. Élaboration du questionnaire.....	25
V. Recueil des données.....	26
VI. Analyse statistique.....	27
RESULTATS.....	28
I. Caractéristiques de la population étudiée.....	29
1. Caractéristiques générales.....	29
2. Niveau général d'anxiété chez les internes de médecine générale picards.....	29
II. Objectif principal: Prévalence et manifestations de l'anxiété liée à la santé chez les internes de médecine générale picards.....	30
1. Les internes de médecine générale picards sont-ils inquiets pour leur santé de	

façon générale?.....	30
2. Quelles pathologies inquiètent le plus les internes de médecine générale picards?	31
3. Interprétation erronée des symptômes.....	32
4. Vérifications corporelles.....	32
5. Recherche de réassurance.....	32
6. Recours à l'auto-prescription.....	33
7. Conséquences psychologiques et somatiques.....	34
III. Objectif secondaire: influence des situations rencontrées en stage, de l'âge, du sexe, du niveau général d'anxiété, et du niveau de formation, sur l'inquiétude des internes de médecine générale picards au sujet de leur propre santé.....	35
1. Influence des situations rencontrées en stage.....	36
2. Âge.....	37
3. Sexe.....	37
4. Niveau général d'anxiété.....	37
5. Niveau de formation.....	39
DISCUSSION.....	40
I. Forces et faiblesses de l'étude.....	40
1. Forces.....	40
a. Originalité du sujet.....	40
b. Méthodologie.....	40
2. Faiblesses.....	41
a. Biais de sélection.....	41
b. Biais de mesure.....	41
c. Biais de prévarication.....	41
II. Discussion autour des principaux résultats.....	42
1. Objectif principal.....	42
a. Prévalence de l'anxiété liée à la santé: des chiffres toujours discordants...42	
b. Un recours moindre aux professionnels de santé mais une forte tendance à l'auto-prescription.....	42
c. Des répercussions psychologiques et somatiques indéniables chez certains internes.....	45

2. Objectif secondaire: Une forte corrélation entre le niveau d'anxiété de base et l'anxiété envers la santé.....	45
3. Autres résultats.....	46
a. Des caractéristiques différentes du « portrait-type » du sujet anxieux pour sa santé décrit dans la littérature.....	46
b. La crainte du cancer: pas d'exception pour les jeunes médecins.....	47
c. Internes en médecine: un terrain favorable à l'anxiété envers la santé ?....	48
III. Perspectives.....	49
1. Prévenir, dépister, aider.....	49
2. Et chez les autres professionnels de santé ?.....	50
3. L'anxiété liée à la santé, un phénomène de société ?.....	51
CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	53
ANNEXES.....	59
Annexe 1: Questionnaire de l'étude.....	59
Annexe 2: Health Anxiety Questionnaire (HAQ).....	63
Annexe 3: MSD Score.....	65

LISTE DES ABREVIATIONS

AAPMS : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants

ANEMF : Association Nationale des Étudiants en Médecine de France

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DSM : Diagnostic and Statistical Manual (of Mental Disorders)

DUMGA : Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens

GEP : Groupe d'Échanges de Pratiques

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAQ : Health Anxiety Questionnaire

IMG : Interne de Médecine Générale

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ISNCCA : Inter Syndicat National des Chefs de Clinique et Assistants

ISNI : InterSyndicat National des Internes

MSD : Medical Students' Disease

SAPiR-IMG : Syndicat Autonome Picard Représentant les Internes de Médecine Générale

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

UFR : Unité de Formation et de Recherche

INTRODUCTION

Madame X est une patiente d'une cinquantaine d'années, qui présente depuis 3 mois des douleurs abdominales modérées. Ce jour-là, elle est adressée aux urgences car son dernier bilan biologique montre une anémie assez importante et un syndrome inflammatoire. C'est mon tout premier semestre d'internat, et c'est moi qui examine Madame X. Lorsque je palpe son abdomen, il me semble sentir une masse. Un scanner abdominal est immédiatement prescrit. L'examen retrouve une tumeur gastrique, qui évolue insidieusement depuis plusieurs mois.

L'annonce du diagnostic a été dévastateur pour la patiente...

Le fait d'associer une telle maladie à des symptômes aussi banals qu'une douleur abdominale a été pour ma part un élément déclencheur: vérifications corporelles, recherche de réassurance auprès des proches, le moindre symptôme ou changement corporel est devenu sujet à angoisses par la suite.

D'autres internes de médecine générale ont-ils également expérimenté ce processus au cours de leur internat ?

I. Contexte

La santé des jeunes médecins a fait récemment l'objet d'une attention particulière.

En juin 2017 sont parus les résultats de l'enquête nationale « Santé mentale des jeunes et futurs médecins » [1], réalisée à l'initiative des structures syndicales jeunes (ANEMF, ISNI, ISNAR-IMG et ISNCCA).

L'objectif était d'établir un état des lieux des troubles psychiques et des risques psychosociaux chez les jeunes et futurs médecins français.

En avril 2016, le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) s'est intéressé de manière plus globale à l'état de santé des jeunes médecins [2]

Un quart des répondants se déclarait en état de santé moyen ou mauvais. La médecine du

travail et la médecine universitaire semblaient peu participer à la surveillance et à la prévention chez les étudiants et jeunes médecins. Les consultations chez le médecin généraliste se faisaient également rares dans cette population plutôt tournée vers l'auto-prescription.

Malgré ces constatations, les jeunes et futurs médecins semblent de manière générale attentifs à leur état de santé.

Mais qu'en est-il de ceux qui se préoccupent justement trop pour leur santé ?

L'hypocondrie représente 4 à 9 % des consultations en cabinet de médecine générale, et 4 à 6% des consultations aux urgences [3]. Ces deux terrains de stage font partie de la maquette obligatoire des internes de médecine générale. Ils sont donc régulièrement confrontés à ce type de pathologie.

La région picarde compte 362 internes de médecine générale (IMG) inscrits de la première à la troisième année de DES (Diplôme d'Études Spécialisées), y compris les remplaçants non thésés.

- Quelle est la prévalence de l'anxiété liée à la santé chez les internes de médecine générale picards? Comment se manifeste-t-elle?
- Y a-t-il un lien entre les situations rencontrées en stage, l'âge, le sexe, le niveau général d'anxiété, le niveau de formation des internes, et leur inquiétude sur leur propre santé ?

II. Définitions

1. Nosophobie

La nosophobie désigne une phobie spécifique de la maladie, qui peut parfois se focaliser sur un type précis de pathologie (cancérophobie pour les pathologies tumorales, cardiophobie pour les pathologies cardio-vasculaires par exemple).

Orlemans et Van den Bergh [4] qualifient la nosophobie de « phobie intéroceptive » c'est à dire une phobie déclenchée par des stimuli qui proviennent de l'intérieur de notre organisme. Pour M. Bridou [5], il s'agit d'une forme pathologique d'anxiété liée à la santé au même titre que l'hypocondrie.

Le sujet nosophobique sait qu'il n'est pas malade mais anticipe avec angoisse la survenue potentielle d'une grave maladie, qu'il perçoit comme un risque imminent pour sa survie.

Les symptômes ressentis donnent lieu à des conduites d'évitement, par exemple, ressentir des palpitations lors d'une course à pied est perçu comme une menace d'infarctus, ce qui pousse la personne à éviter la course à pied.

L'angoisse que génèrent ces symptômes peut même se traduire par des attaques de panique.

2. Hypocondrie

Il s'agit d'une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave

a. Épidémiologie

La prévalence de l'hypocondrie est mal connue en population générale. Selon les auteurs, elle varierait entre 1 et 5 %. Une étude allemande de 2007 l'a évaluée ponctuellement à 0,4 % selon les critères stricts du DSM IV[6]. Le peu d'études épidémiologiques à ce sujet et la divergence des résultats disponibles rendent difficile l'obtention d'un chiffre précis.

En soins primaires, l'hypocondrie concernerait 4 à 9 % des consultations. [3][7]

Le trouble peut débuter à tout âge, mais les premiers symptômes se manifestent le plus souvent entre 20 et 30 ans.

b. Bref rappel historique

L'hypocondrie est introduite dans l'Antiquité, au IV^e siècle avant J.-C. par Dioclès de Caryste. Il s'agit à l'époque d'une pathologie purement organique, en lien avec des troubles digestifs, provoquant une sorte de chaleur dans les hypocondres. [3]

Hippocrate y ajoute plus tard une dimension psychique: il évoque une forme de mélancolie caractérisée par une tristesse et une crainte permanentes, liées à une douleur spécifique qu'il attribuait à une « épine fichée dans les viscères ».

Perdant son « h » dans le passage du latin au français médical, l'adjectif «hypocondre» apparaît en 1560 et signifie « triste, capricieux, toujours inquiet de sa santé ». «Hypocondrie» n'apparaît qu'en 1781 et correspond alors à une affection nerveuse que l'on a crue autrefois d'origine abdominale et qui rend le malade angoissé pour sa santé.

C'est Philippe Pinel, au XVII^e siècle, qui classe l'hypocondrie dans les névroses, c'est-à-dire «des affections du système nerveux sans inflammation ni lésion de structure et sans fièvre »

Au XIX^e siècle, Freud se penche sur l'approche psychanalytique de ce phénomène. En parallèle, les médecins vont progressivement prendre conscience de la nécessité d'élaborer une classification des pathologies psychiatriques, qui aboutira à celle que nous connaissons actuellement.

c. L'hypocondrie selon le DSM IV

Le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [8] intègre l'hypocondrie dans les troubles somatoformes, et la définit selon les critères diagnostiques

suivants :

- il s'agit d'une préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée de symptômes physiques. (critère A)

- cette préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant. (critère B)

- elle ne revêt pas une intensité délirante (cela signifie que le sujet est capable d'admettre le caractère exagéré de sa préoccupation, voire même l'absence de maladie). Elle ne se limite pas non plus à une préoccupation centrée sur l'apparence (comme dans le trouble « peur d'une dysmorphie corporelle »). (critère C)

- la préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. (critère D)

- la durée de la perturbation est d'au moins 6 mois. (critère E)

- la préoccupation n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique, un épisode dépressif majeur, une angoisse de séparation ou un autre trouble somatoforme.

Les critères diagnostiques de la CIM-10 sont superposables à ceux du DSM-IV.

A l'inverse de la nosophobie, le sujet hypocondriaque est en permanence convaincu d'être malade. Il n'est nullement question de conduites d'évitement dans ce tableau, puisqu'au contraire, l'hypocondriaque « écoute et interprète constamment le fonctionnement de son corps », et est à l'affût de la moindre information médicale pour expliquer ses troubles. [3]

d. L'hypocondrie selon le DSM V et controverses

La 5ème édition du DSM est publiée en mai 2013. Le trouble somatoforme devient alors « trouble à symptomatologie somatique », et l'hypocondrie, la « crainte excessive

d'avoir une maladie » (*Illness anxiety disorder*).[9]

Cette définition met plus l'accent sur la « charge anxieuse » des symptômes [10], et n'exclut pas l'existence d'une pathologie médicale concomitante.

Pour faire simple, lorsqu'il n'y a pas de pathologie organique sous-jacente, la crainte excessive d'avoir une maladie concerne une préoccupation liée au fait d'avoir ou de pouvoir développer une affection médicale sérieuse et non diagnostiquée.

Lorsqu'une pathologie organique est présente, l'anxiété et les préoccupations de la personne sont alors considérées comme excessives et disproportionnées par rapport à la sévérité du trouble.

