

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Evaluation de la prévalence des cas probables de troubles du  
comportement alimentaire chez les internes de médecine générale de Lille  
en 2020-2021, une étude quantitative.**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 13 avril 2023 à 18h  
au Pôle Formation  
**par Thomas DANG**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Monsieur le Docteur Vincent LEMAHIEU**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD**

---

# **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.



# **TABLE DES MATIERES**

Liste des abréviations .....	4
Table des figures et tableaux.....	6
RESUME .....	8
ABSTRACT .....	9
INTRODUCTION.....	10
I. Les Troubles du Comportement Alimentaire .....	11
A. Définitions DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual).....	11
1. Anorexie mentale (Anorexia Nervosa).....	12
2. Boulimie (Bulimia Nervosa).....	14
3. Accès Hyperphagiques (Binge-Eating-Disorder).....	16
B. Autres troubles .....	18
C. Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliment, spécifié (Other specified feeding or eating disorders, OSFED) .....	18
D. Trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliment, non spécifié (Unspecified Feeding or Eating disorders, USFED ou anciennement Eating Disorder Not Otherwise Specified, EDNOS).....	20
B. Epidémiologie des TCA .....	20
1. Prévalence.....	20
2. Sex Ratio .....	22
3. Âge de début .....	23
4. Facteurs de risque et comorbidités.....	23
5. Complications .....	26
6. Evolution.....	29
II. Outils de dépistage et de diagnostic .....	31
A. Questionnaires .....	31
1. Entretiens directifs/semi-directifs (non exhaustif) .....	31
2. Les auto-questionnaires (non exhaustif).....	32
B. SCOFF .....	33
C. SCOFF-F.....	35
D. SCOFF en population générale .....	37
III. Les Internes de Médecine Générale .....	39
A. Des soignants avant tout .....	39
B. Santé mentale des internes .....	40
C. Travail et temps de travail des internes.....	41
D. Poids et habitudes alimentaires.....	42

E. Recours au soin .....	44
F. Impact du COVID-19.....	46
1. COVID-19 et soignants .....	46
2. COVID-19 et internes .....	47
3. COVID-19 et TCA.....	47
G. Trauma et TCA.....	48
H. Internes et TCA.....	51
OBJECTIFS .....	54
I. Objectif Principal.....	54
II. Objectifs secondaires .....	54
III. Hypothèses .....	54
MATERIEL ET METHODES .....	55
I. Conception de l'étude.....	55
II. Le questionnaire .....	55
III. Contexte .....	55
IV. Population .....	56
A. Critères d'inclusion.....	56
B. Critères d'exclusion.....	56
C. Sources et méthodes de sélection .....	56
V. Recueil des données .....	56
VI. Variables recueillies et critères de résultats .....	57
VII. Analyse des données.....	57
RESULTATS .....	59
I. Analyse descriptive.....	60
A. Taux de participation.....	60
B. Données socio-démographiques.....	61
1. Répartition selon le sexe .....	61
2. Répartition selon l'âge.....	62
3. Répartition selon le poids.....	63
4. Répartition selon l'IMC .....	64
5. Répartition selon la catégorie d'IMC .....	65
6. Répartition selon la promotion de DES.....	66
C. Questionnaire SCOFF-F .....	67
II. Analyse Bi-variée selon la positivité du SCOFF-F.....	69
A. Répartition des résultats positifs au SCOFF-F par rapport au sexe.....	71
B. Répartition des résultats SCOFF-F positifs par rapport aux catégories d'IMC .....	72
C. Répartition des SCOFF-F positifs selon la promotion de DES.....	73

D.	Répartition des réponses positives aux questions du SCOFF-F .....	74
E.	Répartition des SCOFF-F positifs selon l'âge .....	75
F.	Répartition des SCOFF-F selon l'IMC .....	75
G.	Autres analyses bi-variées significatives .....	76
1.	Analyse selon la réponse à la 1 <sup>ère</sup> question (SICK).....	76
2.	Analyse selon la réponse à la 2 <sup>e</sup> question (CONTROL) .....	76
3.	Analyse selon la réponse à la 4 <sup>e</sup> question (FAT) .....	77
4.	Analyse selon la réponse à la 5 <sup>e</sup> question (FOOD).....	78
III.	Moyens de prévention avancés par les internes (réponses ouvertes) .....	79
A.	Informations <i>via</i> un média.....	79
B.	Prévention <i>via</i> la formation .....	79
C.	Prévention <i>via</i> le bien-être individuel.....	80
D.	Prévention <i>via</i> une consultation avec un professionnel .....	80
E.	Prévention <i>via</i> l'action sur les conditions de travail.....	81
F.	Prévention <i>via</i> des dispositifs d'aide.....	82
	DISCUSSION.....	83
I.	Principaux résultats .....	83
II.	Choix, points forts et limites de l'étude.....	84
A.	Type d'étude .....	84
B.	Elaboration du questionnaire .....	85
C.	Population de l'étude .....	87
D.	Taux de participation.....	88
III.	Résultats secondaires.....	90
A.	IMC des internes .....	90
B.	Questions du SCOFF.....	90
C.	Prévention .....	92
1.	Recours aux soins des internes.....	92
2.	Suggestions des internes.....	93
IV.	Perspectives.....	96
	CONCLUSION .....	98
	Références.....	99
	Annexes .....	113

# LISTE DES ABREVIATIONS

AM : anorexie mentale

ANEMF : association nationale des étudiants en médecine de France

BED : Binge eating disorder

CARMF : caisse s'assurance retraite des médecins français

CHU : centre hospitalo-universitaire

CONTROL : 2e question du SCOFF-F ; craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?

DES : diplôme d'études spécialisées

DSM : diagnostic and statistical manual

ECN : examen classant national

EDC : épisode dépressif caractérisé

EDNOS: eating disorder not otherwise specified

ESPT : état de stress post traumatique

FAT : 4e question du SCOFF-F ; pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?

FOOD : 5e question du SCOFF-F ; diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

HAS : haute autorité de santé

IC : intervalle de confiance

IDS : idées suicidaires

IMC : indice de masse corporelle

IMG : internes de médecine générale

ISNAR-IMG : intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

ISNCCA : intersyndicat national des chefs de clinique et assistants

ISNI : intersyndicale nationale des internes

OMS : organisation mondiale de la santé

ONE : 3e question du SCOFF-F ; Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois ?

OSFED: other specified feeding and eating disorder

SCOFF: Sick, control, one stone, fat, food

SCOFF-F : version française du SCOFF

SICK : 1ère question du SCOFF-F ; vous êtes vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien l'estomac plein ?

STROBE: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

TAG : trouble anxieux généralisé

TCA : troubles du comportement alimentaire

TOC : troubles obsessionnels-compulsifs

TS : tentative de suicide

USFED: unspecified feeding or eating disorder

# TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale tirés du DSM-5 (3).....	12
Tableau 2 : critères diagnostiques de la boulimie tirés du DSM-5 (3) .....	14
Tableau 3 : critères diagnostiques des accès hyperphagiques tirés du DSM-5 (3) ...	16
Tableau 4 : SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food) questionnaire (English version) by Morgan et al. (53) .....	34
Tableau 5 : Questionnaire SCOFF-F tiré de l'article de 2011 de Garcia et al. (64) ...	36
Tableau 6 : Taux de positivité du SCOFF en population générale à l'étranger dans la littérature (non exhaustif).....	37
Tableau 7 : Taux de positivité du SCOFF en France dans la littérature (non exhaustif)	38
Tableau 8 : Taux de participation à l'étude .....	60
Tableau 9 : Nombre de résultats positifs au SCOFF-F et de réponses positives pour chaque question .....	67
Tableau 10 : Analyse Bi-variée selon la positivité du SCOFF-F .....	69
<b>Figure 1</b> : Flow-Chart de l'étude .....	59
<b>Histogramme 1</b> : Répartition des sujets selon le sexe .....	61
<b>Histogramme 2</b> : Répartition selon les catégories d'IMC .....	65
<b>Histogramme 3</b> : Répartition selon l'année de DES .....	66
<b>Histogramme 4</b> : Répartition selon le résultat au SCOFF-F .....	68
<b>Histogramme 5</b> : Répartition des internes positifs au SCOFF-F selon le sexe .....	71
<b>Histogramme 6</b> : Répartition des internes positifs au SCOFF-F selon les catégories d'IMC .....	72
<b>Histogramme 7</b> : Répartition des internes positifs au SCOFF-F selon l'année de DES	73
<b>Histogramme 8</b> : Répartition des réponses positives au SCOFF-F selon chaque question .....	74

<b>Box Plot 1</b> : Répartition de l'échantillon selon l'âge .....	62
<b>Box Plot 2</b> : Répartition de l'échantillon selon le poids .....	63
<b>Box Plot 3</b> : Répartition de l'échantillon selon l'IMC .....	64
<b>Box Plot 4</b> : Répartition de l'IMC selon la réponse à la question 2 du SCOFF-F (Control) .....	77
<b>Box Plot 5</b> : Répartition de l'IMC selon la réponse à la question 4 du SCOFF-F (FAT)	78

# RESUME

**But de l'étude :** Les troubles du comportement alimentaires (TCA) présentent le taux de mortalité le plus élevé de toutes les pathologies psychiatriques, et leurs conséquences psychiques et somatiques en font un enjeu de santé publique majeur. Les internes de médecine générale, déjà grandement touchés par les troubles psychiques, ne sont pas à l'abri des TCA. La littérature à ce sujet n'est pas abondante. Notre objectif était d'évaluer la prévalence des cas probable de TCA chez les internes de médecine générale de Lille en 2020-2021.

**Méthodes :** Notre étude était quantitative, observationnelle, descriptive et transversale. L'évaluation de la prévalence des cas probables de TCA a été réalisée par le questionnaire SCOFF-F entre le 14 septembre 2021 et le 16 janvier 2022. Les sujets inclus étaient les internes de toutes les promotions de médecine générale inscrits à l'université de Lille en 2020-2021, y compris la promotion sortante (post-diplôme), ayant répondu à la totalité du questionnaire. Le questionnaire a été réalisé via LimeSurvey® et diffusé par voie numérique ; les réponses étaient anonymisées. Les caractéristiques socio-démographiques ont également été récoltées.

**Résultats :** Sur 246 internes, nous retrouvons 24,4% de cas probable de TCA. Il y avait significativement plus de femmes positives au questionnaire SCOFF ( $p=0,014$ ), mais nous n'avons pas mis en évidence de différence significative selon l'âge ( $p=0,57$ ) ni selon l'année d'internat ( $p=0,98$ ).

**Conclusion :** La prévalence des cas probables de TCA chez les internes de médecine générale paraît élevée selon nos résultats. Ces données semblent coïncider avec la littérature et devraient motiver à réaliser des études de plus grande envergure. Notre travail devrait encourager à mettre en place des mesures de prévention et de prise en charge des TCA chez les internes mais également plus en amont, dès le début des études médicales.

**Mots-clés :** troubles du comportement alimentaire, prévalence, interne de médecine générale, anorexie mentale, boulimie, accès hyperphagiques, questionnaire SCOFF

# ABSTRACT

**Background:** Eating Disorders (EDs) have the highest mortality rate of all psychiatric diseases and their psychic and somatic consequences make them a major public health challenge. General practitioner residents are already highly afflicted by psychiatric disorders and are not sheltered from the EDs. Our aim was to evaluate the prevalence of the likely cases of EDs in General practitioner residents from the University of Lille in 2020-2021.

**Methods:** Our study was quantitative, observational, descriptive and transversal. The prevalence of the likely cases of EDs has been evaluated with the SCOFF-F questionnaire between the 14<sup>th</sup> of September in 2021 and the 16<sup>th</sup> of January of 2022. The included subjects were the residents from all the General practice classes registered in the University of Lille in 2020-2021, including the outgoing class (post-degree), that had answered the whole questionnaire. The questionnaire was made with LimeSurvey® and broadcasted by numerical ways; the answers were anonymized. Socio-demographic characteristics were collected as well.

**Results:** Among 246 residents, we found 24,4% of likely cases of EDs. There were significantly more women with a positive SCOFF-F ( $p=0,014$ ), but we didn't highlight a significant difference according neither to the age ( $p=0,57$ ) nor to the residency grade ( $p=0,98$ ).

**Conclusion:** The prevalence of the likely cases of EDs among the General practitioner residents appears to be high according to our results. These data seem to be matching the literature and should motivate to set up EDs prevention and care measures not only among residents but also upstream, at the very beginning of medical studies.