Pour certains auteurs, cette définition n'est pas satisfaisante. Le professeur Allen Frances, psychiatre américain et pilote des travaux du DSM-IV estime qu'elle pourrait être à l'origine de sur-diagnostics.

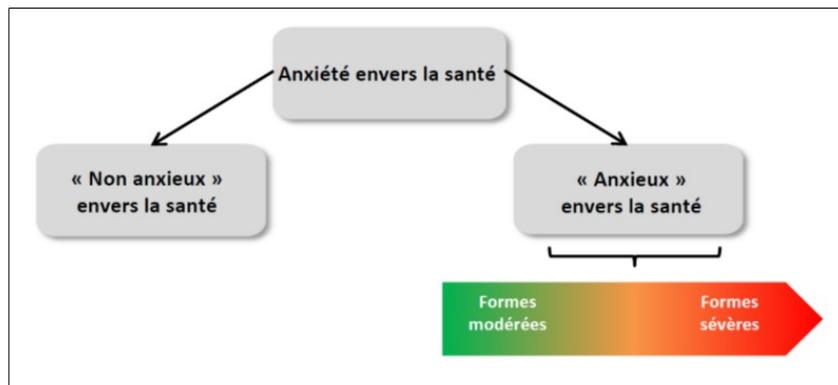
Pour lui, un grand nombre de personnes souffrant d'un cancer, de maladies cardiovasculaires, du syndrome du côlon irritable ou de fibromyalgie pourraient désormais recevoir un tel diagnostic, au motif qu'elles souffrent trop de leur pathologie.

La revue *Prescrire* dénonce un abaissement du nombre de critères diagnostiques pour certains troubles par rapport au DSM-IV avec une banalisation de la prescription de psychotropes aux effets indésirables importants.[11]

3. Anxiété liée à la santé: une approche cognitivo-comportementale

Pour plusieurs auteurs [4][12][13][14], une conception moins théorique et catégorisée que les grandes classifications internationales serait plus appropriée, et tiendrait mieux compte des événements de vie à l'origine d'une telle préoccupation. Cette définition est celle sur laquelle nous nous sommes appuyés pour notre étude.

Il existerait, au sein d'un continuum, des degrés divers d'anxiété liée à la santé (l'hypocondrie représenterait le stade le plus sévère), qui pourraient avoir des répercussions psycho-sociales même dans leur forme minimale.



Modélisation du concept d'anxiété liée à la santé

M.Bridou, 2012, d'après Asmundson, Taylor, Carleton, Weeks, & Hadjistavropoulos, 2011

Le processus d'apparition et de maintien de l'anxiété liée à la santé selon la théorie cognitivo-comportementale [14] [15][16][17] est le suivant :

➤ Les facteurs prédisposants:

Ce sont les facteurs qui fragiliseront le terrain, et rendront le sujet plus enclin à être angoissé sur sa santé. Les éléments les plus cités dans la littérature sont: des antécédents d'anxiété ou de dépression, des antécédents de traumatisme ou de maltraitance dans l'enfance, les expériences personnelles de maladie, les épisodes de maladie des proches, le comportement des parents vis-à-vis des maladies infantiles (négligence ou à l'inverse sur-médicalisation).

➤ Les facteurs précipitants:

Ce sont tous les événements de vie qui déclenchent un stress et la propension à se faire du souci pour sa santé.

Une place particulière est donnée au deuil et à la notion de perte. Il peut s'agir aussi d'infections, de traumatismes physiques, de difficultés professionnelles, familiales ou sociales.

➤ Les facteurs d'entretien:

Les deux piliers, dans l'entretien de l'anxiété sont l'amplification somato-sensorielle [14] et l'interprétation erronée des symptômes [18].

Il s'agit de la propension à ressentir de manière disproportionnée les symptômes corporels les plus banals, et de les attribuer systématiquement à une pathologie grave. Ces mêmes symptômes peuvent être provoqués par l'angoisse elle-même.

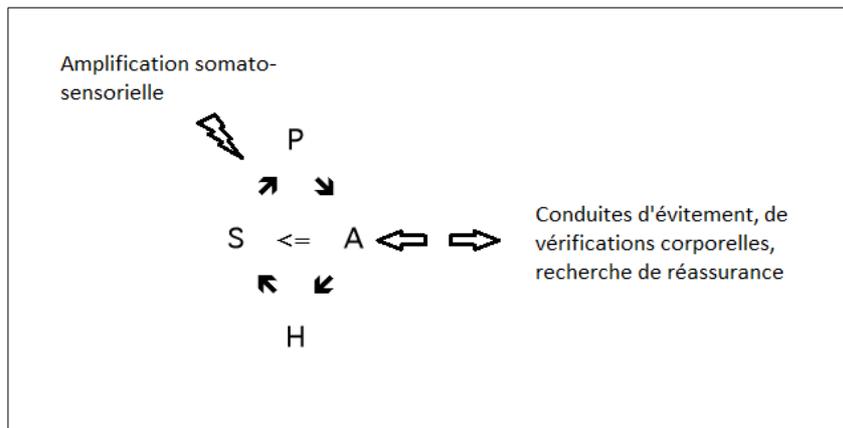
Aguerre et Bridou [14] mettent également en évidence trois stratégies de « coping » qui participent à l'entretien du phénomène :

- les conduites d'évitements phobiques (esquive des hôpitaux, des malades, des émissions médicales...)
- la recherche de réassurance (consultations à répétition, multiplication des examens complémentaires)
- les conduites de vérification corporelle

En 1997, Orlemans et Van den Bergh [4] identifient l'importance de l'hyperventilation (elle-même provoquée par l'anxiété) dans le processus d'apparition des symptômes anxieux (tachycardie, sueurs, douleurs thoraciques, vertiges, céphalées...)

Tous ces facteurs contribuent à l'aggravation et à la pérennisation de l'anxiété envers la santé.

Le modèle de Clark, repris par Orlemans et Van den Bergh [4], illustre le cercle vicieux dans lequel se retrouve le sujet anxieux pour sa santé :



Anxiété liée à la santé, un modèle circulaire

Orlemans & Van den Bergh, 1996, d'après le modèle de Clark, 1986

« S » représente le Symptôme corporel, donnant lieu par le biais de l'amplification somato-sensorielle à « P », la Pensée (interprétation erronée du symptôme). « P » génère « A », l'Angoisse, entretenue par les trois stratégies de « coping » vues précédemment. « A » provoque soit les symptômes corporels, soit « H », l'Hyperventilation, pourvoyeuse également de symptômes similaires.

Et la boucle est bouclée.

L'approche cognitivo-comportementale de l'anxiété liée à la santé est extrêmement développée dans les pays anglo-saxons, alors qu'elle reste encore peu usitée en France. Pourtant, ce concept jette les bases de la prise en charge psychothérapique de ce trouble [15].

4. Medical Students' Disease (MSD) ou le syndrome de l'étudiant en médecine

Les premières références à ce syndrome dans la littérature datent du début du XXème siècle.[19]

Ce phénomène apparaît au cours de l'étude des maladies lors du cursus médical. Les étudiants en médecine seraient alors beaucoup plus attentifs à leurs symptômes somatiques et se mettraient à croire - le plus souvent, et heureusement, à tort - qu'ils sont atteints de la pathologie étudiée.[20]

La constitution du bagage théorique et l'exposition aux situations cliniques au cours des

stages amèneraient également les étudiants à reconsidérer la gravité de symptômes, autrefois négligés, en fonction des connaissances nouvellement acquises.[21]

Salkovskis et Howes ont qualifié le MSD de « maladie professionnelle mal étudiée » [22].

Plusieurs études ont pourtant été menées dans différents pays (Etats-Unis [22][23], Royaume Uni [21][24], Nouvelle-Zélande [20], Canada, Pakistan [25] et Israël [26]).

Un questionnaire issu du HAQ (Health Anxiety Questionnaire) a été établi spécifiquement pour le MSD dans une étude néo-zélandaise. [20] (Annexe 3)

III. Scores et échelles d'évaluation

Il existe de nombreux questionnaires et échelles validés dans la littérature, permettant de mesurer la sévérité des manifestations de l'anxiété liée à la santé. [27][28][29]

Il s'agit pour la grande majorité d'auto-questionnaires, rédigés en anglais.

Deux types d'instruments existent : certains évaluent une dimension globale de l'anxiété envers la santé et d'autres en ciblent une facette déterminée (amplification somato-sensorielle, recherche de réassurance, évitement cognitif, etc...).

Il n'existe actuellement aucun outil francophone validé pour évaluer ce phénomène. On ne dispose à ce jour que d'une étude de validation [5], auprès d'une population francophone, d'une traduction du HAQ [27] (Annexe 2) réalisée en 2012.

IV. Place de la psychothérapie

Elle est essentielle dans la prise en charge de l'anxiété envers la santé sous toutes ses formes, et s'appuie sur les théories cognitivo-comportementales décrites plus haut.

Il s'agit de modifier la structure de la pensée et les actes du patient, plus particulièrement en agissant sur les facteurs déclenchants et les facteurs d'entretien de l'anxiété envers la santé. [30]

Il existe deux principaux modèles de psychothérapie dans ce domaine. Ils ont été validés

dans la littérature et font preuve d'une efficacité similaire. [31][32] [33]

1. Technique d'exposition-réponse

Il s'agit d'un modèle initialement appliqué aux TOC (Troubles Obsessionnels Compulsifs).

Le but de cette technique est de diminuer l'intensité de la réponse émotionnelle par confrontation répétée à l'objet de l'angoisse.

Elle s'exécute en 3 étapes :

- Il est demandé au patient d'établir une liste hiérarchisée de ses craintes relatives à la santé (de la moins anxiogène à la plus anxiogène)
- Le patient se fixe des objectifs pour chaque item de la liste (diminuer les vérifications corporelles, juguler les pensées intrusives) et le thérapeute fait affronter au patient les items de la liste en commençant par le moins anxiogène
- Le patient aidé du thérapeute analyse d'après ces expériences la disproportion entre les symptômes ressentis et l'interprétation catastrophique qu'il en fait. Il apprend ainsi à réduire sa recherche de réassurance.

2. Technique de psychothérapie cognitive par étapes

Ce modèle auparavant appliqué dans les TAG (Troubles Anxieux Généralisés) s'appuie sur la restructuration de la pensée et le travail sur les fausses croyances.

Il se divise en 5 points :

- Faire accepter au patient la part psychique de ses troubles (ce qui n'est pas toujours évident...)
- Lister les craintes relatives à la santé en précisant le raisonnement qui mène à l'interprétation des symptômes. Apprendre à trouver d'autres explications à ces symptômes.
- S'auto-évaluer: chiffrer le nombre de vérifications corporelles et la consommation d'actes médicaux

- Modifier les pensées négatives sur la santé et l'image du corps : dans cette étape, le thérapeute peut alors prendre la place du patient, et joue le rôle d'un sujet convaincu d'être atteint d'une pathologie en exposant son raisonnement morbide. Le patient, qui joue le rôle du thérapeute, doit à son tour mettre le doigt sur les incohérences et absurdités de ce raisonnement, en proposant des explications plus plausibles à la situation décrite.
- Repérer les facteurs déclenchants de l'angoisse

Il existe d'autres types de psychothérapie (inspiration analytique, de groupe...) dont l'efficacité comparée n'a pas encore été étudiée.