**Keywords:** Eating Disorders, prevalence, general practitioner residents, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, SCOFF questionnaire

# INTRODUCTION

La problématique des troubles du comportement alimentaire, notamment par son immense panel de manifestations et par ses conséquences aussi bien somatiques que psychiques, est une entité complexe et transversale, qui mobilise aussi bien les médecins psychiatres que somaticiens. Les TCA sont d'ailleurs l'entité psychiatrique qui présente le taux de mortalité le plus élevé (autolyse ou conséquences somatiques) (1). Les comorbidités psychiatriques associées sont fréquentes (1) et enrichissent le tableau, rendant ces troubles d'autant plus difficiles à soigner, et assombrissant le pronostic (2). Ces comorbidités peuvent être à l'origine du TCA, secondaires ou encore concomitantes.

Les données épidémiologiques françaises ne sont pas légion et celles concernant les internes le sont encore moins.

Pourtant la population des internes, et en outre celle des internes de médecine générale, n'est pas exempte de fragilités quand on se penche du côté de la santé mentale.

Le statut d'interne est un état de transition entre la vie étudiante et celle de docteur à part entière, entre une situation d'étudiant dépendant financièrement et celle d'une personne entrant réellement dans la vie active. Ce passage lors duquel l'interne voit ses responsabilités augmenter malgré une expertise juste naissante, pourrait participer à cette fragilité.

Plus nombreuses, les études anciennes et récentes, concernant la santé mentale des internes et leur fragilité, ont montré des prévalences plus élevées d'anxiété, de dépression, d'idées suicidaires et de burn-out, chez les internes et étudiants en médecine.

# **I. LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE**

## **A. DÉFINITIONS DSM-5 (DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL)**

Les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments incluent plusieurs entités, qu'elles soient spécifiques ou non. On notera principalement les 3 grandes entités des troubles du comportement alimentaire : l'anorexie mentale (Anorexia Nervosa), la boulimie (Bulimia Nervosa) et les accès hyperphagiques (hyperphagie boulimique ou Binge-Eating-Disorder).

## 1. ANOREXIE MENTALE (ANOREXIA NERVOSA)

**Tableau 1 : Critères diagnostiques de l'anorexie mentale tirés du DSM-5 (3)**

A. Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas compte tenu de l'âge, du sexe, du stade de développement et de la santé physique. Est considéré comme significativement bas un poids inférieur à la norme minimale ou, pour les enfants et les adolescents, inférieur au poids minimal attendu.	
B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement persistant interférant avec la prise de poids, alors que le poids est significativement bas.	
C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle.	
<b>Sous-Types</b>	
Type restrictif :  Pendant les 3 derniers mois, la personne n'a pas présenté d'accès récurrents d'hyperphagie (gloutonnerie) ni recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements). Ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et/ou l'exercice physique excessif.	Type accès hyperphagiques/purgatif :  Pendant les 3 derniers mois, la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie et/ou a recouru à des vomissements provoqués ou à des comportements purgatifs (c.-à-d. laxatifs, diurétiques, lavements).

<b>Critères de rémission</b>	
<p><b>Rémission partielle :</b></p> <p>Après avoir précédemment rempli tous les critères de l'anorexie mentale, le critère A (poids corporel bas) n'est plus rempli depuis une période prolongée mais le critère B (peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, ou comportement interférant avec la prise de poids) ou le critère C (altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps) est toujours présent.</p>	<p><b>Rémission complète :</b></p> <p>Alors que tous les critères de l'anorexie mentale ont été précédemment remplis, aucun n'est plus rempli depuis une période prolongée.</p>
<p><b>Sévérité</b></p>	
<p>La sévérité est établie selon les catégories de l'organisation mondiale de la santé (OMS) de maigreur via l'indice de masse corporelle (IMC) pour les adultes et selon le percentile de l'IMC pour les enfants et adolescents. La sévérité peut être adaptée selon la clinique et le retentissement de la pathologie.</p> <p>Pour rappel :</p> <p><b>Légère</b> : IMC <math>\geq</math> 17 kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Moyenne</b> : IMC 16-16,99 kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Grave</b> : IMC 15-15,99 kg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Extrême</b> : IMC &lt; 15 kg/m<sup>2</sup></p>	

## **2. BOULIMIE (BULIMIA NERVOSA)**

**TABLEAU 2 : Critères diagnostiques de la boulimie tirés du DSM-5 (3)**

<p>A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (binge-eating).</p> <p>Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.</li><li>2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger, ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange, ou la quantité que l'on mange).</li></ol>
<p>B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués ; emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments ; jeûne ; exercice physique excessif.</p>
<p>C. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous les deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.</p>
<p>D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.</p>
<p>E. Le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale (anorexia nervosa).</p>

<b>Critères de rémission</b>	
<p><b>Rémission partielle :</b></p> <p>Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, plusieurs, mais pas la totalité, ont persisté pendant une période prolongée.</p>	<p><b>Rémission complète :</b></p> <p>Alors que tous les critères de la boulimie ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.</p>
<b>Sévérité</b>	
<p>La sévérité dépend de la fréquence des comportements compensatoires inappropriés. L'évaluation de la sévérité peut être adaptée à la clinique et au retentissement de la pathologie.</p> <p><b>Légère :</b> Une moyenne de <u>1-3 épisodes</u> de comportements compensatoires inappropriés par semaine.</p> <p><b>Moyenne :</b> Une moyenne de <u>4-7 épisodes</u> de comportements compensatoires inappropriés par semaine.</p> <p><b>Grave :</b> Une moyenne de <u>8-13 épisodes</u> de comportements compensatoires inappropriés par semaine.</p> <p><b>Extrême :</b> Une moyenne <u>d'au moins 14 épisodes</u> de comportements compensatoires inappropriés par semaine.</p>	

### **3. ACCÈS HYPERPHAGIQUES (BINGE-EATING-DISORDER)**

**TABLEAU 3 : Critères diagnostiques des accès hyperphagiques tirés du DSM-5(3)**

<p>A. Survenue récurrente d'accès hyperphagiques (crises de glotonnerie) (binge-eating).</p> <p>Un accès hyperphagique répond aux deux caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Absorption, en une période de temps limitée (par exemple moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.</li><li>2. Sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).</li></ol>
<p>B. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) sont associés à au moins trois des caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Manger beaucoup plus rapidement que la normale.</li><li>2. Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale.</li><li>3. Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim.</li><li>4. Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe.</li><li>5. Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé.</li></ol>
<p>C. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) entraînent une détresse marquée.</p>
<p>D. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) surviennent, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant 3 mois.</p>

<p>E. Les accès hyperphagiques (de glotonnerie) ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés comme dans la boulimie, et ne surviennent pas exclusivement au cours de la boulimie ou de l'anorexie mentale.</p>	
<p><b>Critères de rémission</b></p>	
<p><b>Rémission partielle :</b></p> <p>Après avoir précédemment rempli tous les critères de ce trouble, les accès hyperphagiques surviennent à une fréquence moyenne de moins d'un épisode par semaine pendant une période prolongée.</p>	<p><b>Rémission complète :</b></p> <p>Alors que tous les critères de ce trouble ont été précédemment remplis, aucun ne l'est plus depuis une période prolongée.</p>
<p><b>Sévérité</b></p>	
<p>La sévérité dépend de la fréquence des accès hyperphagiques et peut être adaptée selon la clinique et le retentissement de la pathologie.</p> <p><b>Léger :</b> <u>1-3 accès</u> hyperphagiques par semaine.</p> <p><b>Moyen :</b> <u>4-7 accès</u> hyperphagiques par semaine.</p> <p><b>Grave :</b> <u>8-13 accès</u> hyperphagiques par semaine.</p> <p><b>Extrême :</b> <u>≥ 14 accès</u> hyperphagiques par semaine.</p>	

## **B. AUTRES TROUBLES**

On retrouve également d'autres troubles, dont nous n'énumérerons pas les critères précis :

- Le Pica : «...l'ingestion répétée d'une ou de plusieurs substances non nutritives ou non comestibles, de façon continue pendant une période d'au moins un mois (critère A), de manière suffisamment grave pour justifier une prise en charge clinique. » Citation du DSM-5 (3).
- Le Mérycisme : « Régurgitation répétée de la nourriture, pendant une période d'au moins un mois. La nourriture régurgitée peut être remâchée, ravalée ou recrachée. » Citation du DSM-5 (3).
- Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments : « Un trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments (par exemple manque d'intérêt manifeste pour l'alimentation ou la nourriture ; évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles de la nourriture ; préoccupation concernant un dégoût pour le fait de manger) qui se manifeste par une incapacité persistante à atteindre les besoins nutritionnels et/ ou énergétiques appropriés...» Citation du DSM-5 (3).

## **C. AUTRE TROUBLE DE L'ALIMENTATION OU DE L'INGESTION D'ALIMENT, SPECIFIE (OTHER SPECIFIED FEEDING OR EATING DISORDERS, OSFED)**

Cette entité regroupe des présentations cliniques particulières de TCA ne validant pas tous les critères des troubles spécifiques précédemment évoqués.

- Anorexie mentale atypique : « Tous les critères de l'anorexie mentale sont remplis mais, malgré une perte de poids significative, le poids de l'individu est dans la normale ou au-dessus. » Citation du DSM-5 (3).
- Boulimie de faible fréquence et/ou de durée limitée : « Tous les critères de la boulimie sont remplis mais les accès hyperphagiques et les comportements

compensatoires inappropriés surviennent, en moyenne, moins d'une fois par semaine et/ou pendant moins de 3 mois. » Citation du DSM-5 (3)

- Accès hyperphagiques (de faible fréquence et/ou de durée limitée) : « Tous les critères du trouble accès hyperphagiques sont remplis, mais les accès hyperphagiques surviennent, en moyenne, moins d'une fois par mois et/ou pendant moins de 3 mois. » Citation du DSM-5 (3).
- Trouble purgatif : « Comportement purgatif récurrent visant à influencer le poids ou la forme du corps (par exemple : vomissements provoqués ; mésusage de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments) en l'absence d'accès hyperphagiques. » Citation du DSM-5 (3).
- Syndrome d'alimentation nocturne : « Épisodes récurrents d'alimentation nocturne, se manifestant par une alimentation après un réveil nocturne ou par une consommation excessive de nourriture après le repas du soir. Il existe une prise de conscience du trouble et un souvenir de l'épisode. L'alimentation nocturne n'est pas mieux expliquée par des éléments extérieurs comme des changements dans le cycle veille-sommeil ou par des normes sociales locales. L'alimentation nocturne entraîne une détresse significative et/ou un retentissement fonctionnel. La perturbation du schéma d'alimentation n'est pas mieux expliquée par un trouble d'accès hyperphagiques ou par un autre trouble mental, y compris par l'utilisation d'une substance, et n'est pas imputable à un autre trouble mental ou à un effet iatrogène. » Citation du DSM-5 (3).

#### **D. TROUBLE DE L'ALIMENTATION OU DE L'INGESTION D'ALIMENT, NON SPECIFIE (UNSPECIFIED FEEDING OR EATING DISORDERS, USFED OU ANCIENNEMENT EATING DISORDER NOT OTHERWISE SPECIFIED, EDNOS)**

Cette entité inclus les présentations cliniques qui ne remplissent pas tous les critères des troubles spécifiques mentionnés ci-dessus. Cela peut être parce que le clinicien décide de ne pas poser de diagnostic spécifique au moment de l'entretien, par exemple s'il n'a pas toutes les informations à disposition pour émettre un diagnostic (urgence, barrière de la langue, coopération non obtenue, etc).

### **B. EPIDEMIOLOGIE DES TCA**

#### **1. PREVALENCE**

##### **a. Dans le monde**

La prévalence vie entière des TCA serait de 8,4% pour les femmes et 2,2% pour les hommes (4). Pour l'anorexie mentale, elle serait de 1,4% pour les femmes (de 0,1% à 3,6%) et de 0,2% pour les hommes (de 0 à 0,3%) (1,4). Pour la boulimie, on retrouve une prévalence vie entière à peu près similaire, de 1,9% pour les femmes (De 0,3 à 4,6%) et 0,6% pour les hommes (0,1 à 1,3%) (1,4). Les accès hyperphagiques, quant à eux, seraient de 2,8% pour les femmes (de 0,6 à 5,8%) et de 1% pour les hommes (0,6 à 14,6%) (4). On retrouve approximativement 7,4% pour les OSFED (4). Les EDNOS avaient une prévalence vie entière de 4,3% chez les femmes et 3,6% chez les hommes (4).

Concernant les TCA élargis, 27 études retrouvaient une prévalence à un instant T de 19,4% chez les femmes (6,5 à 35,9%) et 13,8% chez les hommes (3,4 à 27,1%) (4). En l'occurrence, les formes partielles d'anorexie mentale et la boulimie sont 2 à 3 fois plus fréquentes (2,5).

Si la plupart des TCA touche davantage les femmes, les hommes pourraient être davantage concernés par des formes partielles. Il faudrait être plus vigilant quant aux formes partielles de TCA chez les hommes. De plus, les hommes atteints de TCA présenteraient d'ailleurs plus de comorbidités psychiatriques (2).