Une fois la psychothérapie terminée (c'est-à-dire que l'on a constaté une réduction significative des manifestations d'anxiété envers la santé), l'effet de celle-ci peut être prolongé et renforcé par des « booster sessions » : des séances itératives de mise au point ou en cas de réapparition de symptômes. [15]

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale quantitative, réalisée chez les internes inscrits en première, deuxième et troisième années de DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de médecine générale à l'UFR (Unité de Formation et de Recherche) de médecine d'Amiens. Les internes remplaçants non thésés étaient également inclus.

II. Objectifs de l'étude

L'objectif principal était d'étudier la prévalence, et les manifestations de l'anxiété liée à la santé chez les internes de médecine générale picards.

L'objectif secondaire consistait à évaluer l'existence d'un lien entre les situations rencontrées en stage, l'âge, le sexe, le niveau général d'anxiété, le niveau de formation des internes, et leur inquiétude au sujet de leur propre santé.

III. Recherche bibliographique

Les termes «hypochondriasis AND medical students», «medical student disease» et «health anxiety» ont été utilisés à la fois dans Pubmed et Google Scholar. L'équivalent français a également été recherché («anxiété liée à la santé» et «syndrome de l'étudiant en médecine»).

La plupart des références trouvées étaient rédigées en anglais. Les limites de la période de recherche étaient larges, certains articles datant des années 60 à 90.

Cinquante références ont finalement été retenues.

IV. Élaboration du questionnaire (Annexe 1)

Le questionnaire comportait 18 questions fermées. Il a été conçu à partir des données provenant de la recherche bibliographique. Il s'inspire tout particulièrement du HAQ (Health Anxiety Questionnaire) [27] (Annexe 2) et du MSD-score [20] (Annexe 3), lui-même basé

sur le HAQ, et spécifiquement adapté à l'étude du Medical Student's Disease.

Il existe un nombre important de scores, questionnaires et échelles pour explorer l'hypocondrie et l'anxiété liée à la santé [28].

S'appuyer sur le HAQ semblait plus pertinent dans la mesure où celui-ci explorait les dimensions cognitivo-comportementales de l'anxiété liée à la santé, point de départ des thérapies dans ce cadre.

Contrairement à d'autres questionnaires élaborés pour des populations psychiatriques, le HAQ, de par sa représentativité et sa reproductibilité en population générale, permettait de s'affranchir de la dimension pathologique de l'hypocondrie afin d'étudier un phénomène qui n'est finalement pas considéré comme tel dans le cursus médical [20][22].

Le questionnaire a été relu et approuvé par le Dr NOUGEIN, directeur de ce travail, et validé par la commission de thèse du Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens (DUMGA). Il a été testé auprès de quelques internes de médecine générale, mais également auprès de personnes ne côtoyant pas le milieu médical afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions.

V. Recueil des données

Le questionnaire a été édité à l'aide du site Google Forms et mis en ligne à partir du 1^{er} avril 2017.

Disponible sous la forme d'un lien, il a été diffusé auprès des IMG picards via la mailing list du DUMGA et du SAPIR-IMG (Syndicat Autonome Picard Représentant les Internes de Médecine Générale).

L'anonymat a bien entendu été garanti.

Le recueil des réponses s'est fait entre le 1^{er} avril et le 10 juin 2017 avec deux relances par mail.

L'analyse descriptive a ensuite été réalisée à l'aide du tableur Excel.

VI. Analyse statistique

L'analyse statistique s'est faite à l'aide du logiciel Sphinx Plus², le seuil de significativité était paramétré à $p < 0,05$.

Les données qualitatives sont exprimées en effectifs et pourcentages.

Chaque item de la question 5 à la question 18 du questionnaire a été analysé en fonction des variables « sexe », « âge », « année de DES », et « niveau général d'anxiété » (questions 1 à 4).

Afin de déterminer s'il existait un lien entre ces variables, le test du Chi² (comparaison des effectifs) a été utilisé.

Lorsqu'un des effectifs théoriques était inférieur à 10, le test de Fisher a été utilisé pour l'analyse conjointe entre une variable nominale et une variable numérique. Le logiciel ne proposait pas l'analyse de petits effectifs de deux variables nominales.

RESULTATS

Selon les données du DUMGA, 362 internes de médecine générale étaient inscrits à l'UFR de médecine à la rentrée de novembre 2016.

Ils étaient répartis comme suit:

- DES 1: 77
- DES 2: 84
- DES 3 (IMG remplaçants non thésés compris): 201

71 réponses au questionnaire ont été recueillies, soit 19,6% de l'effectif total des IMG Picards. Le nombre de sujets nécessaires avait été fixé arbitrairement à 10% avant de débiter le recueil des données.

A noter : les remplaçants non thésés en médecine générale ont 3 ans après la fin de leur internat pour soutenir leur thèse. [34]

I. Caractéristiques de la population étudiée

1. Caractéristiques générales

SEXE-RATIO	
Hommes	28 (39,4%)
Femmes	43 (60,6%)
ÂGE	
Âge moyen; Écart-type	26,9 ans; 1,8 an
< 25 ans	5 (7,1%)
25-28 ans	54 (76%)
> 28 ans	12 (16,9%)
NIVEAU DE FORMATION	
DES1	14 (19,7%)
DES2	29 (40,8%)
DES3	26 (36,6%)
Remplaçants non thésés	2 (2,8%)

Tableau 1: répartition des IMG picards selon le sexe, l'âge et le niveau de formation

2. Niveau général d'anxiété chez les internes de médecine générale picards

Il était évalué sur échelle numérique graduée de 0 à 10. Le niveau d'anxiété moyen était de 4,9 avec un écart-type de 2,9.

40 internes (56%) présentaient un niveau d'anxiété supérieur à cette moyenne.

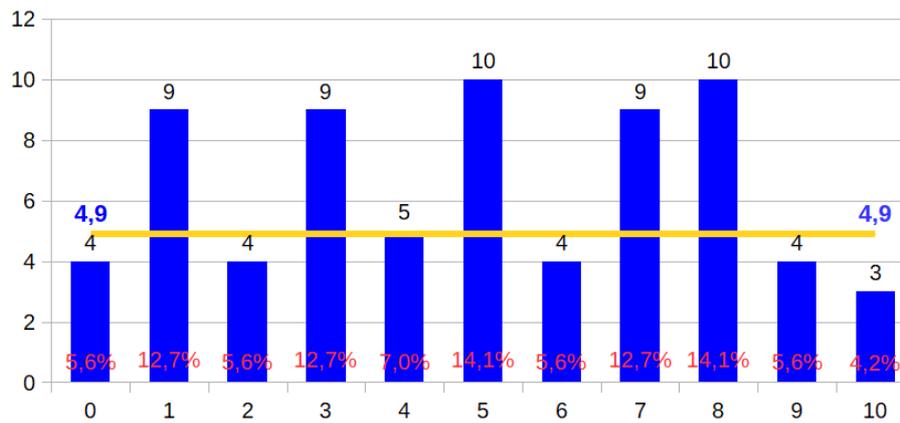


Figure 1: Niveau général d'anxiété chez les IMG picards

II. Objectif principal : Prévalence et manifestations de l'anxiété liée à la santé chez les IMG picards

1. Les IMG picards sont-ils inquiets pour leur santé de façon générale ?

49,3 % des internes (n=35) considèrent être rarement inquiets à ce sujet.

Pour les autres (50,7 % soit n=36), cette inquiétude s'échelonne à des degrés divers :

- 35,2 % (n=25) se disent parfois inquiets,
- 12,7 % (n=9) le sont souvent,
- 2,8 % (n=2) s'estiment tout le temps préoccupés par leur état de santé.

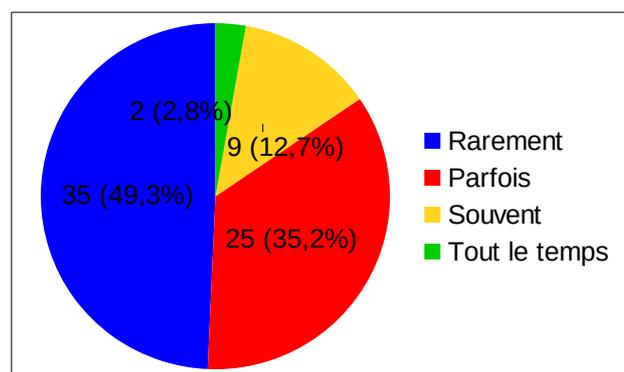


Figure 3: Inquiétude des IMG picards au sujet de leur propre santé

Ces proportions sont quasi équivalentes lorsque l'on demande aux internes s'ils ont déjà craint au cours de leur internat d'être atteints d'une maladie grave. Aucun n'a sélectionné la réponse « Tout le temps », 53,6 % des internes ont déjà été concernés par de telles craintes.

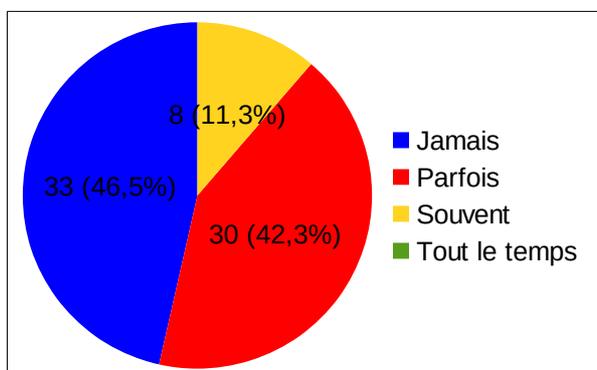


Figure 4: Crainte des IMG picards d'être atteints d'une maladie grave

2. Quelles pathologies inquiètent le plus les IMG picards ?

Parmi différents cadres nosologiques (pathologies tumorales, cardio-vasculaires, neuro-dégénératives, psychiatriques, respiratoires, infectieuses, digestives, endocriniennes et métaboliques, ostéo-articulaires, ophtalmologiques et ORL, génétiques), il était demandé aux internes de choisir 4 pathologies et de les classer de la plus inquiétante (notée «1») à la moins inquiétante (notée «4»).

Le trio de tête (pathologies notées «1») était formé par les pathologies tumorales (36 réponses, soit 50,7%), cardio-vasculaires (10 réponses, soit 14,1%) et neuro-dégénératives (9 réponses, soit 12,7%).

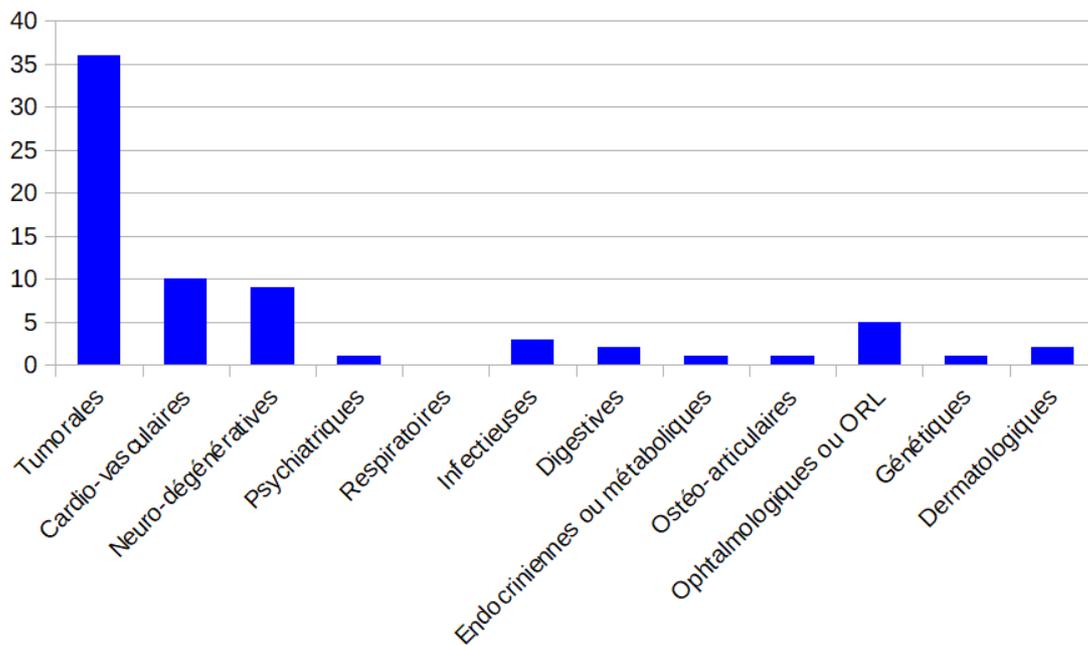


Figure 2: Pathologies les plus craintes (notées «1») par les IMG picards

3. Interprétation erronée des symptômes

38% des internes (n=27) disent avoir plus souvent le réflexe, depuis le début de leur internat, à rattacher une sensation corporelle désagréable ou inhabituelle à des symptômes de pathologie grave. 62% (n=44) disent au contraire ne pas s'en soucier plus qu'auparavant.

4. Vérifications corporelles

On retrouve exactement les mêmes proportions que précédemment lorsqu'il s'agit du recours à la vérification corporelle afin de s'assurer de l'absence d'anomalie.

5. Recherche de réassurance

Elle concerne 44 % des IMG (n=31). Depuis le début de leur internat et parce qu'ils étaient inquiets sur leur état de santé, 13 % des internes (n=9) disent avoir fait appel à leur médecin traitant, 18 % (n=13) à un autre spécialiste.

13 % des internes (n=9) ont consulté à la fois leur médecin traitant et un autre spécialiste, à

l'inverse, 56 % (n=40) n'ont fait appel à aucun professionnel de santé. (Figure 7)

2 internes (2,8% de l'effectif total) ont noté une augmentation du nombre de ces consultations depuis le début de leur formation, et 13 internes (18,3 % de l'effectif total) disent avoir des difficultés à être rassurés lorsque leur médecin leur assure que tout va bien.

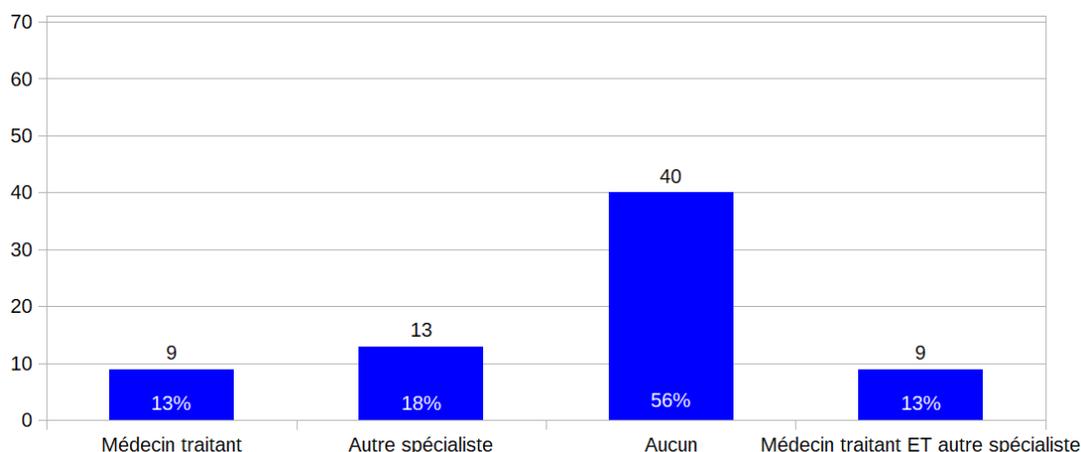


Figure 7: Recours aux professionnels de santé par les IMG picards dans le cadre d'une inquiétude liée à la santé

6. Recours à l'auto-prescription

44 internes (61,9%) ont eu recours à l'auto-prescription à des fréquences diverses lorsqu'ils étaient inquiets pour leur état de santé.

52,1 % des IMG (37 répondants) disent se tourner parfois vers cette pratique, 6 internes (8,5%) ont sélectionné la réponse « souvent », et seul un interne (1,4%) avoue avoir tout le temps recours à l'auto-prescription dans ce cas. (Figure 8)

75 % des ordonnances (n=33) concernaient une prescription médicamenteuse, 52,3 % (n=23) une prescription d'examen biologique et 13,6 % (n=6) un examen d'imagerie.

4 internes (9,1%) se sont déjà prescrit à la fois médicaments, biologie et imagerie. Un seul (2,3%) précise avoir eu recours de lui-même aux bas de contention. (Figure 9)

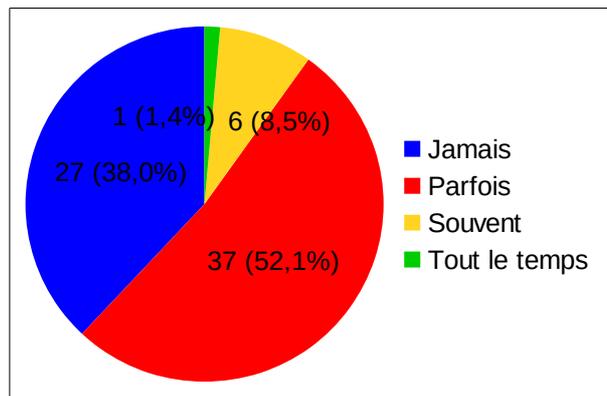


Figure 8: Recours à l'auto-prescription dans le cadre d'une inquiétude sur leur santé chez les IMG picards

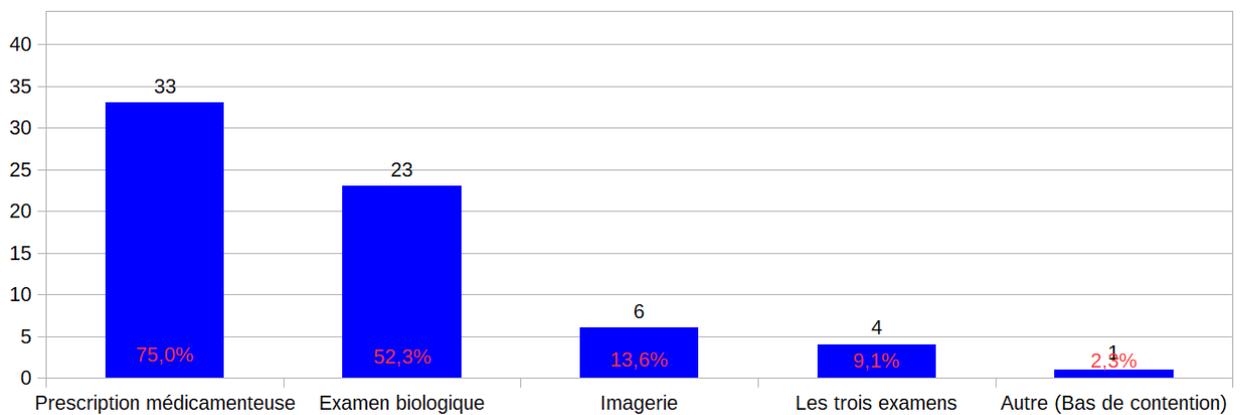


Figure 9: Nature de l'auto-prescription chez les IMG picards inquiets pour leur santé

7. Conséquences psychologiques et somatiques

38 % des IMG interrogés ont été concernés, au cours de leur internat, par les conséquences psycho-somatiques de l'anxiété liée à la santé.

- 21,1 % (n=15) des internes disent avoir déjà présenté des signes d'anxiété (sueurs, tachycardie, attaque de panique,...),
- 12,7 % (n=9) des signes de dépression (pleurs, impression d'incurabilité, idées noires voire suicidaires...),

- 29,6 % (n=21) des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars,...),
- 12,7 % (n=9) des troubles de l'appétit.

62 % d'entre eux (n=44) n'ont expérimenté aucun symptôme de ce type.

5 internes (7%) avouent avoir déjà été concernés par les 4 types de symptômes au cours de leur internat.

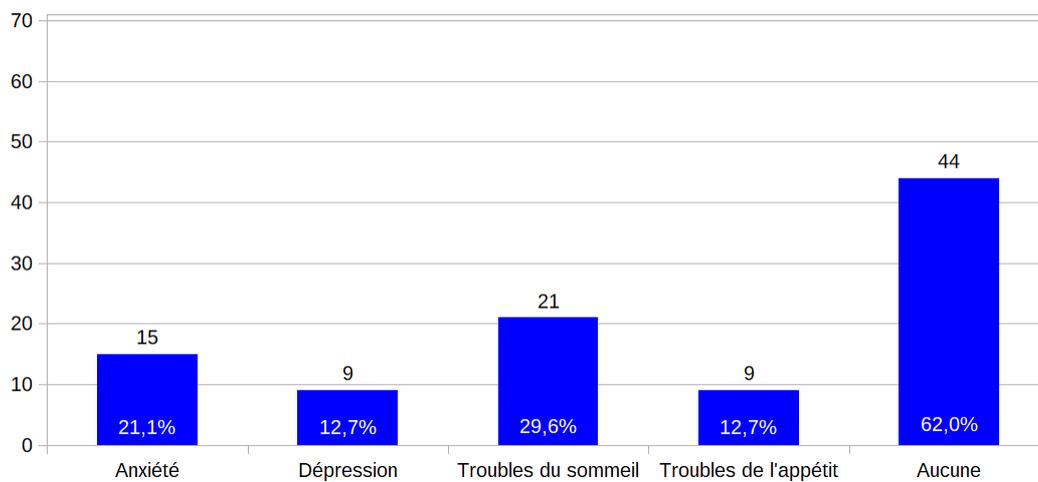


Figure 10: Conséquences psychosomatiques de l'anxiété liée à la santé chez les IMG picards

A noter que dans le cadre de l'anxiété liée à la santé et de ses conséquences, un seul interne (1,4%) sur les 71 interrogés s'est déjà vu prescrire un arrêt de travail.

III. Objectif secondaire: influence des situations rencontrées en stage, de l'âge, du sexe, du niveau général d'anxiété, et du niveau de formation, sur l'inquiétude des IMG picards au sujet de leur propre santé

Seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) ont été présentés dans cette partie.