La revue de littérature de Galmiche et al. (4) retrouvait une augmentation globale de la prévalence des TCA dans le monde. Il faut cependant modérer ces données : une augmentation au fil du temps pourrait également être le fait d'une augmentation du dépistage et donc du diagnostic (1). De plus, les critères diagnostiques évoluant, certaines catégories de TCA voient leur prévalence augmenter au détriment d'autres (1). En effet, avec le passage du DSM-IV au DSM-V, et le changement de certains critères diagnostiques, certains cas classés en EDNOS dans le DSM-IV ne l'étaient plus dans le DSM-V avec par exemple une augmentation des cas d'anorexie mentale (AM) et une diminution des cas d'EDNOS (1,4,6). On a également observé avec le DSM-V, la classification du binge eating disorder (BED) comme entité à part entière, qui était inclus dans les EDNOS dans le DSM-IV, faisant encore diminuer le nombre de cas d'EDNOS (1,4,6).

#### **b. En Europe**

La prévalence vie entière des TCA totaux, en Europe, est de 1,28 à 4,15% (4,7).

#### **c. En France**

On constate une faible quantité, voire une absence, de données françaises en ce qui concerne la prévalence des TCA. La Haute Autorité de Santé (HAS) le souligne en s'appuyant sur des études internationales (2).

En population générale, elle retient une prévalence de 0,9 à 1,5% chez la femme et 0,25 à 0,3% chez l'homme pour l'AM, 1 à 3% chez les femmes et 0,1 à 0,5% chez les hommes

pour la boulimie, entre 1,9 et 3,5% chez les femmes et 0,3 et 2% chez les hommes pour les accès hyperphagiques (2,5). A noter que ces résultats s'appuient sur le DSM-IV.

Les données sont souvent indirectes, étudiant notamment la prévalence de la maigreur qui touche de manière importante les enfants de 3 à 17 ans et les femmes de 18 à 35 ans (8) ; ou encore abordant les préoccupations corporelles et comportements de restriction (9). Elles ne concernent généralement qu'une population spécifique (populations à risques, étudiants, tranches d'âges restreintes, etc) ou sont issues des sources plutôt anciennes (5).

Plus récemment, la revue de littérature de Suzie Jacob (1) vient corroborer ce désert de données en population générale française. On retrouvera cependant une prévalence des TCA en France de 4,15% dans l'étude ESEMeD-WMH de 2009 (7).

## **2. SEX RATIO**

Les TCA concerneront le plus souvent les femmes avec des variations selon le type de TCA.

L'anorexie mentale touche avant tout les femmes avec un ratio de 1 homme pour 10 femmes chez les adolescents, 1/9 à 1/4 pour les enfants et de 1/12 à 1/8 en population adulte (1).

La boulimie présente un ratio homme/femme plus serré, de 1 pour 3 (10,11).

Les accès hyperphagiques atteignent de manière presque égale les femmes et les hommes (10,11), près de 40% des patients qui en sont atteints seraient des hommes (5).

### **3. ÂGE DE DEBUT**

Les âges médians d'apparition des troubles des différentes entités se situent entre 18 et 21 ans (12).

L'anorexie mentale commencera généralement plus tôt dans l'adolescence. La majorité des cas d'AM débutent entre 15 et 25 ans (10,11), avec un pic d'incidence initialement vers 16-19 ans (années 90) se décalant progressivement vers les 15 ans voire moins au fil du temps (1).

La boulimie aura tendance à débiter à l'adolescence également, mais un peu plus tardivement que dans l'AM avec un âge moyen de début de 18 ans (12). Le pic d'incidence étant situé entre 15 et 19 ans (5).

Les accès hyperphagiques, quant à eux, débutent plus souvent à l'âge adulte avec un âge médian vers 21 ans (5,12)

Dans l'ensemble, les formes de TCA d'apparition tardive seraient de plus mauvais pronostic (10,11).

### **4. FACTEURS DE RISQUE ET COMORBIDITES**

Certains facteurs de risque sont communs à tous les troubles du comportement alimentaire.

Les TCA sont d'apparition graduelle, le facteur déclenchant est souvent un régime alimentaire (1,13,14).

Les facteurs de risques sont multiples. On peut noter la faible estime de soi, le sentiment d'impuissance, le besoin de contrôle, le perfectionnisme, les relations familiales difficiles, les antécédents de traumatisme ou de maltraitance (1,2,5,10,11,14–16). On peut

également citer les troubles de la santé mentale tels que l'anxiété, la dépression et les addictions aux toxiques (1,10,11,16,17).

Il existe des facteurs de vulnérabilité : terrain génétique, anomalies biologiques préexistantes (1,10,11,18,19). Des prédispositions génétiques ou épigénétiques pourraient être impliquées, par exemple les patients de TCA ayant subi un trauma aurait une signature épigénétique similaire (1,10,11,18–20).

Il existe aussi des facteurs déclenchant : on retrouve effectivement un régime alimentaire strict assez fréquemment, mais aussi des événements de vie, la puberté par exemple (1,10,11,15,21).

En dernier lieu il existe des facteurs d'entretien : les déséquilibres biologiques induits par l'anorexie, les bénéfices relationnels, les bénéfices psychologiques (10,11,19).

On peut aussi s'intéresser au milieu social du patient : certains milieux valorisent particulièrement l'image corporelle, comme le milieu sportif, culturel et la mode (2,19).

Les recherches récentes évoquent même la possibilité que le microbiote intestinal influence les rechutes d'anorexie mentale (1,19,21).

#### **a. Facteurs de risque et comorbidités de l'anorexie mentale**

Il existe des facteurs pré-disposants à l'anorexie mentale : certains traits de tempérament (perfectionnisme, faible estime de soi, manifestations anxieuses et dépressives précoces, moindre flexibilité cognitives, cognitions sociales diminuées, stress précoces variés comme les difficultés périnatales ou la maltraitance ou les abus sexuels) ; des variations génétiques (mutations sur des gènes associés aux troubles obsessionnels compulsifs, à la dépression, à l'anxiété, au goût pour l'activité physique intense) ; des anomalies biologiques de la neurotransmission tels qu'un hyperfonctionnement des circuits sérotoninergiques et dopaminergiques (1,18,19,21).

D'autre part il existe des facteurs de chronicisation de l'anorexie mentale : altération du système de récompense chez 80 % des patients, conduisant à une mauvaise régulation de l'appétit, du métabolisme et de l'humeur (21). La libération d'endorphines est provoquée par le jeûne, l'activité physique intense, les restrictions alimentaires (21).

Les facteurs de risques clairement identifiés sont le sexe, les groupes à risque comme les sportifs de haut niveau (notamment dans les disciplines esthétiques, à catégorie de poids, antigravitacionnelles), les danseurs, les mannequins, les adolescents, les patients avec un IMC anormal, les pathologies nécessitant de suivre un régime spécifique (1,2,21).

L'existence d'un terrain de troubles alimentaires chez les parents est également un facteur de risque (1).

Il existe des comorbidités psychiatriques : chez 40 % des patients on retrouve l'anxiété, des phobies, des addictions, des troubles obsessionnels-compulsifs, des troubles de la personnalité (1,10,11).

On retrouve aussi la dépression dans 60 à 80 % des cas, et régulièrement une phobie sociale, un trouble anxieux généralisé, des comportements d'automutilation, des addictions aux psychotropes (1,10,11). Ces troubles peuvent apparaître dans le même temps que l'anorexie, ou être sous-jacents (21).

#### **b. Facteurs de risque et comorbidités de la boulimie**

Le profil est généralement la femme jeune de bon niveau intellectuel et social (1,10,11). Le facteur déclenchant est fréquemment un régime restrictif ou des vomissements provoqués, associé ou pas à un traumatisme ou une perte (1,10,11,13).

Il existe de nombreuses comorbidités : des addictions dans 30 à 40 % des cas, un épisode dépressif caractérisé, un trouble bipolaire, une tentative de suicide, des comportements auto-agressifs, des troubles anxieux, une phobie sociale (1,10,11).

On peut retrouver des symptômes anxio-dépressifs, des addictions, un trouble de personnalité borderline, de l'impulsivité, des troubles de l'estime de soi, des troubles sexuels, des difficultés d'adaptation sociale (1,10,11).

### **c. Facteurs de risque et comorbidités des accès hyperphagiques**

De nombreux patients obèses sont atteints d'accès hyperphagiques comme précédemment cité (10). Le facteur déclenchant peut être un évènement marquant tel qu'un traumatisme ou un abus sexuel ; les régimes restrictifs sont secondaires à l'apparition des troubles (10,11).

Les traits associés sont les symptômes anxio-dépressifs, les addictions, les troubles de la personnalité (dépendante, évitante, borderline, état limite), l'impulsivité, les troubles de l'estime de soi, les dysfonctionnements sexuels, les difficultés d'adaptation sociale (10,11).

Il existe des comorbidités, principalement les troubles bipolaires, les épisodes dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, la phobie sociale, les addictions (10,11).

## **5. COMPLICATIONS**

### **a. Complications de l'anorexie**

Les plus évidentes sont liées à la dénutrition et aux comportements pathologiques (vomissements répétés par exemple) (21,22).

Il existe des complications biologiques : anémie, leucopénie, thrombopénie, troubles métaboliques, troubles hydroélectrolytiques (hypokaliémie, hyponatrémie) et insuffisance rénale aiguë et chronique, hypoglycémies, cytolysse hépatique par autophagie, hypoalbuminémie (21-23).

On retrouve des troubles cardiovasculaires (troubles du rythme, baisse de la fréquence cardiaque, hypotension voire insuffisance cardiaque) chez 87 % des patientes, généralement en phase aiguë (21,22).

Sur le plan neurologique : perte de connaissance, convulsions, coma, troubles cognitifs (10,14,21,22).

Il existe des complications du tractus digestif : œsophagite, trouble du transit, trouble de motilité intestinale, gastroparésie, érosion dentaire, caries (10,14,21,22).

On notera des complications plus générales : l'aménorrhée et les troubles de fertilité sont fréquemment présents, mais également amyotrophie, dysfonctionnement rénal et hépatique, ostéoporose, complications dentaires, retard staturo-pondéral, trouble de phanères, (alopécie, lanugo, ongles cassants,...), xérose cutanée, signe de Russell et le risque d'infection est également plus élevé, ostéopénie puis ostéoporose, dysthyroïdie (10,14,21,22).

Des complications sur le plan social : rigidité dans les relations, diminution des interactions sociales, irritabilité, dépression, troubles de concentration, entre autres (10,14,22).

Il existe bien sûr les complications des comorbidités psychiatriques et évidemment le risque suicidaire (10).

Si la dénutrition entraîne des complications, la renutrition trop rapide peut entraîner un syndrome de renutrition inapproprié, pouvant engager le pronostic vital (10,24).

### **b. Complications de la boulimie**

Les complications de la boulimie sont principalement liées aux vomissements répétés, mais également à l'éventuelle obésité et à l'usage de laxatifs (10,25).

On note des perturbations digestives : dysphagie, dysfonction intestinale et troubles de la motilité, constipation, diarrhée due à l'utilisation des laxatifs, reflux gastro-oesophagien, inflammation de l'oesophage (peptique), syndrome de Malory Weiss voire de Boerhaave, endobrachyooesophage de Barrett, corps étranger intra-oesophagien (10,14,25).

Il existe des complications dentaires et buccales : érosion dentaire, caries, hypertrophies des glandes salivaires (parotidomégalie,...), sialadénose, halitose (10,14,25).

On retrouve également des troubles biologiques généralement causés par les vomissements ou l'utilisation des laxatifs : troubles hydroélectrolytiques dont l'hypokaliémie, déshydratation, insuffisance rénale aiguë (10,25).

Il existe des complications pulmonaires : toux chronique, pneumopathie d'inhalation, pneumomédiastin (25).

On peut retrouver des manifestations cutanées : alopécie, xérose cutanée, lanugo, carotenodermie, fragilité des phanères, signe de Russell (10,14,25).

Il y a également des complications à long terme : ostéoporose, insuffisance rénale chronique, obésité pouvant se compliquer de maladies cardiovasculaires et métaboliques (diabète, hyperlipidémie, hypertension artérielle, etc...), dénutrition, dysménorrhée voire aménorrhée, troubles de la fertilité voire augmentation du risque de fausse couche, dysphonie (10,14,25).

N'oublions pas la possible apparition de comorbidité psychiatriques secondaires, telles que les troubles anxieux, épisode dépressif caractérisé mais également les troubles liés à l'usage de substances (5,10). Bien sûr, le patient peut développer les complications qui découlent de ces pathologies, en particulier le risque suicidaire (10).