1. Influence des situations rencontrées en stage

Le fait d'être exposé en stage à des patients atteints de maladies graves ou qui décèdent du fait d'une maladie grave ne semble majoritairement pas influencer l'anxiété des internes quant à leur propre santé : 59,2 % (n=42) ont sélectionné la réponse « jamais ». (Figure 5)

Quant à un mimétisme des symptômes d'une maladie grave rencontrée en stage, 73,2 % des IMG (n=52) disent ne pas se sentir concernés. (Figure 6)

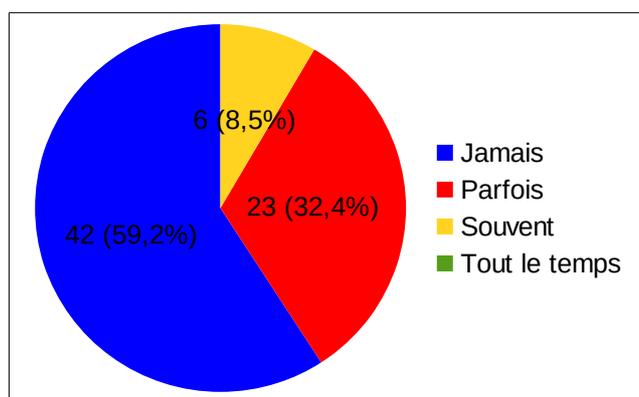


Figure 5: Tendence des IMG picards à se préoccuper davantage de leur santé devant la maladie grave d'un patient ou son décès

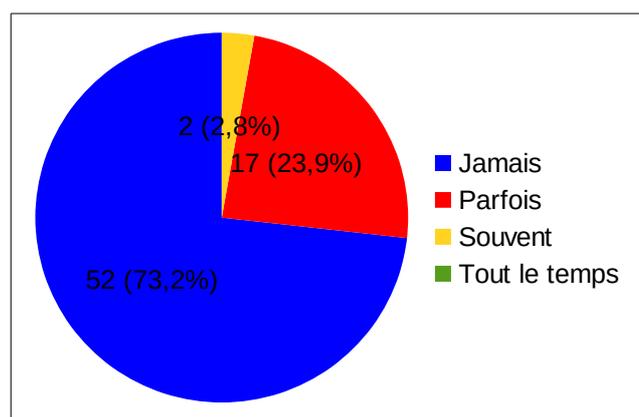


Figure 6: Impression chez les IMG picards de ressentir les symptômes d'une maladie grave dont ils entendent parler

2. Âge

L'analyse retrouve une différence significative chez les moins de 25 ans ($p=0,043$), avec un effectif plus important d'internes se disant plus difficilement rassurés par leur médecin lorsqu'il leur assure que tout va bien.

Tableau 2:

Difficulté pour les IMG picards à être rassurés par le médecin en fonction de leur âge

	Non		Oui		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
moins de 25 ans	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%
25-28 ans	46	85,2%	8	14,8%	54	100,0%
plus de 28 ans	10	83,3%	2	16,7%	12	100,0%
Total	58	81,7%	13	18,3%	71	

$p = 4,3\%$; $\chi^2 = 6,3$; $ddl = 2$ (S)

La relation est significative.

3. Sexe

Nous n'avons mis en évidence aucune différence significative entre les deux sexes concernant la prévalence et les manifestations de l'anxiété liée à la santé.

4. Niveau général d'anxiété

Pour rappel, le niveau général d'anxiété était évalué selon une échelle de 0 à 10. Nous avons pour cette analyse réparti les scores obtenus dans 3 groupes de cette façon:

- de 0 à 2 inclus: très peu à peu anxieux
- de 3 à 6 inclus: moyennement anxieux
- de 7 à 10 inclus: anxieux à très anxieux

La relation entre le niveau d'anxiété de base des IMG picards et leur inquiétude pour leur état de santé de façon générale (Tableau 3) s'avère très significative ($p=0,001$).

Les internes très peu à peu anxieux sont les plus nombreux à se dire rarement inquiets sur leur état de santé, et beaucoup d'internes se considérant comme « anxieux à très anxieux »

sont souvent ou tout le temps préoccupés par leur santé.

Il en va de même pour la crainte d'être atteint d'une maladie grave ($p=0,017$). (Tableau 4)

Tableau 3:

Inquiétude générale des IMG picards pour leur propre santé en fonction de leur niveau d'anxiété de base

	Rarement		Parfois		Souvent		Tout le temps		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
très peu à peu anxieux	15	88,2%	2	11,8%	0	0,0%	0	0,0%	17	100,0%
moyennement anxieux	12	42,9%	14	50,0%	2	7,1%	0	0,0%	28	100,0%
anxieux à très anxieux	8	30,8%	9	34,6%	7	26,9%	2	7,7%	26	100,0%
Total	35	49,3%	25	35,2%	9	12,7%	2	2,8%	71	

$p = 0,1\%$; $\chi^2 = 22,1$; ddl = 6 (TS)

La relation est très significative.

Tableau 4:

Crainte des IMG picards d'être atteints d'une maladie grave en fonction de leur niveau d'anxiété de base

	Jamais		Parfois		Souvent		Tout le temps		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
très peu à peu anxieux	11	64,7%	6	35,3%	0	0,0%	0	0,0%	17	100,0%
moyennement anxieux	12	42,9%	15	53,6%	1	3,6%	0	0,0%	28	100,0%
anxieux à très anxieux	10	38,5%	9	34,6%	7	26,9%	0	0,0%	26	100,0%
Total	33	46,5%	30	42,3%	8	11,3%	0	0,0%	71	

$p = 1,7\%$; $\chi^2 = 12,1$; ddl = 4 (S)

La relation est significative.

Il était intéressant de se pencher sur la relation entre le niveau d'anxiété de base et les conséquences psychosomatiques de l'anxiété liée à la santé chez les internes ayant présenté au cours de leur formation à la fois des signes de dépression, d'anxiété, des troubles du sommeil et de l'appétit ($n=5$ soit 7 % de l'effectif total).

Le test de Fisher a été utilisé, mais aucune relation significative n'a été mise en évidence

Tableau 5:

Lien entre niveau d'anxiété de base et conséquences psycho-somatiques de l'anxiété liée à la santé chez les IMG picards ayant présenté tous les symptômes décrits dans le questionnaire

	niveau anxiété générale
Aucun de ces signes	
des signes d'anxiété (sueurs, tachycardie, attaque de panique ...)	4,4
des signes de dépression (pleurs, impression d'incurabilité, idées noires voire suicidaires, ...)	4,4
des troubles de l'appétit	4,4
des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars, ...)	4,4

p = **100,0%** ; F = **0,0 (NS)**

La relation n'est pas significative.

Valorisation des échelons : de 0 (0) à 10 (10)

5. Niveau de formation

La préoccupation des IMG picards au sujet de leur santé en fonction des situations rencontrées en stage semble significativement moins importante chez les internes de première et deuxième années ($p=0,032$).

Tableau 6:

Préoccupation des IMG picards au sujet de leur santé devant des situations rencontrées en stage en fonction de leur niveau de formation

	Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps	Total
Autre	2	0	0	0	2
DES 1	5	9	0	0	14
DES 2	22	4	3	0	29
DES 3	13	10	3	0	26
Total	42	23	6	0	71

p = **3,2%** ; chi2 = **13,8** ; ddl = **6 (S)**

La relation est significative.

DISCUSSION

I. Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces

a. Originalité du sujet

Étudier le phénomène d'anxiété liée à la santé chez les IMG est quelque peu inédit en France puisque peu d'études y ont été menées en population générale, et encore moins chez les professionnels de santé.

Aucune étude n'a par ailleurs été menée à l'étranger sur ce qui s'apparente à la période de l'internat en France.

b. Méthodologie

La méthodologie employée est adéquate: une étude épidémiologique descriptive transversale permet en effet de s'intéresser de manière ponctuelle à un problème de santé et d'en déterminer la prévalence au sein d'un échantillon.

Le recueil des données n'a débuté qu'au mois d'avril 2017, afin de permettre aux internes nouvellement inscrits de faire l'expérience d'un premier semestre de stage.

Le nombre de sujets nécessaires à la réalisation de ce travail avait été fixé arbitrairement à 10 % de l'effectif total des IMG picards. Nous avons recueilli 71 réponses soit 19,6 % de cet effectif, ce qui témoigne d'un certain intérêt des participants pour le sujet.

Tous les niveaux de formation ont été représentés.

L'on constate une sur-représentation des femmes : 60,6 % des participants. Ce même chiffre est retrouvé dans la démographie médicale picarde de 2013 [35], qui recense 60,6 % de

femmes parmi les médecins généralistes de moins de 35 ans.

Notre échantillon s'avère donc sur ce point assez proche de la population des jeunes médecins généralistes picards, et tient compte de la féminisation de la profession.

2. Faiblesses

a. Biais de sélection

Parmi les participants, certains ont probablement accepté de répondre au questionnaire parce que le sujet faisait écho à une expérience personnelle.

Ce biais d'auto-sélection contribue à affaiblir la représentativité de notre échantillon.

b. Biais de mesure

Notre questionnaire n'est pas un outil validé dans la littérature. Il s'inspire du HAQ (Annexe 2) et du MSD Score (Annexe 3), et a été adapté à la population étudiée.

Pour certaines questions, il s'agit de la traduction en langue française d'items retrouvés dans le HAQ et le MSD Score. En effet, aucun instrument francophone de mesure de l'anxiété envers la santé n'est disponible et validé à ce jour [14].

c. Biais de prévarication

Bien que couvertes par l'anonymat, certaines réponses, un peu délicates et à caractère personnel, ne sont peut être pas authentiques.

Certains auteurs [19][23] soulignent le caractère tabou de l'anxiété liée à la santé au cours du cursus médical, source de plaisanteries et de déni.

Par exemple, l'on peut comprendre qu'il ait été difficile pour certains d'admettre avoir été en arrêt de travail en raison d'une anxiété envers la santé.

Cela pourrait en partie expliquer le faible pourcentage d'internes (1,4%) ayant répondu

positivement à cette question.

II. Discussion autour des principaux résultats

1. Objectif principal

a. Prévalence de l'anxiété liée à la santé : des chiffres toujours discordants

Concernant la prévalence de l'anxiété liée à la santé, il est difficile de faire une comparaison pertinente entre nos résultats et ceux de la littérature.

La plupart des travaux réalisés à ce sujet en population générale ou dans le cadre du MSD s'appuient sur des scores établis à partir d'outils d'évaluation validés, pour lesquels des points sont attribués à chaque question.

Cela n'est pas le cas dans notre étude, dans laquelle le questionnaire a été adapté à la population étudiée. Cela rajoute encore de la discordance aux résultats disponibles puisque nous avons employé une méthodologie différente de celle des autres travaux.

Barsky et Creed [36] font ressortir dans une revue de la littérature la multiplicité des outils utilisés pour étudier un phénomène d'ailleurs défini de manière inhomogène par les auteurs (Hypocondrie vraie selon le DSM? Hypocondrie transitoire ? Anxiété liée à la santé ?). Les prévalences associées à ces travaux, et recensées dans la revue, sont par conséquent très disparates.

Nous nous sommes résolument tournés vers une définition plus proche de celle de l'anxiété liée à la santé et du MSD pour la réalisation de ce travail.

Les caractéristiques des populations étudiées, notamment en ce qui concerne le MSD, influencent aussi les résultats retrouvés, puisque d'un pays à l'autre, les cursus médicaux ne sont pas les mêmes. [25]

Dans notre étude, plus de la moitié des internes (50,7%) se disaient parfois, souvent voire tout le temps inquiets pour leur santé, et 53,5 % avaient déjà craint au cours de leur internat d'être atteints d'une maladie grave.

Un résultat qui contraste avec la prévalence de l'interprétation erronée des symptômes et des vérifications corporelles (38 % des IMG), qui sont pourtant deux éléments majeurs qui sous-tendent le phénomène d'anxiété envers la santé.

Contrairement à certaines données de la littérature [20][25][26], nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour ces items entre le début et la fin de la formation des IMG.

Il est en effet difficile d'avoir du recul sur une période courte comme celle de l'internat en médecine générale (3 ans) et avec un faible taux de participation des remplaçants non thésés (2,8%).

b. Un recours moindre aux professionnels de santé mais une forte tendance à l'auto-prescription

Recours aux professionnels de santé

Dans notre étude, seuls 2 internes (2,8% de l'effectif total) avaient noté une augmentation du nombre de consultations chez le médecin traitant ou autre spécialiste depuis le début de leur formation, au motif d'une anxiété liée à la santé.