### **c. Complications des accès hyperphagiques**

Les complications des accès hyperphagiques sont souvent liées au surpoids, à l'obésité et aux complications qui en découlent : troubles digestifs (halitose, reflux gastro-œsophagien, ballonnements, douleurs abdominales), stéatose hépatique, maladies métaboliques et cardiovasculaires, (dont diabète, dyslipidémie, hypertension artérielle), arthralgies et affections articulaires, impact psychologique (syndrome dépressif par exemple), dénutrition, troubles de la fertilité, apnée du sommeil (1,5,10,14,26).

Il existerait également un risque augmenté de développer plusieurs types de cancers comme le cancer colo-rectal, l'adénocarcinome oesophagien, le cancer de la prostate, etc (26).

On notera également le risque de développement de comorbidités telles que les troubles dépressifs, anxieux ou liés à l'usage de substances et les complications qui en découlent y compris le risque suicidaire (5,10,14).

Ces patients ont tendance à ne pas consulter pour des troubles du comportement alimentaire et sont soignés pour ce motif dans moins d'un cas sur 2 (43,6%), ils le sont plutôt pour les symptômes liés à leur surpoids (5,10).

## **6. EVOLUTION**

Sous traitement, l'AM évoluera dans environ 50% des cas vers une rémission complète, et dans 30% des cas vers une rémission partielle (10). Les 20 à 30% restants concerneront l'évolution vers une forme chronique (évolution au-delà de 5 ans) ou le décès (10).

C'est le TCA qui présente le taux de mortalité le plus élevé de toutes les maladies psychiatriques, avec un taux allant de 5,2 à 5,9% à 5 ans selon 4 méta-analyses (1). Le risque de décès est 5 fois supérieur à la population générale du même âge (1). La principale cause de décès est le suicide, dans la moitié des cas, ce qui est plus élevé que

dans les autres maladies psychiatriques (1,10). Les autres causes de décès sont principalement dues aux complications somatiques du trouble (2,10).

L'évolution de la boulimie est globalement plus rapide que celle de l'AM en termes de résolution (10), mais on a pu cependant constater dans la littérature une durée moyenne de 8 ans (5).

Son taux de mortalité est de 2% par tranche de 10 ans (10) et est avant tout lié aux complications somatiques. Le risque suicidaire, 7 à 31 fois supérieur à celui de la population générale, représente malgré tout 23% des décès (5).

Concernant les accès hyperphagiques, les données sont encore pauvres mais la mortalité serait plus élevée qu'en population générale, avec d'une part l'association à l'obésité et ses comorbidités, et d'autre part les comorbidités psychiatriques et donc le risque de suicide (5).

## **II. OUTILS DE DEPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC**

### **A. QUESTIONNAIRES**

On peut scinder les différents outils d'évaluation des TCA en 2 grandes parties : les entretiens et les auto-questionnaires.

Les entretiens, généralement directifs ou semi-directifs, sont réalisés en présence d'un examinateur, en face à face. Ils sont souvent plus complets que les auto-questionnaires et permettent à l'examineur d'éclaircir les questions sujettes à interprétation, mais ils posent les problèmes principaux du coût et du temps de réalisation (1,27).

Les auto-questionnaires quant à eux sont beaucoup plus rapides, moins coûteux à réaliser, et limitent le risque de biais de déclaration par désirabilité sociale, déni ou minimisation des troubles (1,27).

#### **1. ENTRETIENS DIRECTIFS/SEMI-DIRECTIFS (NON EXHAUSTIF)**

L'*Eating Disorder Examination (EDE)* (1,28,29), permet d'examiner le comportement alimentaire au cours du dernier mois et dure entre 45min et 1h15min. Il aborde quatre aspects du comportement alimentaire qui sont les préoccupations pondérales, corporelles et alimentaires, et la restriction alimentaire. Il existe également une version pour les enfants (*ChEDE*) (1,30).

L'*Eating disorder Diagnostic Interview (EDDI)* (1,31), est dérivé de l'*EDE* et permet d'évaluer le comportement alimentaire sur un an par le biais de 31 questions.

Le *Structured Interview for Anorexia and Bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX)* (1,32,33).

L'*Eating Disorder Assessment for DSM 5 (EDA-5)* (1,34), est adapté aux critères DSM 5.

D'autres entretiens plus généraux existent mais ils n'incluent pas uniquement les TCA dans leurs questionnaires (*SCID-5, CIDI, MINI, MINI-KID...*) (1).

## **2. LES AUTO-QUESTIONNAIRES (NON EXHAUSTIF)**

L'*Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)* (1), est la version de l'*EDE* sous forme d'auto-questionnaire. Il est composé de 28 items et aborde les mêmes catégories de questions que l'*EDE* sur le mois écoulé. Des versions abrégées existent, telles que l'*EDE-Q8* (1,35) ou l'*EDE-Q13* (36) qui comprennent respectivement 8 et 13 items. Il existe également une version pour les enfants, le *ChEDE-Q* et sa version abrégée de 8 items (1,37,38).

Le *Eating Disorder Inventory (EDI)* (1,39), est composé de 91 items et aborde différents aspects des troubles alimentaires et des types de personnalité pouvant y être associés.

Le *Eating Attitudes Test (EAT40 et EAT26)* (1,40), existe sous deux versions de 26 et 40 items, il est surtout utilisé dans un cadre de recherche épidémiologique. Il existe également une version pour enfants (*ChEAT*) (1,41).

Le *Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS)* (1,31,42), est composé de 22 items et concerne l'anorexie, la boulimie et les accès hyperphagiques, selon les critères du DSM-4.

Le *Structured Interview for Anorexia and Bulimic disorders for DSM-IV and ICD (SIAB-S)* (1,32,33) est sous forme d'auto-questionnaire.

Le *Branched Eating Disorder Test (BET)* (1,43), est adapté à une utilisation informatique, il recueille les symptômes alimentaires sur les 3 mois précédents.

Le *Stirling Eating Disorder Scales (SEDS)* (1,44), est composé de 80 items, il aborde des sujets tels que l'estime de soi, l'ouverture sociale, l'auto-agressivité, les cognitions et les comportements alimentaires.

Il existe des questionnaires plus spécifiques et qui sont utilisés dans des cas particuliers.

Le *Bulimia Test Revised (BULIT-R)* (45,46), est spécifique à la boulimie, il en évalue la gravité par 28 items.

Le *Bulimic Investigatory Test (BITE)* (1,46,47), est composé de 33 items pour la boulimie.

Ces deux questionnaires concernant la boulimie sont également utilisables dans le cas de l'anorexie mixte (1).

L'*Eating Behavior Rating Scale (EBRS)* (1,46,48) doit être utilisé au cours du repas du patient et permet de mesurer plusieurs aspects du comportement alimentaires dans l'anorexie mentale.

Le *Body Attitudes Questionnaire (BAQ)* (1,49), est composé de 44 items, il analyse les comportements des sujets féminins en rapport avec leur apparence physique.

Le *Weight Concern Questionnaire (WCQ)* (1,50) identifie les sujets à risque chez les adolescents.

Le *Body Shape Questionnaire (BSQ)* (1,51,52) est composé de 34 items et englobe les préoccupations corporelles, et existe en version plus courte à 8 ou 16 items.

Enfin il y a le questionnaire *SCOFF* (53) auquel nous allons apporter une attention particulière.

## **B. SCOFF**

Le questionnaire SCOFF est né au Royaume-Uni sous l'égide de Morgan (53), et sa première validation est retrouvée en 1999 dans une étude cas-témoin concernant des femmes anglaises de 18 à 40 ans.

Il s'agit d'un questionnaire court, comprenant 5 questions fermées à choix binaire.

**TABLEAU 4 : SCOFF (SICK, CONTROL, ONE STONE, FAT, FOOD) questionnaire (english version) by morgan et al. (53)**

1. Do you make yourself <b>S</b> ick because you feel uncomfortably full?
2. Do you worry that you have lost <b>C</b> ontrol over how much you eat?
3. Have you recently lost more than <b>O</b> ne stone in a 3 month period?
4. Do you believe yourself to be <b>F</b> at when others say you are too thin?
5. Would you say that <b>F</b> ood dominates your life?

De ces 5 questions, résulte un score sur 5. Chaque réponse positive à une question équivaut à 1 point.

Un score SCOFF  $\geq 2$  révèle un cas probable d'anorexie mentale ou de boulimie.

Ce score, en tant qu'outil de dépistage, ne fait qu'indiquer un risque. Il ne permet pas le diagnostic définitif de TCA, et nécessitera donc une confirmation avec un entretien plus approfondi et l'utilisation de questionnaires plus complets, mais plus longs et moins réalisables en premier recours.

L'avantage du SCOFF est sa rapidité de réalisation, il paraît donc pertinent de l'utiliser en soins primaires.

Morgan ne retrouve pas de différence entre la réalisation du questionnaire à l'oral ou à l'écrit. Toutefois, une étude ultérieure émettrait une éventuelle meilleure déclaration par la version écrite. Si l'interrogé n'a pas à interagir directement avec le clinicien, il pourrait, en effet, être plus à même de confier ses symptômes (54).

Le SCOFF a par la suite été décliné dans plusieurs langues. Il est maintenant largement utilisé dans de nombreux pays (55–57), y compris en France (58).

Malgré le fait que les études de validité du SCOFF concernent principalement les femmes, celui-ci a été validé dans sa version chinoise aussi bien chez l'homme que chez la femme (57).

Il est d'ailleurs utilisé dans de nombreuses études françaises, pour les 2 sexes (13,46,59–61).

### **C. SCOFF-F**

Le SCOFF a déjà été testé en population étudiante dans une étude de 2007 au CHU de Rouen sur une population de 1744 étudiants dont les étudiants en santé. L'étude préconisait l'utilisation d'un test simple et rapide (62).

La version française SCOFF-F est validée par la suite en 2010 dans une population d'étudiantes. La sensibilité était alors de 94,6% et la spécificité de 94,8% (58).

L'année suivante, la population a été élargie à un profil plus général, chez des femmes de 18 à 35 ans (63).

L'utilisation du SCOFF-F est recommandée par la HAS pour le dépistage des TCA depuis juin 2010 (2).

**TABLEAU 5 : Questionnaire SCOFF-F tiré de l'article de 2011 de Garcia et al. (64)**

1. Vous faites-vous vomir lorsque vous avez une sensation de trop plein ?
2. Êtes-vous inquiet d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?
3. Avez-vous récemment perdu plus de 6kg en moins de 3 mois ?
4. Vous trouvez-vous gros alors même que les autres disent que vous êtes trop mince ?
5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Il existe de petites variations dans la formulation des questions retrouvées dans la littérature. Si elles ne semblent pas avoir d'impact trop important en termes de sens dans la phrase, il faut tout de même prêter une attention plus particulière au 5<sup>e</sup> item de ce questionnaire.

Une des formulations fréquemment retrouvée est : « Est-ce que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ? ». Celle-ci s'écarte de la version anglaise en termes de traduction.

Mérodie Caron (46) dans son étude semblait avoir noté une certaine incompréhension de la part de certains répondants au sujet de cette formulation dans le sens où la nourriture est essentielle à la vie. Elle pourrait en effet être ambiguë pour ceux qui ont une profession en rapport avec la nourriture. Il pourrait être donc plus judicieux, pour ce 5<sup>e</sup> item, de conserver une traduction qui se rapproche le plus de l'original.

## **D. SCOFF EN POPULATION GENERALE**

Dans les études retrouvées, on parle fréquemment de la prévalence des différents TCA, mais on aborde peu le nombre de cas probables. Dans une optique de prévention et de dépistage, il est alors intéressant de s'intéresser au taux de positivité du SCOFF en population générale.

**TABLEAU 6 : Taux de positivité du SCOFF en population générale à l'étranger dans la littérature (non exhaustif)**

Auteur(s)	Année	Pays	Taux de SCOFF positifs	Taille de l'échantillon
McBride et al. (65)	2013	Angleterre	6,3% (9,1% de femmes 3,4% d'hommes)	n = 7001
Solmi et al. (66)	2014	Angleterre	10%	n = 1645

**TABLEAU 7 : Taux de positivité du SCOFF en France dans la littérature (non exhaustif)**

Auteur(s)	Année	Localisation	Population étudiée	Taux de SCOFF positifs	Taille de l'échantillon
Grigioni et al. (62)	2008	Haute-Normandie	Population générale (femmes)	10,8%	n = 120
Gouley-Toutain et al. (Normanut 2) (67)	2009	Haute-Normandie	Population générale (adultes)	14% (femmes : 16% hommes : 10%)	n = 889
Aubry L. (Normanut 3) (68)	2016	Haute-Normandie	Population générale	14,3% Femmes : 15,7% Hommes : 11,7%	n = 945
Le gall M. (69)	2017	Basse-Normandie	Population générale	12%	n = 566
Arnal-Couderc M. (70)	2018	Limoges	Population générale	13,7%	n = 964
Grigioni et al. (62)	2007	Haute-Normandie	Etudiants (dont médecine)	Femmes : 28% Hommes : 14%	n = 1744
Tavolacci et al. (71)	2013	Haute-Normandie	Etudiants (dont médecine)	22,2%	n = 1876
Zakhem et al. (60)	2015	Côte d'Opale	Etudiants	20% Femmes : 24,2% Hommes : 10,2%	n = 620

### **III. LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE**

#### **A. DES SOIGNANTS AVANT TOUT**

Les contraintes liées aux métiers du soin pourraient rendre la grande population des soignants à risque sur le plan psychique. L'étude Amadeus (72) menée de mai à juin 2021 sur une population de 7000 soignants retrouve 50 à 60% de burn-out, plus de 30% de dépression et 40% d'exposition au harcèlement moral au moins une fois dans la carrière.

En ce qui concerne les conduites addictives, les troubles du sommeil (31 à 49%) sont associés à une consommation chronique de somnifères (16-21%) (72). On retrouve par ailleurs un trouble lié à l'usage de l'alcool chez plus de 25% des médecins (72).

Enfin, les soignants sont en forte demande psychologique selon Lucas et al. (72) avec 90% des interrogés.

Les maladies psychiatriques sont la cause principale d'invalidité définitive des médecins français selon la caisse autonome de retraite des médecins de France (41,21% en 2014, 43,05% en 2016) (73), contribuant ainsi à majorer le problème de démographie médicale tant médiatisé ces dernières années.

Le risque suicidaire est d'ailleurs plus élevé chez les médecins qu'en population générale dans l'enquête de Léopold et al. (74) de 2003 : 14% chez les médecins contre 5,9% en population générale.

Dans un article de Schernhammer (75) du New England Journal de juin 2005, après étude combinée de 25 études, on retrouve un risque suicidaire plus élevé qu'en population générale (de 40% plus élevé chez les hommes et 130% plus élevé chez les femmes).

## **B. SANTE MENTALE DES INTERNES**

Une enquête nationale (76) a été réalisée par les principales entités qui représentent les jeunes médecins, à savoir : intersyndicale nationale des internes (ISNI), intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), intersyndicat national des chefs de clinique et assistants (ISNCCA), association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF), et interrogeait les concernés. Elle retrouve des chiffres préoccupants : 66,2% d'anxiété, 27,7% d'épisode dépressif caractérisé (EDC) qui est une comorbidité fréquente des TCA, 23,7% d'idées suicidaires (IDS), 4% de tentatives de suicide (TS) (76).

5 suicides d'internes ont été recensés du 1<sup>er</sup> janvier au 17 avril 2021, soit 1 tous les 18 jours (77). Or les tentatives de suicide sont la cause relevée dans 50% des décès chez les patients atteints de TCA (1,10).

D'autres études de moindre envergure pointent également le taux de stress et d'anxiété, on peut notamment citer celle de Linart M. (78) réalisée à Rouen avec un taux de 67%.

Une nouvelle enquête réalisée en 2021 (79) par les mêmes instances (ISNI, ISNAR-IMG, ISNCCA, ANEMF) sur la même population retrouve une augmentation du taux d'anxiété (75%) et de dépression (39%).

Cette dernière expose de nouvelles données avec notamment un taux de burn-out de 67% (79).

D'autre part, on retrouve 23% d'internes ayant subi une humiliation, 25% du harcèlement et 4% une agression sexuelle (79). Ces violences physiques ou psychologiques, perpétrées à l'hôpital dans 76% des cas, représentant des facteurs de risque de développer un EDC (79).

Une étude grecque (17) montre une association entre le risque de TCA, le stress et la dépression. L'anxiété n'était pas directement liée au risque de TCA mais était corrélée au stress et la dépression (17).

L'étude française rouennaise de Grigioni et al. (62) montre également qu'un niveau élevé de stress représente un facteur de risque d'avoir un SCOFF positif.

Selon Deswarte P. (13), le risque de développer un TCA serait de 3 à 4 fois plus important en présence d'un état anxieux.

### **C. TRAVAIL ET TEMPS DE TRAVAIL DES INTERNES**

La population des internes, toutes spécialités confondues, accumule des horaires de travail dantesques avec une moyenne de 58,4h par semaine (80). Plus de 70% des internes dépassent la limite légale de temps de travail fixée à 48h hebdomadaires par l'Union Européenne(80). Les internes français sont soumis au décret du 26 février 2015 (81) qui limite également le temps de travail hebdomadaire à une durée de 48h.

Pour ce qui est plus spécifique des internes de médecine générale, ils passent en moyenne 52,27h par semaine sur leur lieu de stage (80). A noter que ces chiffres concernent le travail effectué sur le lieu de stage, n'incluant pas le travail hors stage (travail de recherche, thèse, présentations, préparation des Enseignements dirigés et groupes d'échange de pratiques, etc...).

Toute cette charge de travail pourrait être un premier pas vers un TCA, via l'impact sur le plan psychique et physique, sur le poids notamment. Elle aurait d'ailleurs déjà un impact sur la santé psychique des internes d'après Thevenet M. (82). Elle retrouvait que seuls 35,8% des internes étudiés n'avaient aucun symptôme de burn-out et que le nombre d'heures de travail par semaine était un facteur d'épuisement émotionnel (82). En effet, 91,3% des internes épuisés émotionnellement travaillaient plus de 50h par semaine (82).

D'autre part, le temps de travail des internes était significativement plus élevé dans la population ayant un SCOFF-F positif dans l'étude « Intern'life SCOFF» (13). De plus, cette étude retrouvait que les internes présentant un épuisement professionnel élevé étaient significativement plus à risque de développer un TCA que ceux présentant un épuisement bas ou modéré (13). Le moyen de coping en vue de réguler l'afflux émotionnel serait alors l'alimentation.

D'après Carret Victorien (61), un haut niveau de stress lié au travail et une charge administrative élevée étaient liés à un risque de développer un TCA.

A l'inverse, le fait pour un interne d'obtenir les vacances désirées serait lié à une diminution du risque de TCA (13). Ce constat est également fait par Thevenet M. (82), avec une association entre les TCA et l'absence de congés annuels. Ces conclusions alimentent l'hypothèse selon laquelle les TCA pourraient être consécutifs au stress dans le cadre du travail d'interne.

## **D. POIDS ET HABITUDES ALIMENTAIRES**

Les internes, comme la plupart des soignants, participent au maintien de la permanence des soins, et par conséquent sont amenés à réaliser des gardes de nuit et à travailler avec des horaires irréguliers. Le travail en horaires décalés et le travail de nuit augmentent notamment le risque de surpoids, par la désynchronisation du rythme circadien, une augmentation des comportements de grignotage et une diminution de l'activité physique (83–86). Il existerait également un potentiel impact sur la santé mentale.

A cause de la charge de travail, notamment dans les services d'urgences, prendre un repas n'est pas toujours possible. Cela pourrait augmenter le nombre de saut de repas et de grignotage, et par conséquent empêcher une alimentation équilibrée et entraîner une

prise de poids menant à des désordres dans l'IMC. Ceci pourrait mener à l'apparition de comportements compensatoires à cette prise de poids, afin de « corriger le tir ».

N'oublions pas non plus que des sauts de repas fréquents pourraient être un signe de TCA (anorexie restrictive par exemple).

Carret V. (61) retrouvait une augmentation de l'IMC entre le 1<sup>er</sup> et 4<sup>e</sup> semestre chez les internes de médecine générale, puis une diminution de celui-ci au 6<sup>e</sup> semestre, avec de manière concomitante l'augmentation du nombre d'internes essayant de manger plus équilibré, et du nombre d'internes réalisant un régime.

D'autre part, il montrait une augmentation du nombre de repas sautés lié à la dépression, au stress lié à la charge de travail et à l'anxiété, avec un lien positif significatif entre SCOFF positif et nombre de repas sautés (61).

Dans l'étude de Deswarte P. (13), 20,5% des IMG ont un IMC anormal (8,2% < 18,5 ; 12,3% > 25). Le nombre moyen de repas sautés était de 1,54 par semaine (13).

En ce qui concerne les régimes, 8,9% des répondants ont réalisé un régime au cours du semestre en cours et plus d'un tiers (37,7%) avaient réalisé un régime vie entière (13).

Enfin, 62,3% des internes estimaient ne pas avoir une alimentation équilibrée(13). Elle retrouvait qu'ils étaient significativement plus nombreux parmi les internes avec un SCOFF positif (13).

Le fait d'avoir déjà fait un régime a été retrouvé comme étant un facteur de risque d'avoir un SCOFF positif (62). Il en était de même pour l'insatisfaction par rapport à son poids (62). Celle-ci pourrait résulter de l'hygiène de vie altérée des internes ainsi que de leur prise de poids.

Par ailleurs, rappelons que 30 à 50% des personnes atteintes d'obésité présenteraient une hyperphagie boulimique concomitante (10).

## **E. RECOURS AU SOIN**

Passer du statut de soignant à celui de patient peut être chose ardue, et ce sentiment peut se retrouver chez 56% des internes de médecine générale d'après Le Quintrec et al. (87). Forts de leur expertise médicale, les internes de médecine ont plutôt tendance à gérer leurs problèmes médicaux par eux même, et à peu consulter un médecin généraliste (un interne sur 2 en trois ans d'internat) (87).

Les internes seraient coutumiers de l'auto-prescription, grâce à leur statut et l'accès facilité qui en découle, et du fait de nombreux freins dont le manque de temps et la peur du jugement selon Prud'Homme A. et Richard A. (88). Il ressort notamment une auto-prescription de certificats médicaux autorisant la pratique sportive (88), ce qui représente une occasion manquée de consultation de dépistage concernant le poids, les TCA, etc. Face à cette possibilité d'auto-prescription, on peut aussi imaginer que la prise de laxatifs ou diurétiques dans le cadre de TCA, serait plus aisée, sans réel contrôle extérieur.

A cause du changement régulier de lieu de stage, garder un médecin référent pourrait être difficile. Seulement 29% des internes ont un médecin traitant référent à moins de 30km de chez eux selon la même étude (88). L'étude de Leriche (89) vient corroborer ce manque de recours au médecin traitant par les médecins ou les étudiants.

Dans des études et une profession où le savoir est maître, il peut être difficile de demander l'avis d'un confrère sur sa propre santé, en particulier si l'on est censé déjà connaître la réponse. C'est effectivement le cas pour 34% des internes se sentant gênés de consulter pour un symptôme qu'ils pensent pouvoir gérer eux-mêmes (87).

Le milieu médical est régi par la quête de performance et toute pathologie pourrait être perçue comme une faiblesse par le médecin lui-même et créer une peur de présenter une image diminuée à ses confrères. S'ajoute l'image négative de la pathologie psychiatrique qui n'est pas seulement présente dans la population générale, mais l'est parfois aussi dans le corps médical, avec également une potentielle image négative de la spécialité médicale en elle-même (90–95).

La majorité des internes de l'étude de Luc Romain (96) pense d'ailleurs qu'il n'est pas simple de consulter pour un problème psychique.

Cette possibilité de se soigner seul et la stigmatisation de la pathologie mentale, entre autres, sont d'éventuels freins à la consultation. Cela entraîne des retards au diagnostic et à la prise en charge, d'autant plus si l'on prend en compte la potentielle anosognosie présente dans beaucoup d'affections psychiatriques et très présente dans les TCA. Comment un interne pourrait-il s'auto-diagnostiquer comme souffrant d'un TCA s'il n'est pas conscient de ses propres troubles ? Pensant que tout va bien, il ne consulterait pas forcément dans l'immédiat.

Pourtant, selon les résultats de Luc R. (96), 99% des internes pensent ne pas pouvoir se prendre en charge pour des troubles psychiatriques, témoignant d'un réel besoin de prise en charge. Ses résultats montrent également que les internes se tournent principalement vers le médecin généraliste (66%) s'ils ont besoin d'information, ouvrant la possibilité d'un levier de prévention (96).

L'étude de Linart M. (78) réalisée à Rouen concernant les besoins de suivi médical des internes de médecine générale relève les problématiques principalement rencontrées par ceux-ci au cours de leur internat. 45% des internes rencontrent le problème d'une hygiène de vie négligée et 37% une prise ou perte de poids involontaire (78).

Cette étude montre aussi que 84% des internes ayant présenté une prise ou perte de poids involontaire ont consulté spontanément à la médecine du travail (78). 79% de ceux ressentant une hygiène de vie négligée ont également consulté spontanément (78).

Il n'était pas précisé ce qu'englobait l'hygiène de vie, mais on peut penser qu'elle comprend les aspects d'alimentation et d'activité physique, entre autres, qui pourraient en partie expliquer la prise ou perte de poids involontaire.

Une prise de poids pourrait induire une insatisfaction corporelle, des comportements compensatoires et un TCA. A contrario, la perte de poids même involontaire, d'autant plus si elle est rapide, pourrait amener à un mécanisme récompensant et une poursuite, cette fois-ci volontaire, de la perte de poids.