Une tendance retrouvée dans une étude néo-zélandaise publiée en 2001 [20], qui ne montrait pas non plus d'augmentation des visites médicales dans le cadre du MSD.

Un autre article [22] mettait même en évidence une différence significative entre les premières et dernières années de formation, avec une diminution de la fréquence des consultations pour anxiété liée à la santé dans les années supérieures.

Dans notre étude, cette différence n'était pas significative chez les IMG picards ($p=0,11$).

Plus de la moitié des IMG répondants (56%) disaient n'avoir eu recours à aucun professionnel de santé lorsqu'ils étaient inquiets pour leur santé.

Ce chiffre donne matière à discussion puisqu'il est difficile de faire la part des choses entre les IMG qui n'ont pas consulté parce qu'ils n'avaient aucune inquiétude sur leur santé et :

- Ceux qui n'ont pas consulté car ils n'avaient pas de médecin traitant. Cette réalité est illustrée par l'enquête du CNOM, publiée en avril 2016 [2], dans laquelle 41% des jeunes médecins déclaraient ne pas avoir de médecin traitant.
- Ceux qui n'ont pas consulté par manque de temps ou par réticence à évoquer ce problème auprès d'un confrère, du fait du caractère tabou, évoqué plus haut, de l'anxiété envers la santé.

Et aussi parce que, selon le vieil adage, les médecins font les pires patients...

- Ceux qui s'auto-diagnostiquent et estiment ne pas avoir besoin de consulter. L'accès à internet sert d'ailleurs cette recherche de réassurance [10], d'autant plus que les internes savent s'orienter vers les sources d'informations les plus fiables. Cette stratégie tendrait à entretenir le phénomène d'anxiété envers la santé.

Baumgartner et Hartmann [43] suggèrent d'ailleurs dans leur étude que l'anxiété induite par ce type de recherches tendrait à augmenter lorsque les supports d'informations sont sérieux et de notoriété majeure.

Pour différencier ces situations, nous aurions pu, par le biais d'une réponse libre, demander aux IMG la raison réelle de leur non-consultation.

Auto-prescription

44 internes (61,9%) de notre étude ont eu recours à l'auto-prescription à des fréquences diverses lorsqu'ils étaient inquiets pour leur état de santé. Pour 75 % d'entre eux (soit 44,6 % de l'effectif total des participants) il s'agissait d'une prescription médicamenteuse.

Une étude israélienne [26] retrouve un chiffre moins conséquent : 34,5% des étudiants interrogés disaient recourir à l'auto-médication.

Cette différence peut s'expliquer par le fait que les sujets inclus dans cette étude étaient plus jeunes (il s'agissait d'étudiants de la 1ère à la 6ème année de médecine), et que ces derniers

avaient certainement moins facilement accès à l'auto-prescription que les internes et jeunes médecins.

Dans l'enquête du CNOM [2], il existait un lien significatif entre l'auto-médication, et la perception de son propre état de santé. Les participants s'estimant en mauvaise santé avaient tendance à être sur-représentés. Un constat que l'on pourrait tout à fait transposer dans le cadre de l'anxiété envers la santé chez les jeunes médecins.

c. Des répercussions psychologiques et somatiques indéniables chez certains internes

Les IMG de notre étude disaient avoir déjà fait l'expérience de signes d'anxiété, de dépression, de troubles du sommeil ou de l'appétit dans le cadre d'une anxiété liée à la santé. Des symptômes bien réels même si ces chiffres sont à considérer avec prudence.

La question relative aux conséquences psychologiques et somatiques a été formulée de façon claire, mais on ne peut exclure un biais de compréhension.

Il est difficile de faire avec certitude la différence entre les symptômes liés à des problèmes personnels, ceux liés aux responsabilités qui incombent aux internes, ou des symptômes réellement liés à une préoccupation sur la santé.

Dans tous les cas, plusieurs références de la littérature rapportent ce type de conséquences dans le cadre de l'anxiété liée à la santé [4][19][37], notamment des troubles dépressifs et anxieux.

Scarella et al.[44] notent même sur le plan statistique une corrélation de l'anxiété liée à la santé beaucoup plus forte avec les troubles anxieux qu'avec les troubles dépressifs, mais sans préciser s'ils sont consécutifs à ce phénomène où s'ils en sont un facteur favorisant.

2. Objectif secondaire : une forte corrélation entre le niveau d'anxiété de base et l'anxiété envers la santé

la relation entre le niveau d'anxiété de base des IMG picards et leur inquiétude pour leur état de santé s'est avérée très significative, de même que pour la crainte d'être atteint d'une maladie grave.

Le niveau d'anxiété chez les étudiants en médecine et jeunes médecins a déjà fait l'objet d'une investigation plus précise à travers l'enquête « Santé mentale des jeunes et futurs médecins » publiée en juin 2017 [1].

L'anxiété avait été évaluée à l'aide de l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) dans une population incluant les étudiants en médecine de la deuxième à la 6ème année, les internes toutes spécialités confondues, et les chefs de clinique et assistants. Après calcul des scores, l'enquête avait épinglé le chiffre de 66,2 % comme prévalence de l'anxiété chez les étudiants et jeunes médecins contre 26,1 % en population générale.

Bien qu'en deçà des 66,2 %, la prévalence de l'anxiété retrouvée dans notre étude reste élevée puisqu'elle concerne plus de la moitié de notre échantillon (56%).

La notion de terrain anxieux comme facteur favorisant de l'anxiété envers la santé a été évoquée dans plusieurs références. [4][25][36][37]

Les résultats de notre analyse statistique s'alignent sans conteste sur les données de la littérature.

3. Autres résultats

a. Des caractéristiques différentes du « portrait-type » du sujet anxieux pour sa santé décrit dans la littérature

Le « portrait-type » du sujet anxieux pour sa santé décrit dans la littérature est le suivant :

- Une prédominance féminine [16][17][36][40]
- Un terrain anxieux [4][25][36][37]
- Une symptomatologie qui tend à s'aggraver avec l'âge [14][40]

Dans notre étude, la corrélation entre terrain anxieux et anxiété liée à la santé a bien été démontrée. En revanche, aucune différence significative n'avait été mise en évidence entre le

genre féminin et le genre masculin.

L'âge avait peu d'influence, seuls les moins de 25 ans semblaient avoir plus de difficultés à être rassurés par leur médecin lorsqu'ils étaient préoccupés par leur état de santé ($p=0,43$).

D'autres travaux chez les étudiants en médecine et en population générale retrouvent des résultats similaires aux nôtres en ce qui concerne l'influence de l'âge et du sexe [18][20][25][27][41].

Là encore, ces chiffres sont à interpréter de manière prudente, compte tenu des différences méthodologiques entre les études.

Il est tout de même intéressant de constater que les travaux dont les résultats sont proches des nôtres sont ceux qui s'appuient sur le HAQ et le MSD score, dont s'inspire notre questionnaire.

b. La crainte du cancer : pas d'exception pour les jeunes médecins

Plus de la moitié des IMG picards (50,6%) placent les pathologies tumorales au premier plan de leurs inquiétudes.

Cette proportion est congruente à celle retrouvée dans un sondage IPSOS réalisé en 2015 en population générale, à l'occasion de la Journée mondiale contre le cancer. [42] 57 % des Français disaient considérer le cancer comme la maladie la plus à craindre, loin devant la maladie d'Alzheimer (19 %), le Sida (8 %) et les maladies cardiovasculaires (8 %).

Même constat dans une étude israélienne portant sur le MSD et publiée en 2010 [26]: la crainte de développer une pathologie tumorale était plus importante que celle d'être atteint d'une pathologie cardio-vasculaire. L'explication de ce phénomène selon les auteurs serait que les étudiants se sentiraient moins concernés par les pathologies cardio-vasculaires du fait de leur importante prévalence chez le sujet plus âgé, alors que le cancer peut apparaître à tout âge.

Howes et Salkowskis [22] avancent l'idée d'une confiance moindre des étudiants en

médecine dans les traitements disponibles, en comparaison à la population générale. Ils seraient également bien plus conscients de leurs effets secondaires.

La présence d'antécédents personnels ou familiaux pourrait également avoir une incidence sur la représentation que se font les internes de cette pathologie. Il aurait été intéressant d'étudier l'existence d'un lien afin de confirmer cette hypothèse.

c. Internes: un terrain favorable à l'anxiété envers à la santé ?

Une composante situationnelle ?

Malgré une controverse selon laquelle le MSD aurait été surestimé voire exagéré chez les étudiants en médecine [21][22], les études les plus récentes [19][24][25][26] tendent à réhabiliter ce syndrome. Elles confirment l'impact de l'exposition aux situations cliniques en stage et de l'apprentissage des différentes pathologies, sur la perception des symptômes et la signification que leur attribuent les étudiants en médecine.

Cette constatation n'a toutefois pas été vérifiée à travers notre étude : les situations rencontrées en stage ne semblaient pas majoritairement influencer l'apparition ou l'aggravation d'une préoccupation des IMG sur leur santé (Figures 5 et 6).

Une dimension obsessionnelle ?

Barsky [38] et Taylor [15] ont noté des similitudes entre certains comportements chez les sujets anxieux pour leur santé (vérifications corporelles parfois compulsives, recherche irrépressible de réassurance,...) et les rituels retrouvés dans les TOC. Pour autant ils n'assimilent aucunement l'un à l'autre, car ils précisent que dans l'anxiété liée à la santé, les pensées intrusives et compulsions sont orientées exclusivement vers la santé, tandis que pour les TOC, les comportements ritualisés (compter, ranger ,...) n'ont rien à voir avec l'objet de l'angoisse.

Une étude réalisée à Reims en 2010 [39] mettait en évidence des traits obsessionnels-

compulsifs chez les internes en médecine du fait des exigences attendues dans leur formation, avec une tendance compulsive à travailler et des incitations organisationnelles (compétition et priorité donnée au travail sur la vie privée).

La perspective d'un lien entre cette tendance et l'apparition d'une anxiété liée à la santé chez les internes n'a pas été explorée dans notre étude. Cependant, au vu de l'existence de symptômes tangibles comme les vérifications corporelles et la recherche de réassurance chez les IMG picards, d'autres travaux pourraient être envisageables.

III. Perspectives

1. Prévenir, dépister, aider

L'anxiété envers la santé, quelle que soit son intensité peut impacter la vie personnelle comme la vie professionnelle, et la littérature confirme l'efficacité de la psychothérapie pour s'affranchir de cette anxiété.

Alors que plusieurs auteurs [20][21][24] décrivent ce phénomène comme non pathologique, voire même trivial au sein du cursus médical, d'autres [19][25][26] estiment qu'il ne doit pas être négligé.

Quel impact a-t-il sur la pratique quotidienne des soignants? Sur la relation médecin-patient ?

Et sur la prise en charge du patient hypocondriaque, calvaire du médecin, car il remet en doute sa capacité à diagnostiquer, à rassurer et à être empathique ?

Quelle étrange position pour le médecin hypocondriaque qui tente de soigner chez un autre les mêmes symptômes que ceux dont il souffre !

Une étude de 1966 [23] illustre la difficulté à entretenir une relation médecin-patient saine dans le cadre du MSD à travers cette anecdote : un étudiant en deuxième année de médecine s'est vu développer une phobie du cancer bronchique. Non pris en charge, ses symptômes ont perduré durant les stages cliniques, au cours desquels il évitait systématiquement d'entrer dans la chambre des patients atteints de cancer bronchique.

Quels moyens pourrait-on alors mettre en œuvre pour prendre en charge l'anxiété envers la santé chez les jeunes médecins pour ne pas en arriver là ?