Ces chiffres contrastent avec le nombre d'internes consultant spontanément pour ces mêmes problématiques chez un médecin autre que le médecin du travail. Seuls 20% d'entre eux ont déjà consulté leur médecin généraliste pour une hygiène de vie négligée, et 15% pour une prise ou une perte de poids involontaire (78).

Ces taux très bas pourraient s'expliquer par la difficulté de trouver un médecin traitant pour un interne qui change sans cesse de lieu de stage, et le fait qu'un médecin du travail soit plus facilement consultable, étant sur place la plupart du temps, dans l'établissement de travail.

## **F. IMPACT DU COVID-19**

### **1. COVID-19 ET SOIGNANTS**

Il ne faut bien évidemment pas oublier l'impact du COVID 19 sur la santé, dont la santé mentale, des soignants. L'augmentation de la charge de travail (heures supplémentaires, renforts, remplacement du personnel malade, annulation des congés, etc), la peur de la

contamination ou celle de nuire à la santé de ses proches, ne sont que des éléments supplémentaires pour aggraver une situation psychique déjà fragile.

De multiples études (97–108) dans le monde ont montré l'impact néfaste de cette pandémie, à commencer par des études chinoises dont plusieurs méta analyses, puis des études en France (109,110).

## **2. COVID-19 ET INTERNES**

Une enquête de l'ISNI publiée en mai 2020 (111), centrée sur les internes, vient corroborer les données précédentes du côté des internes avec 47,1% de symptômes d'anxiété, 18,4% de symptômes dépressifs et 29,8% de symptômes d'état de stress post traumatique (ESPT).

Le nombre d'ESPT n'est pas anodin : un évènement de vie traumatisant ou en tout cas vécu comme tel pourrait être un évènement déclencheur de pathologie psychiatrique et donc possiblement d'un TCA tardif, notamment par un Coping alimentaire. Un évènement traumatisant pourrait également faire décompenser ou aggraver un TCA déjà présent chez l'interne.

## **3. COVID-19 ET TCA**

Plusieurs études ont montré l'impact négatif de la pandémie du COVID 19 chez les patients atteints de TCA, notamment avec une aggravation de la symptomatologie et des rechutes après le premier confinement de 2020, selon la revue de la littérature de Delbecq F. en 2021 (112).

Le premier confinement et les suivants ont pu, par la fermeture de multiples activités sportives et des sorties, favoriser une prise de poids dans la population générale, y compris celle des internes, bien que ceux-ci poursuivaient leur activité professionnelle.

Cette disparition de loisirs exutoires a pu provoquer une augmentation des manifestations anxieuses et thymiques chez des soignants, déjà épuisés par la pandémie.

Par ailleurs, une prise de poids est plus à même de provoquer une augmentation de l'insatisfaction corporelle, et par la suite une vague de régimes ou de surconsommation d'activité physique qui sont de potentiels points de départ de TCA.

## **G. TRAUMA ET TCA**

Les quelques résultats précédents concernant les traumatismes et leurs conséquences, comme l'état de stress post-traumatique dans la population des soignants et a fortiori celle des internes, met en jeu une nouvelle faille de fragilité mentale pouvant amener progressivement vers les TCA.

Il n'est pas rare de retrouver un ESPT chez les patients présentant un TCA. Vierling V. (113) a étoffé les chiffres français, rapportant une prévalence de 33,08% de prévalence de l'ESPT chez les patients présentant un TCA, soit 48 fois plus élevée qu'en population générale. La durée d'évolution du TCA est significativement plus élevée dans ce cas (113).

Les évènements traumatisants conduisent souvent à un ESPT, pouvant entraîner un TCA (114,115), un épisode dépressif caractérisé, des troubles anxieux, des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), qui sont des comorbidités fréquentes des TCA. Ces traumas jouent à la fois un rôle direct et indirect dans l'apparition des TCA (114,115).

Dans des populations militaires, le risque de TCA est plus élevé (1,78 fois) chez les femmes ayant subi un trauma, et le risque de perte de poids est 2,35 fois plus important (116).

Lev-ari et al. (15) retrouvent dans leur étude un lien indirect entre les évènements traumatisants et les TCA, par l'intermédiaire de la dissociation, de l'IMC et de la

dérégulation émotionnelle. La dissociation et la dérégulation émotionnelle peuvent être issues d'évènements traumatisants et prédictifs de l'apparition de symptômes de TCA (15). Ils retrouvent également dans la littérature, que la dissociation sera d'autant plus importante que le trauma sera intense, et notamment si la souffrance engendrée n'est pas reconnue (15). Par ailleurs, on sait combien les métiers du soin, par leur nature même, peuvent être pourvoyeurs de situations difficiles à supporter et pouvant entraîner des effets néfastes sur la psyché du soignant. On peut penser que cette souffrance, cette composante émotionnelle, est souvent mise de côté par les soignants eux-mêmes afin de ne pas s'effondrer.

Des études antérieures (117,118) retrouvent également un lien entre trauma et TCA, reliés par la dissociation, potentiellement comme moyen de faire face et de contrôler les émotions (119).

Dans la population d'internes de médecine générale étudiée par Deswarte P. (13), le seul fait d'avoir vu sa conscience professionnelle heurtée était lié significativement au risque de développer un TCA.

Dans le cas particulier des agressions sexuelles, plusieurs études retrouvent un lien avec les TCA. Trottier et MacDonald (120) dans leur étude longitudinale relèvent une association entre les TCA et l'exposition à un trauma à l'âge adulte. Ils retrouvent de plus, une tendance au binge eating et à la purge chez les femmes ayant subi une agression sexuelle. Faravelli et al.(121) retrouvent davantage de TCA parmi les femmes ayant subi une agression sexuelle.

Dans l'étude de Longo et al. (122), un évènement traumatique est retrouvé chez 100% des sujets atteints d'anorexie avec accès boulimique et purge, et chez 90% de ceux atteints du type restrictif. Une agression sexuelle ou un « autre type d'agression sexuelle »

est retrouvé chez 5% du type restrictif et 29,7% du type avec accès boulimique et purge (122).

On retrouve davantage de TCA chez les patients ayant subi une agression sexuelle au début de l'âge adulte (18-30 ans), dans l'étude de Dubosc et al. (123). Le lien entre agression sexuelle et TCA est indirect mais significatif, en passant par la dépression et l'ESPT (123).

On retrouvait déjà un lien significatif ultérieurement à cette étude dans la littérature (124). Les résultats de Dubosc et al. (123) restent en adéquation avec les précédentes études (125–128); l'agression sexuelle est associée avec des symptômes plus importants d'ESPT, des symptômes dépressifs et les TCA.

Les chiffres précédents de harcèlement et d'agression sexuelle chez les internes français (79), respectivement 25% et 4%, prennent toute leur ampleur à la lumière de ces études, sans oublier toutes les situations potentiellement pourvoyeuses d'ESPT rencontrées.

En présence d'un terrain post-traumatique, les internes seraient plus à même de décompenser un TCA préexistant ou d'en développer un tardif, nécessitant une évaluation et une prise en charge systématiques et particulières (113).

D'autres études (129–132) retrouvent par ailleurs une relation entre trauma, IMC élevé et risque d'obésité.

Ces études exposent une autre voie pouvant amener indirectement à un TCA, celle d'un IMC élevé.

A cause de leurs mauvaises habitudes alimentaires et du risque accru de surpoids lié aux conditions de travail, les internes seraient plus à même de développer une insatisfaction corporelle et des comportements compensatoires.

## **H. INTERNES ET TCA**

Une Méta-analyse internationale (133) retrouve un risque de TCA de 10,4% chez les étudiants en médecine, ne concernant pas en particulier les internes. Parmi ces études, 3 seulement utilisent le SCOFF et retrouvent une prévalence de 21,9% des étudiants en médecine (133).

Des études plus spécifiques, concernant les internes en Turquie, retrouvent des taux importants de comportements alimentaire altérés, avec une haute tendance à l'orthorexie (134,135). L'orthorexie est définie comme une obsession et des préoccupations centrées sur une alimentation saine et qui peut entraîner une altération du fonctionnement médico-psycho-social avec une souffrance qui en résulte (136–138). C'est une entité récente, datant de 1997, ne faisant pas partie du DSM 5. Certains résultats montrent cependant une corrélation forte et significative entre les symptômes d'orthorexie et certains symptômes de TCA (138). Les profils seraient effectivement proches (138), et on pourrait retrouver des symptômes communs tels qu'une alimentation ritualisée, des restrictions concernant des aliments considérés comme « impurs » ou encore des fausses croyances alimentaires (137).

Les internes, influencés par leur formation, pourraient être plus sensibles à l'adoption de comportements pour rester en bonne santé, par une alimentation saine, des régimes ou une activité physique plus intense. Ces comportements représentent plusieurs portes d'entrée potentielles vers un TCA.

Seules quelques études portant sur la santé mentale des internes de médecine générale français mentionnent les TCA, et très peu d'études en ont fait leur sujet principal.

Pittaco M. dans sa thèse, relève environ 20% d'IMG déclarant présenter un TCA (139). De la même manière, 17,8% des IMG déclarent présenter un TCA dans la thèse de Thevenet M. (82).

Les facteurs associés à l'existence d'un TCA qu'elle met en évidence sont : l'absence de congés annuels, l'absence de temps, le niveau inadapté de responsabilités, l'épuisement émotionnel et la consommation de psychotropes (82).

Le projet « Intern'Life » débute en 2012, sous la supervision d'Emilie Boujut à Paris Descartes, et étudie divers aspects de la santé mentale chez les internes de médecine générale de la promotion 2012 de l'examen classant national (ECN) (13,140). Il porte notamment sur des aspects de santé mentale et d'alimentation.

« Intern'Life SCOFF », une branche de ce projet, est créée et menée par Pauline Deswarte (13) afin d'étudier le risque de TCA au cours de la première année d'internat. C'est la première à utiliser le SCOFF-F chez les internes de médecine générale, et à donner des chiffres qui n'étaient pas uniquement déclaratifs.

Elle retrouve des taux de TCA bien plus élevés qu'en population générale, et plus élevés que les chiffres des précédentes études chez les internes (13). Sur 147 internes, 24,5% des internes en début d'internat sont à risque de développer un TCA, et ce risque passe à 25,8% après la fin de la première année (13). 11% des internes avec un SCOFF négatif au début de l'internat ont un SCOFF positif à la fin de l'internat (13).

Carret V. (61) a étudié la population des internes de médecine générale d'Aquitaine, dans le cadre du projet « Intern'Life Aquitaine », faisant suite à l'étude de Deswarte P. (13). Il démontre une corrélation entre anxiété et risque de TCA, avec un SCOFF-F positif (61). Les troubles anxieux précèdent fréquemment l'apparition d'un TCA, et le trouble anxieux

généralisé (TAG) survient de manière concomitante ou succède à l'apparition d'un TCA (141,142). D'après l'étude de Carret V. (61), l'anxiété augmente en fin d'internat.

Il met en évidence un lien significatif entre dépression et risque de TCA chez les IMG (61). L'épisode dépressif caractérisé est en effet une comorbidité fréquente des TCA (10).

Le risque de TCA augmente en fin d'internat passant de 14,3% à 15,3% (61). Le taux de SCOFF positif peut paraître bas comparativement à d'autres études, ce que l'auteur explique par la disparité inter-région (61).

Notre étude fait suite à celles déjà réalisées concernant les TCA chez les internes de médecine générale.

# OBJECTIFS

## I. OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal est d'évaluer la prévalence des cas probable de TCA chez les internes de médecine générale de Lille en 2020-2021.

## II. OBJECTIFS SECONDAIRES

- Déterminer les caractéristiques de la population des cas probables de TCA chez les IMG.
- Compléter les données existantes en termes de santé mentale des internes.
- Permettre ainsi de justifier d'une amélioration et de la mise en place de moyens d'information et de préventions des TCA chez les IMG.
- Emettre des pistes de prévention des TCA chez les IMG.

## III. HYPOTHESES

L'hypothèse principale est que la prévalence des cas probables de TCA chez les internes de médecine générale en 2020-2021 est semblable à celle des études précédentes.

Le corollaire de cette hypothèse est que le taux de positivité au SCOFF-F des IMG est plus élevé que les chiffres retrouvés en population générale.

# MATERIEL ET METHODES

## **I. CONCEPTION DE L'ETUDE**

Il s'agit d'une étude épidémiologique, quantitative, observationnelle, descriptive et transversale. La conception de l'étude a été menée selon la traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles (143).

## **II. LE QUESTIONNAIRE**

Le questionnaire (Cf. Annexe 1) diffusé aux sujets de l'étude aborde en premier lieu des données démographiques de la population. Ces questions démographiques sont suivies par le questionnaire SCOFF-F précédemment décrit. Une ultime question ouverte facultative interroge les sujets sur leurs suggestions en terme de prévention des TCA chez les internes de médecine générale afin d'ouvrir sur de potentielles mesures à mettre en place.

Une note de prévention en fin de questionnaire informe les internes quant à certaines structures et dispositifs à leur disposition s'ils en éprouvaient le besoin.

## **III. CONTEXTE**

Le questionnaire a fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2021-126 au registre des traitements de l'Université de Lille. Il a été déclaré comme conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles, le 26 mai 2021, par le délégué à la protection des données de la direction des données personnelles et archives.

L'étude a été réalisée dans le cadre de l'Université de Lille, le questionnaire a été diffusé à partir du 14 septembre 2021 et définitivement clôturé le 16 janvier 2022. Trois relances ont été réalisées via les différentes sources de diffusion.

## **IV. POPULATION**

### **A. CRITERES D'INCLUSION**

Les sujets à inclure dans l'étude devaient appartenir à l'une des promotions de DES de médecine générale 2020, 2019, 2018 ou 2017 (promotion sortante).

Ils devaient être internes en médecine générale à l'université de médecine de Lille et avoir donné leur consentement en répondant au questionnaire.

### **B. CRITERES D'EXCLUSION**

Les sujets qui n'avaient pas répondu au questionnaire ou qui avaient répondu partiellement étaient exclus de l'étude.

### **C. SOURCES ET METHODES DE SELECTION**

Le questionnaire a été envoyé par mail à tous les internes concernés, par le secrétariat du département de médecine générale. Il a également été posté sur les réseaux sociaux, sur les groupes d'échanges des différentes promotions d'internes.

## **V. RECUEIL DES DONNEES**

La rédaction du questionnaire et le recueil des données ont été réalisés avec le logiciel LimeSurvey®. Les réponses étaient anonymisées et ont été classées dans un tableau

EXCEL®. Le questionnaire et donc le questionnaire SCOFF-F a été complété par écrit par les participants.

## **VI. VARIABLES RECUEILLIES ET CRITERES DE RESULTATS**

Les variables recueillies et les critères de résultats étaient :

- Le sexe
- L'âge (en années)
- Le poids (en kg)
- La taille (en mètres)
- L'IMC (en kg/m<sup>2</sup>): était ensuite calculé et les sujets classés selon 4 catégories :  
Maigreur (IMC < 18,5), IMC Normal (18,5 ≤ IMC < 25), Surpoids (25 ≤ IMC < 30),  
Obésité (IMC ≥ 30).
- La promotion de DES
- Les 5 questions du questionnaire SCOFF-F dans sa version validée(58,62,63).  
Chaque réponse positive rapportait un point au score. Un score ≥ 2 était considéré  
comme positif et le sujet à risque de TCA.

## **VII. ANALYSE DES DONNEES**

L'analyse a été réalisée par l'Unité Statistique, Evaluation Economique, Data-management du CHU de Lille.

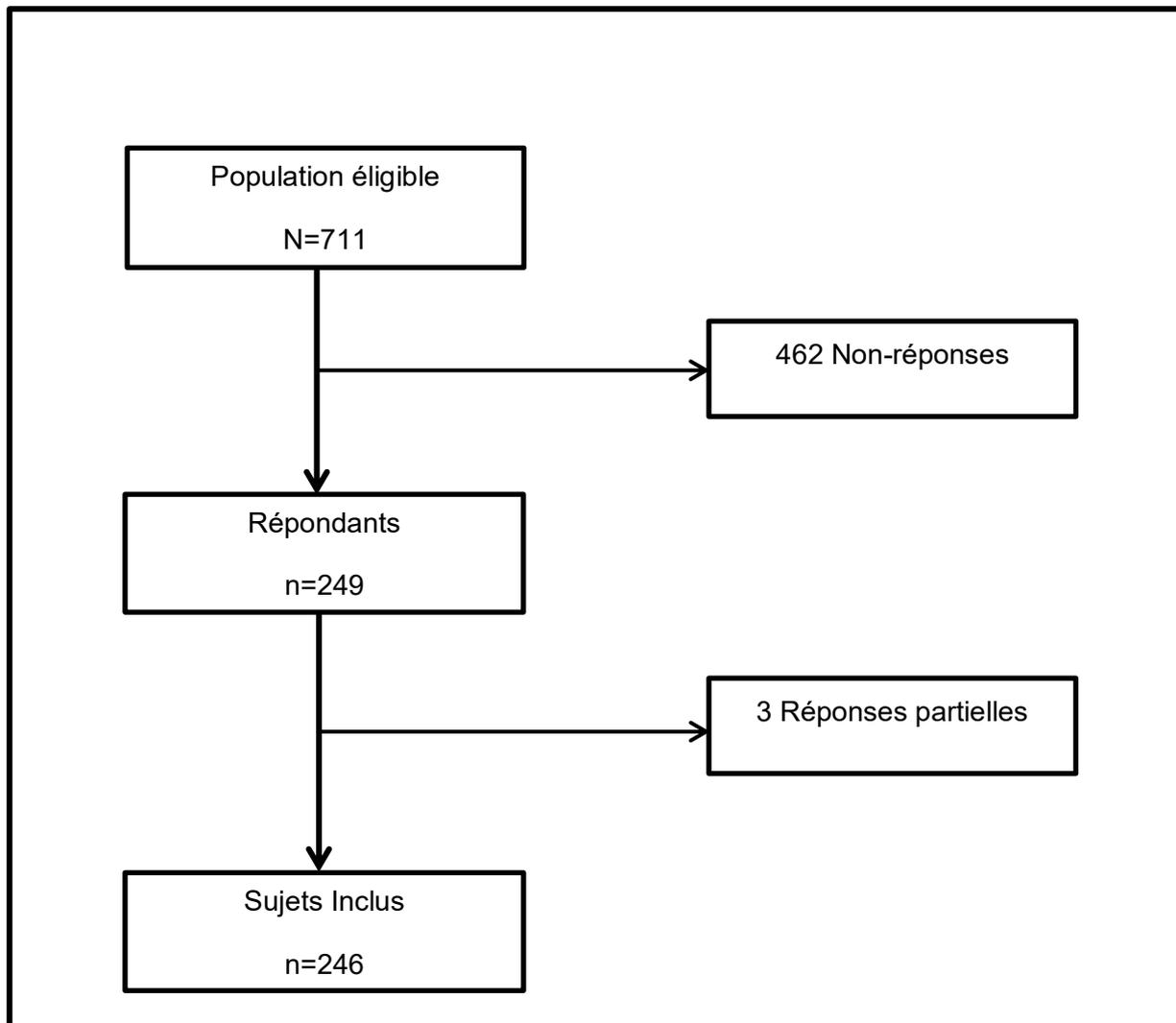
Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne, déviation standard, médiane, étendue interquartile (i.e. 25ième et 75ième percentiles) et étendue. Les variables qualitatives ont été décrites par les pourcentages et effectifs. Le taux d'internes

en médecine générale positifs à chaque question du score SCOFF et définis comme à risque de TCA (SCOFF total  $\geq 2$ ) ont été calculés avec leurs intervalles de confiance à 95%. Les comparaisons des variables quantitatives entre les internes en médecine générales à risque de TCA (score total  $\geq 2$ ) versus les internes en médecine générales sans risque de TCA ont été effectuées par des tests t de Student ou par des tests U de Mann Whitney (selon la normalité de la distribution) et les comparaisons des variables qualitatives ont été effectuées par des tests du Chi-deux ou test exact de Fisher. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des logiciels SAS® (version 9.4) et le niveau de signification des tests statistiques a été fixé à 5%.

La question ouverte abordant les suggestions des internes à propos des mesures possibles de prévention n'a pas fait l'objet d'une analyse statistique et les réponses n'ont été recueillies qu'à titre informatif.

# RESULTATS

**Figure 1** : Flow-Chart de l'étude



# I. ANALYSE DESCRIPTIVE

## A. TAUX DE PARTICIPATION

**TABLEAU 8** : Taux de participation à l'étude

Promotions	Taux de participation % (n/N)
Total N = 711	35.0 (249/711)
Pasteur (2017 : Post-DES) N = 177	31.9 (58/177)
Quesnay (2018 : 3 <sup>e</sup> année) N = 178	35.1 (61/178)
Rabelais (2019 : 2 <sup>e</sup> année) N = 174	33.7 (60/174)
Socrate (2020 : 1 <sup>ère</sup> année) N = 182	39.5 (70/182)

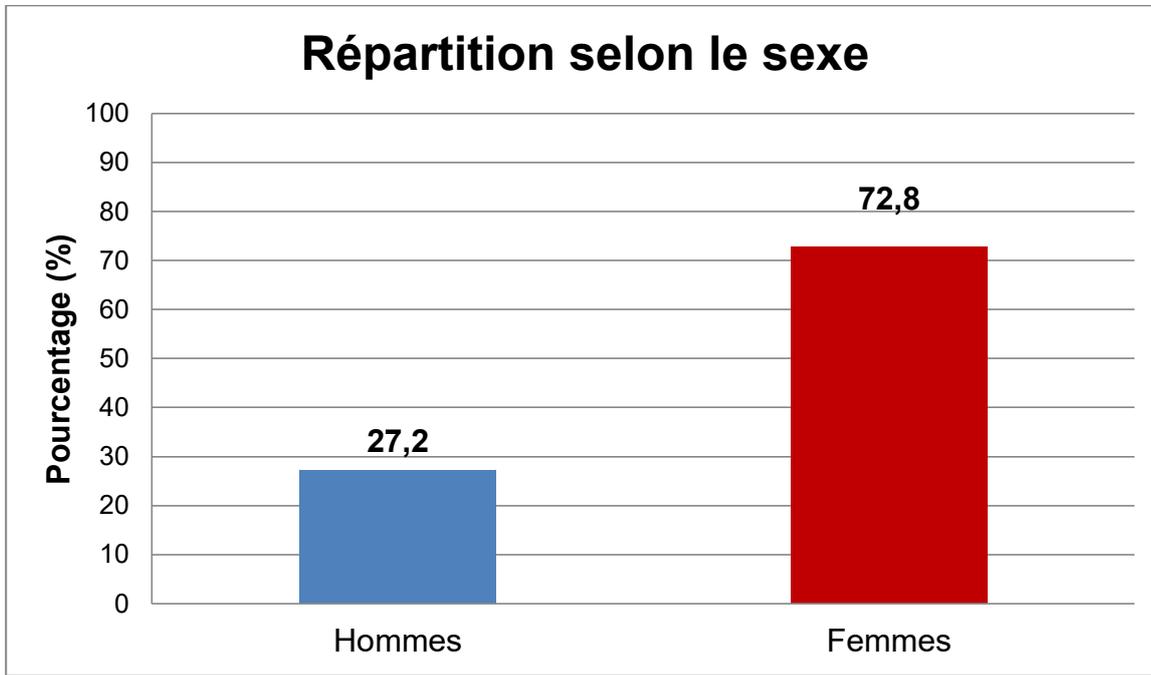
Parmi les 711 sujets éligibles, le taux de participation au questionnaire était de 35,02% soit 249 répondants.

Les sujets n'ayant pas répondu en totalité au questionnaire ont été exclus de l'analyse, soit 3 répondants exclus (1 homme et 2 femmes). Au final le taux de sujets inclus dans l'étude par rapport à la population totale était de 34,59%.