➤ **Prévenir** : il existe déjà quelques guides d'information sur l'anxiété liée à la santé [4] [45]. Une version francophone et condensée pourrait être intéressante à éditer afin d'informer les étudiants dès l'externat sur ce phénomène.

➤ **Dépister** : à l'occasion de groupes de parole dédiés [19]. Par exemple, pour les IMG, aborder le sujet au cours d'un GEP (Groupe d'Échanges de Pratiques) pourrait permettre d'identifier les sujets fragiles.

Les médecins généralistes devraient également être sensibilisés à ce type de mal-être afin de participer au dépistage. Dans cette même optique, et comme pour tout autre membre du personnel hospitalier, un entretien régulier et obligatoire avec la médecine du travail devrait être instauré.

➤ **Aider** : lorsque les symptômes sont trop envahissants : permettre l'accès à la psychothérapie, individuelle ou en groupe, lister les professionnels agréés pour ce type de prise en charge .

Depuis le 1^{er} janvier 2018, un numéro unique d'entraide, le 0826 000 401, est officiellement ouvert et dédié aux praticiens et internes en difficulté. Il s'agit d'une initiative conventionnelle de l'Ordre des Médecins et de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants (AAPMS).

Disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, le dispositif doit permettre d'orienter l'appelant vers des associations d'entraide, des établissements de soins partenaires, le conseil départemental de l'Ordre où est inscrit le praticien ou toute autre structure utile. [46]

2. Et chez les autres professionnels de santé ?

Seule une étude chinoise [47] chez les étudiants infirmiers est ressortie de nos recherches bibliographiques. Elle explorait l'anxiété liée à la santé sous un angle différent du nôtre, en cherchant à établir un lien avec les troubles de personnalité et l'alexithymie, la difficulté à différencier et exprimer ses émotions.

En France, une étude de prévalence serait tout à fait intéressante chez les internes d'autres spécialités, les médecins généralistes installés, les praticiens hospitaliers, et les professions paramédicales (infirmiers, aide-soignants, kinésithérapeutes,...).

D'une profession à l'autre, la connaissance des diverses pathologies n'est pas la même. Cela implique-t-il une façon différente d'aborder le patient, mais aussi une conception et une interprétation autres des symptômes en fonction du bagage théorique à disposition, et des situations cliniques rencontrées ?

Le lieu d'exercice a peut-être aussi une influence sur le développement ou le maintien de l'anxiété envers la santé. Les hôpitaux sont-ils plus anxiogènes que les cabinets de ville? Les professionnels de santé qui travaillent par exemple dans un service d'oncologie sont-ils plus préoccupés par leur santé que ceux des autres services ?

D'autres travaux seraient nécessaires pour répondre à ces questions.

3. L'anxiété liée à la santé, un phénomène de société ?

Ne sommes-nous pas sollicités de toutes parts pour devenir anxieux au sujet de notre propre santé ?[48][49][50]

Les médias, quel que soit leur support (journaux, radio, télévision, réseaux sociaux,...), ont de plus en plus d'emprise sur les affaires de santé, et s'avèrent souvent très anxiogènes dans leur façon de traiter l'information.

L'affaire du Levothyrox® est un exemple parlant de cette influence, à l'origine de l'interprétation erronée des symptômes chez certains patients.

Internet reste la principale source d'information médicale pour le public, malgré la fiabilité discutable de nombreux sites.[10] L'information médicale est servie sur un plateau, laissant la place à une interprétation souvent erronée des symptômes qui inquiètent...

Le terme « cybercondrie », apparu au début du XXIème siècle, est plus que jamais d'actualité.

CONCLUSION

Il est difficile de trouver une définition simple de l'anxiété liée à la santé, notion encore peu usitée en France. Mais il est encore plus difficile de se mettre d'accord sur une définition commune d'un pays à l'autre afin d'homogénéiser les résultats des travaux à ce sujet.

Pour explorer ce phénomène, nous avons souhaité nous affranchir de la définition rigide de l'hypocondrie, définie par le DSM IV. Nous nous sommes tournés vers une conception moins catégorisée, permettant d'accepter une forme d'inquiétude moins pathologique d'emblée, et qui tient compte du contexte et du vécu des sujets étudiés. La notion d'anxiété liée à la santé nous semblait la plus pertinente pour cette étude.

Dans ce travail, l'anxiété liée à la santé ne semble pas être un phénomène de masse chez les IMG picards, mais pourtant, elle existe.

Interprétation parfois erronée des signaux somatiques, vérifications corporelles, recherche de réassurance auprès d'autres confrères : même s'ils ne représentent pas la majorité de la population interrogée, certains confirment avoir déjà été concernés par ces symptômes au cours de leur internat.

On constate sans trop d'étonnement une large tendance à l'auto-prescription pour faire face à cette inquiétude.

Les situations rencontrées en stage, l'âge, le sexe et le niveau de formation semblent avoir peu d'influence sur l'apparition ou la pérennisation d'une anxiété liée à la santé. En revanche, le niveau d'anxiété de base y est franchement corrélé.

Les conséquences psychosomatiques de l'anxiété liée à la santé chez les IMG picards sont à considérer avec attention et incitent à se pencher sur des moyens de prévention, de dépistage et de prise en charge des internes en difficulté.

La prévalence et les manifestations de l'anxiété liée à la santé ne sont pas connues chez les autres professionnels de santé, médicaux et para-médicaux, mais devraient pouvoir faire l'objet d'une étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. ISNI, ISNAR-IMG, ISNCCA, ANEMF. Enquête santé mentale des jeunes et futurs médecins. 2017.
2. Mourgues J-M, Le Breton-Lerouillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins. Commission jeunes médecins-CNOM- Section santé publique et démographie médicale; 2016 p. 99.
3. Lamotte F, Goëb J-L. L'hypocondrie au fil des siècles. Aspects historique, clinique et thérapeutique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Oct 2006;164(8):703-15.
4. Orlemans H, Bergh O van den, Rillaer J van. Phobies intéroceptives et phobies de maladies. Paris: Presses universitaires de France; 1997.
5. Bridou M. Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal. Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche. [Tours]: Université F. Rabelais; 2012.
6. Bleichhardt G, Hiller W. Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology.* Nov 2007;12(4):511-23.
7. Magariños M, Zafar U, Nissenon K, Blanco C. Epidemiology and treatment of hypochondriasis. *CNS Drugs.* 2002;16(1):9-22.
8. Benoît-Lamy S, Boyer P, Crocq M-A, Guelfi JD, Pichot P, Sartorius N, et al. DSM-IV-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2005.
9. Consoli SM. Devenir des troubles somatoformes dans le DSM-5 : disparition ou renouveau ? *European Psychiatry.* nov 2015;30(8):S41.

10. Crassous B. Cybercondrie : état des connaissances [Internet] [Thèse]. [Toulouse]: Université Paul Sabatier; 2014 [cité 15 août 2017]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/183862775>
11. Prescrire. DSM-V: au fou! 1 sept 2010;30(323):699.
12. Tyrer P, Eilenberg T, Fink P, Hedman E, Tyrer H. Health anxiety: the silent, disabling epidemic. *BMJ*. 25 avr 2016;i2250.
13. Höfling V, Weck F. Hypochondriasis Differs From Panic Disorder and Social Phobia: Specific Processes Identified Within Patient Groups. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Mars 2017;205(3):227-33.
14. Bridou M, Aguerre C. L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Août 2012;170(6):375-81.
15. Taylor S. Understanding and treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*. Déc 2004;11(1):112-23.
16. Boulangé S. Les symptômes médicalement inexplicés auxquels sont confrontés les étudiants en médecine générale: enquête épidémiologique réalisée auprès des étudiants en médecine de Paris 12 [Thèse]. [Creteil]: UPEC; 2009.
17. Meunier-Fadel S. Les symptômes médicalement inexplicés en médecine générale: étude réalisée auprès de 12 médecins généralistes enseignants [Thèse]. [Creteil]: UPEC; 2009.
18. Neng JMB, Weck F. Attribution of Somatic Symptoms in Hypochondriasis: Symptom Attribution in Hypochondriasis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Mars 2015;22(2):116-24.

19. Collier R. Imagined illnesses can cause real problems for medical students. *Canadian Medical Association Journal*. 25 mars 2008;178(7):820-820.
20. Moss-Morris R, Petrie KJ. Redefining medical students' disease to reduce morbidity. *Med Educ*. août 2001;35(8):724-8.
21. Waterman LZ, Weinman JA. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. *JRSM Open*. 3 févr 2014;5(2):204253331351248.
22. Salkovskis PM, Howes OD. Health anxiety in medical students. *The Lancet*. Mai 1998;351(9112):1332.
23. Woods SM, Natterson J, Silverman J. Medical students' disease: hypochondriasis in medical education. *J Med Educ*. Août 1966;41(8):785-90.
24. Singh G, Hankins M, Weinman JA. Does medical school cause health anxiety and worry in medical students? *Medical Education*. Mai 2004;38(5):479-81.
25. Zahid MF, Haque A, Aslam M, Aleem NA, Hussain S, Fahad H, et al. Health-Related Anxiety and Hypochondriacal Concerns in Medical Students: A Cross-Sectional Study From Pakistan. *Teaching and Learning in Medicine*. 2 juill 2016;28(3):252-9.
26. Azuri J, Ackshota N, Vinker S. Reassuring the medical students' disease – Health related anxiety among medical students. *Medical Teacher*. juill 2010;32(7):e270-5.
27. Lucock MP, Morley S. The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*. Mai 1996;1(2):137-50.
28. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine* [Internet]. juill 2002 [cité 14 août 2017];32(05). Disponible sur: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291702005822

29. Witthöft M, Weck F, Gropalis M. The Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: Factor Structure, Specificity, Reliability, and Validity in Patients With Hypochondriasis. *Assessment*. Juin 2015;22(3):361-73.
30. Basquin A, Richoux C, Lejoyeux M. Psychothérapies cognitivo-comportementales de l'hypocondrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. avr 2008;166(3):238-45.
31. Schwind J, Neng JMB, Weck F. Changes in Free Symptom Attributions in Hypochondriasis after Cognitive Therapy and Exposure Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. Sept 2016;44(05):601-14.
32. Weck F, Neng JMB. Response and Remission After Cognitive and Exposure Therapy for Hypochondriasis: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. nov 2015;203(11):883-5.
33. Weck F, Neng JMB, Richtberg S, Jakob M, Stangier U. Cognitive therapy versus exposure therapy for hypochondriasis (health anxiety): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(4):665-76.
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Les remplacements [Internet]. 2012. Disponible sur:
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/les_replacements.pdf
35. Le Breton-Lerouvillois G, Rault J-F. La démographie médicale en Picardie, Situation en 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013 p. 60.
36. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. Avr 2004;56(4):391-408.
37. BROUSSE G, ROGER JD, GENESTE J. Hypocondrie et urgences. [cité 22 janv 2017]; Disponible sur: http://psychaanalyse.com/pdf/HYPOCONDRIE_ET_URGENCES.pdf

38. Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992;33:28-3
39. Grebot E, Berjot S, Lesage F-X, Dovero M. Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. juin 2011;21(2):43-52.
40. Rief W, Hessel A, Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosom Med*. Août 2001;63(4):595-602.
41. Barsky AJ, Frank CB, Cleary PD, Wyshak G, Klerman GL. The relation between hypochondriasis and age. *American Journal of Psychiatry*. juill 1991;148(7):923-8.
42. Barthélémy L. Les Français face au cancer. IPSOS; 2015 févr.
43. Baumgartner SE, Hartmann T. The Role of Health Anxiety in Online Health Information Search. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. oct 2011;14(10):613-8.
44. Scarella TM, Laferton JA, Ahern DK, Fallon BA, Barsky A. The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive and somatoform disorders. *Psychosomatics* 2016;57:200-7
45. Hogan B, Young C. An introduction to coping with health anxiety [Internet]. London: Robinson; 2007 [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=695855>
46. Foult M. Lancement du numéro pour les médecins et internes en souffrance [Internet]. lequotidiendumedecin.fr. 2018. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/01/02/lancement-du-numero-pour-les-medecins-et-internes-en-souffrance_853783

47. Zhang Y et al. Investigation of Health Anxiety and Its Related Factors in Nursing Students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014;10: 1223–1234.
48. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2015;22(2):277–284
49. Guglielmucci F, Saroldi M, Zullo G, Munno D, Granieri A. Personality profiles and problematic internet use in a sample of Italian adolescents. 2017;14(1): 94-103
50. Schurgin O'Keeffe G, Clarke-Pearson K, Council on Communications and Media. The Impact of Social Media on Children, Adolescents, and Families. *Pediatrics* 2011;127;800

ANNEXE 1 : Questionnaire de l'étude (version non numérique)

Chers internes, chers futurs confrères,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon sujet de thèse dans lequel j'aborde la question de l'anxiété liée à la santé chez les internes de médecine générale picards.

Êtes-vous devenus tout à coup plus inquiets au sujet de votre propre santé depuis que vous avez commencé votre formation en tant qu'internes ? Avez-vous déjà craint d'être atteint d'une maladie rencontrée au cours d'un stage ? Faites-moi part de votre ressenti !

Ce questionnaire, bien évidemment anonyme, ne vous prendra que quelques minutes.

Comptant sur votre participation, très importante pour la validité de mon enquête, je vous remercie pour l'aide que vous apporterez à la réalisation de ce travail.

Marine GAUVIN, IMG DES 3

1) Vous êtes : Homme () Femme ()

2) Votre âge :.....

3) Précisez votre année de DES actuelle :.....

4) D'une façon générale, vous considérez-vous comme une personne anxieuse ?

Pas du tout

Tout à fait

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5) D'une façon générale, êtes-vous inquiet au sujet de votre propre santé ?

Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps

6) Parmi les propositions suivantes, classez les 4 pathologies que vous craignez le plus vous concernant ? (1 pour celle que vous craignez le plus, 4 pour celle que vous craignez le moins) :

- Cancer (tumeur solide ou hémopathie)
- Pathologies cardio-vasculaires (IDM, AVC, dissection aortique...)
- Pathologies neuro-dégénératives (SEP, démences...)
- Pathologies psychiatriques
- Pathologies respiratoires (BPCO, ...)
- Pathologies infectieuses (VIH, infections communautaires,...)
- Pathologies digestives (MICI,...)
- Pathologies endocriniennes et métaboliques
- Pathologies ostéo-articulaires (SPA, ...)
- Pathologies ophtalmologiques et ORL (surdité, c cicit ...)
- Pathologies génétiques

7) **Depuis le début de votre internat**, avez-vous déjà craint d'être atteint d'une maladie grave ?

Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps

8) **Depuis que vous êtes interne**, lorsque vous rencontrez un patient atteint d'une maladie grave ou que vous apprenez le décès d'un patient suite à une maladie grave, avez-vous alors tendance à vous préoccuper davantage de votre santé ?

Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps

9) **Depuis que vous êtes interne**, lorsque vous entendez parler d'une maladie grave, avez-vous l'impression d'en ressentir les symptômes ?

Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps

10) **Depuis que vous êtes interne**, avez-vous plus souvent tendance qu'avant à rattacher une sensation corporelle désagréable ou inhabituelle à une pathologie grave ?

Oui

Non

11) **Depuis que vous êtes interne**, vous arrive-t-il plus souvent qu'avant d'examiner votre corps afin de vérifier si vous n'avez pas d'anomalie?

Oui

Non

12) Au cours de votre internat, et **parce que vous étiez inquiet(e) sur votre état de santé**, avez-vous déjà eu recours :

- à votre médecin traitant : Oui () Non ()

- à un autre spécialiste : Oui () précisez..... Non ()

13) La fréquence de ces consultations a-t-elle augmenté au cours de votre internat du fait de votre inquiétude au sujet de votre propre santé ?

Oui

Non

14) **Depuis que vous êtes interne**, est-ce plus difficile pour vous d'être rassuré lorsque votre médecin vous assure que tout va bien ?

Oui

Non

15) Au cours de votre internat avez-vous déjà eu recours à l'auto-prescription **parce que vous étiez inquiet sur votre état de santé** ?

Jamais	Parfois	Souvent	Tout le temps

Si la réponse choisie est « jamais », passer à la question 18

16) Cette auto-prescription concernait-elle :

une prescription médicamenteuse

Si oui, a-t-elle déjà concerné :

des anxiolytiques ?

des antidépresseurs ?

un examen biologique

une imagerie

autre (précisez) :.....

17) Au cours de votre internat, et **parce que vous étiez inquiet(e) sur votre état de santé**, vous êtes-vous déjà fait prescrire un arrêt de travail ?

Oui

Non

18) Au cours de votre internat, et **parce que vous étiez inquiet(e) sur votre état de santé**, avez-vous déjà présenté :

des signes d'anxiété (sueurs, tachycardie, attaque de panique,...)

des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars,...)

des troubles de l'appétit

des signes de dépression (pleurs, impression d'incurabilité, idées noires voire suicidaires...)

Aucun de ces signes

ANNEXE 2 : Health Anxiety Questionnaire (HAQ)

Health worry and preoccupation

- Do you ever worry about your health?
- When you notice an unpleasant feeling in your body, do you tend to find it difficult to think of anything else?
- If you have an ache or pain do you worry that it may be caused by a serious illness?
- Do you ever find it difficult to keep worries about your health out of your mind?
- When you notice an unpleasant feeling in your body, do you ever worry about it?
- When you wake up in the morning do you find you very soon begin to worry about your health?
- When you read or hear about an illness on TV or radio does it ever make you think you may be suffering from that illness?
- Do you ever feel afraid that you may have any other serious illness? Which illness?

Fear of illness and death

- Are you ever worried that you may get a serious illness in the future?
- Does the thought of a serious illness ever scare you?
- When you hear of a serious illness or the death of someone you know, does it ever make you more concerned about your own health?
- Do you ever feel afraid of news that reminds you of death (such as funerals, obituary notices)?
- Do you ever feel afraid that you may die soon?
- Do you ever feel afraid that you may have cancer?
- Do you ever feel afraid that you might have heart disease?

Reassurance-seeking behaviour

- Do you ever examine your body to find whether there is something wrong?

- When you experience unpleasant feelings in your body do you tend to ask friends or family about them?
- Do you tend to read up about illness and diseases to see if you may be suffering from one?

Interference with life

- Have your bodily symptoms stopped you from working during the past six months or so?
- Do your bodily symptoms stop you from concentrating on what you are doing?
- Do your bodily symptoms stop you from enjoying yourself?
- When you experience unpleasant feelings in your body do you ever worry that they may be caused by a serious illness?

for each question score 0 for "not at all or rarely", 1 for "sometimes", 2 for "often", and 3 for "most of the time"

Lucock MP, Morley S. The Health Anxiety Questionnaire. British Journal of Health Psychology. mai 1996;1(2):137-50.

ANNEXE 3: MSD Score

MSD-Perception

1. When I experience symptoms, I try to match these symptoms to an illness I have read or heard about.
2. When I hear about an illness, I get symptoms similar to that illness.
3. I find that when I hear about a new illness, I think for a while that I have that illness.
4. When I hear about diseases, I think I have them.
5. When I experience symptoms, I attempt to find out what disease they may be related to.

MSD-Distress

1. I get concerned when I experience symptoms in case I have a serious illness.
2. When I learn or read about different diseases, I become worried that I may have one of these diseases.
3. I often fear that I may have a serious illness.
4. I find myself worrying that I might have a disease I have just heard or read about.
5. If a disease is brought to my attention, I worry about getting it myself.

Moss-Morris R, Petrie KJ. Redefining medical students' disease to reduce morbidity. Med Educ. Août 2001;35(8):724-

ANXIETE LIEE A LA SANTE : UNE ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE CHEZ LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE PICARDS

INTRODUCTION : L'anxiété liée à la santé désigne une crainte plus ou moins intense d'être atteint d'une maladie grave. Aucune étude française n'a analysé ce phénomène parmi les internes de médecine générale. L'objectif principal de ce travail était d'en étudier la prévalence et les manifestations chez les internes de médecine générale (IMG) picards. L'objectif secondaire était d'évaluer l'existence d'un lien entre les situations rencontrées en stage, l'âge, le sexe, le niveau d'anxiété en général, le niveau de formation des IMG, et leur inquiétude sur leur santé.

METHODE : Cette étude descriptive transversale quantitative a interrogé 71 IMG picards à l'aide d'un questionnaire anonyme, inspiré du Health Anxiety Questionnaire (HAQ) et du MSD-Score.

RESULTATS : A des degrés divers (parfois, souvent, tout le temps), 50,7 % des IMG étaient inquiets au sujet de leur santé, 53,6 % craignaient d'avoir une maladie grave. 38 % étaient concernés par l'interprétation erronée des symptômes et les vérifications corporelles, 44 % par la recherche de réassurance, 61,9 % par l'auto-prescription. Anxiété, dépression, troubles du sommeil ou de l'appétit étaient les conséquences psychosomatiques retrouvées chez 38 % des IMG. Il existait une forte corrélation entre le niveau général d'anxiété et l'anxiété liée à la santé ($p=0,001$), mais peu d'influence de l'âge, du sexe, du niveau de formation et des situations rencontrées en stage.

CONCLUSION : L'anxiété liée à la santé n'est pas un phénomène de masse chez les IMG picards mais existe cependant. Des moyens de prévention, dépistage et prise en charge pourraient être envisagés.

Mots-clés : anxiété liée à la santé, internat, médecine générale, auto-prescription, psycho-somatique, prévention, dépistage

HEALTH ANXIETY : AN EPIDEMIOLOGICAL INVESTIGATION AMONG GENERAL MEDICINE INTERNS IN PICARDIE

INTRODUCTION : Health anxiety is a more or less intense fear of having some serious disease. No study has been conducted on this phenomenon in France. The main aim of this study was to investigate the prevalence and the clinical features of health anxiety among general medicine interns (GMI) in Picardie. The secondary aim was to examine the association between clinical situations during internship, age, gender, general anxiety level, years of study, and health anxiety.

METHOD : This cross-sectionnal study investigated on 71 general medicine interns. The questionnaire was anonymous and based on the Health Anxiety Questionnaire and the MSD-Score.

RESULTS : In different degree (sometimes, often, most of the time), 50,7 % of the GMI had health-related concerns, 53,6 % were afraid of having some serious disease. 38 % reported misinterpretation of bodily symptoms and body examination, 44 % reassurance seeking, and 61,9 % self-prescriptions. 38 % reported anxiety, depression, sleeping and eating disorders because of their health-related fears. Elevated general anxiety was correlated to greater likelihood of developing health anxiety ($p=0,001$), but age, gender, years of study, and clinical situations during internship were not associated with this tendency.

CONCLUSION : Although health anxiety does not concern the major part of the GMI, it remains a real phenomenon. Prevention, screening and support measures shall be considered.

Keywords : health anxiety, internship, general medicine, self-prescription, psychosomatic, prevention, screening