## **B. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

### **1. REPARTITION SELON LE SEXE**

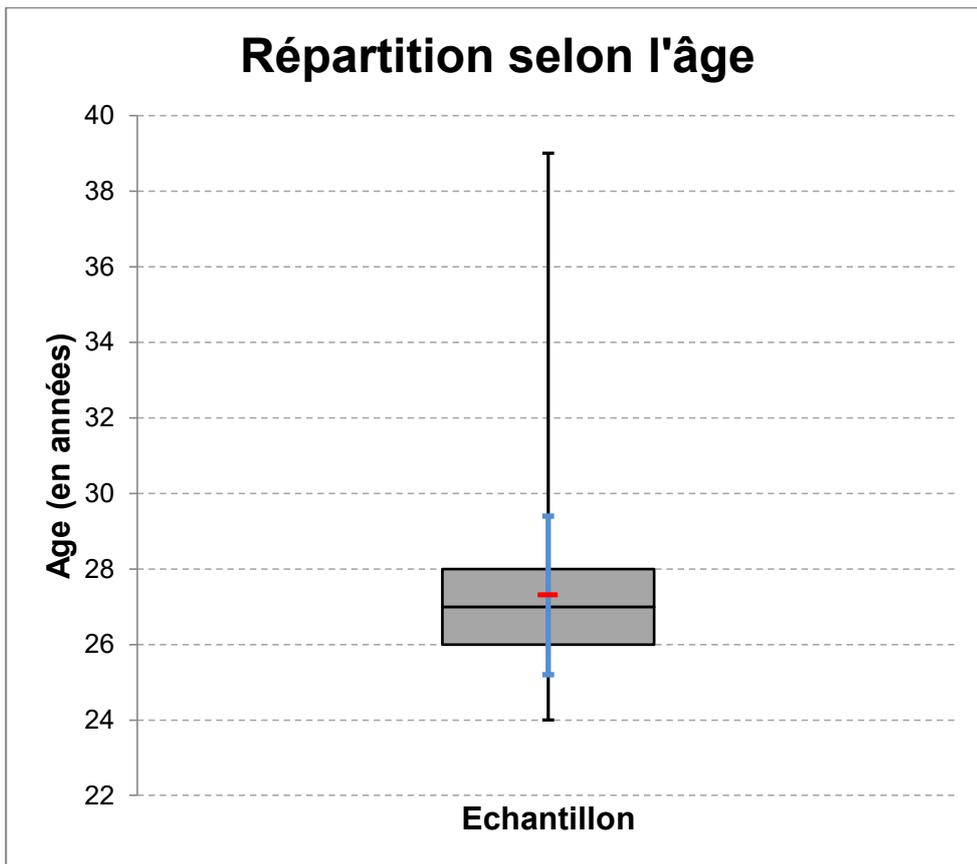
**HISTOGRAMME 1 : Répartition des sujets selon le sexe**



Parmi les 246 inclus, 179 étaient des femmes (72,8%) et 67 étaient des hommes (27,2%), soit un sex ratio de 0,37.

## 2. REPARTITION SELON L'AGE

### BOX PLOT 1 : Répartition de l'échantillon selon l'âge

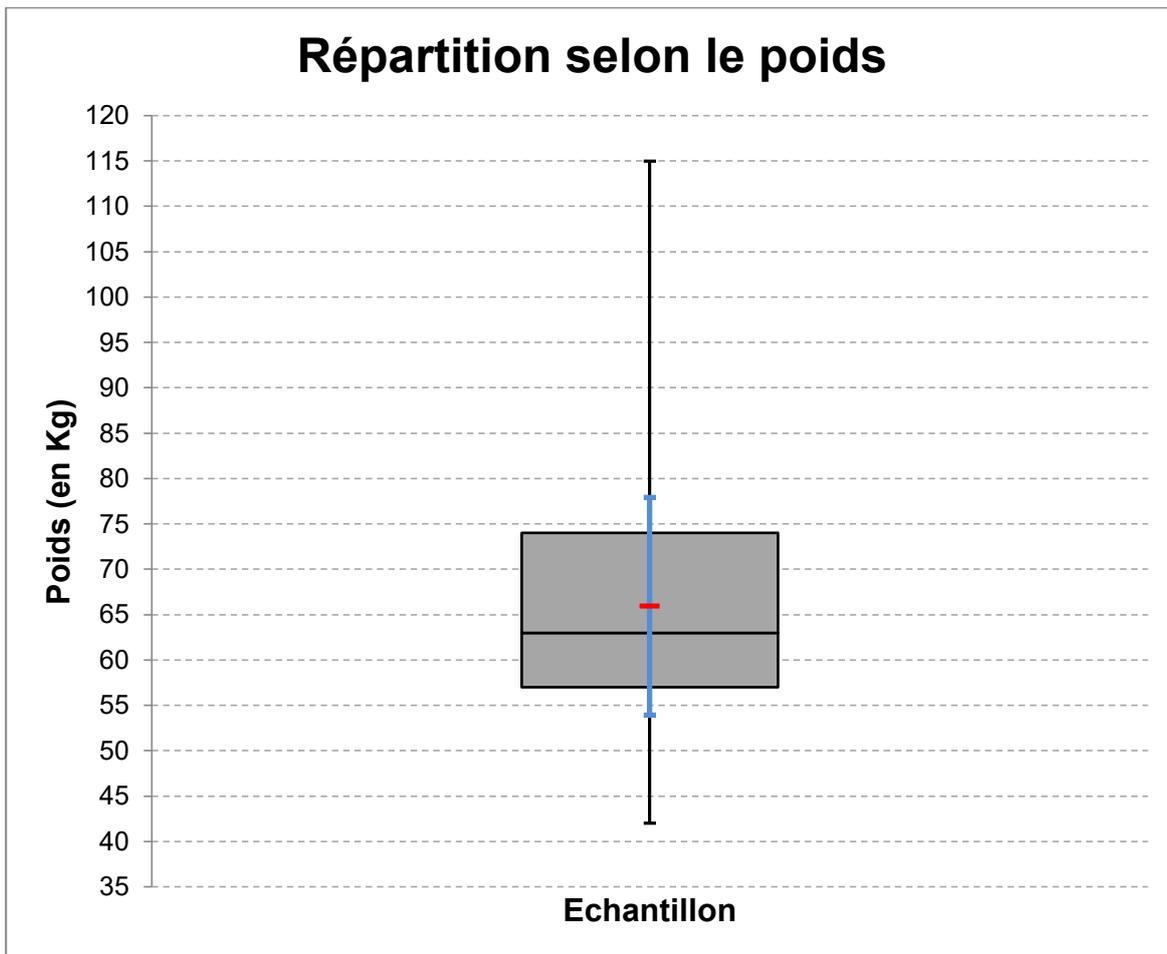


L'âge moyen des sujets inclus est de  $27.3 \pm 2.1$  ans. L'âge minimal est de 24 ans et l'âge maximal de 39 ans.

La médiane, le 1<sup>er</sup> quartile et le 3<sup>e</sup> Quartile sont respectivement de 27, 25, et 28 ans.

### 3. REPARTITION SELON LE POIDS

#### BOX PLOT 2 : Répartition de l'échantillon selon le poids

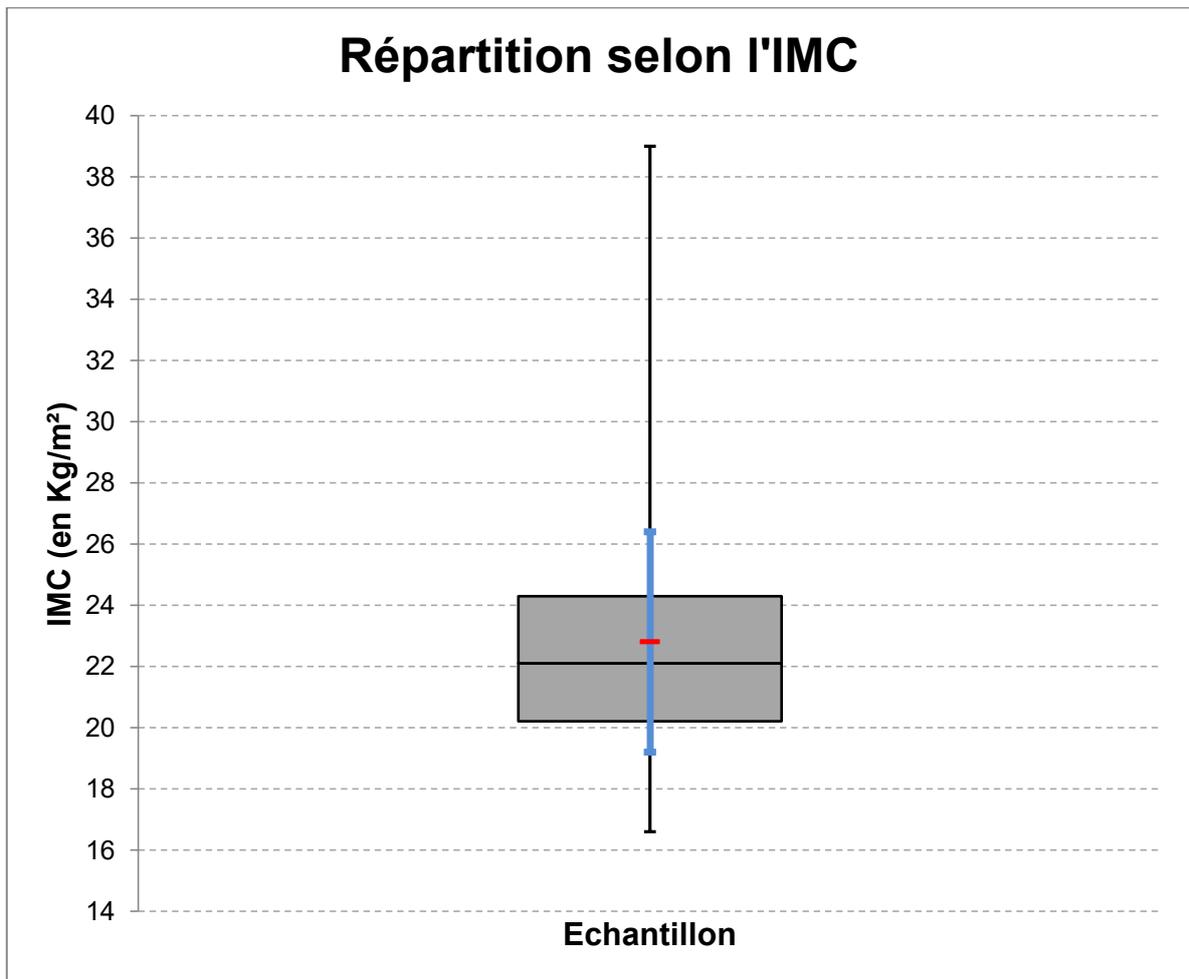


Le poids moyen est de  $65.9 \pm 12.0$  kg, le poids minimal de 42kg et le poids maximal de 115kg.

La médiane, le 1<sup>er</sup> quartile et le 3<sup>e</sup> quartile sont respectivement de 63, 57 et 74kg.

#### 4. REPARTITION SELON L'IMC

##### BOX PLOT 3 : Répartition de l'échantillon selon l'IMC



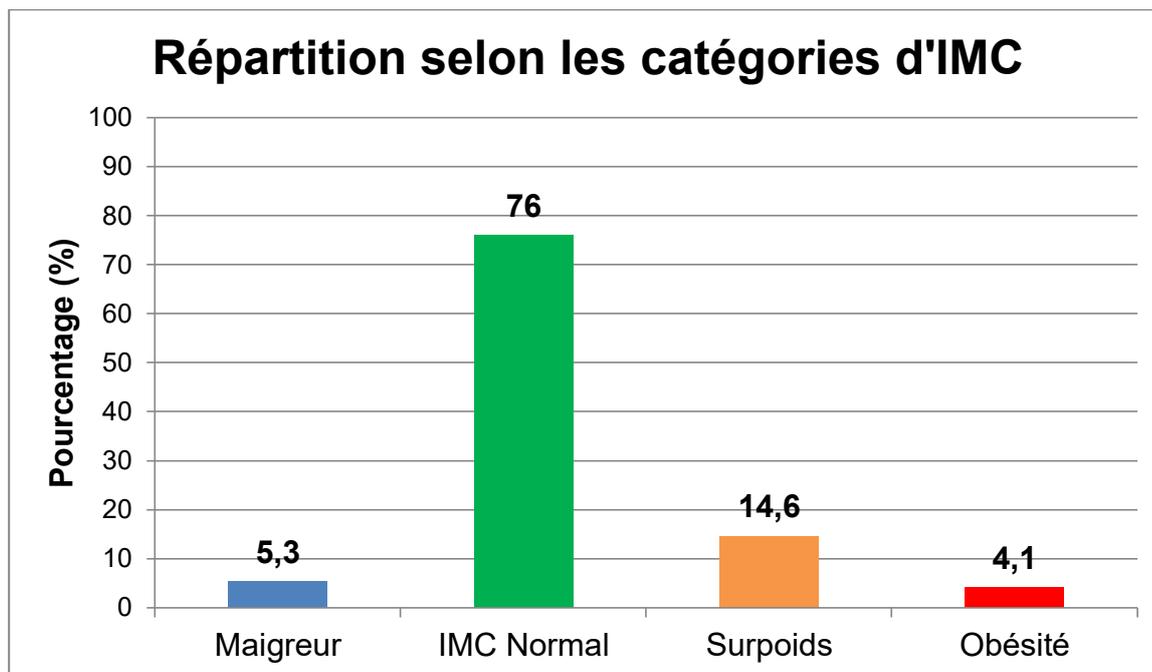
L'IMC moyen est de  $22.8 \pm 3.6 \text{ kg/m}^2$ .

L'IMC minimal est de  $16,6 \text{ kg/m}^2$  et l'IMC maximal était de  $39 \text{ kg/m}^2$ .

La médiane (Q1 ; Q3) est de  $22.1 \text{ kg/m}^2$  ( $20.2 ; 24.3$ ).

## 5. REPARTITION SELON LA CATEGORIE D'IMC

**HISTOGRAMME 2 : Répartition selon les catégories d'IMC**



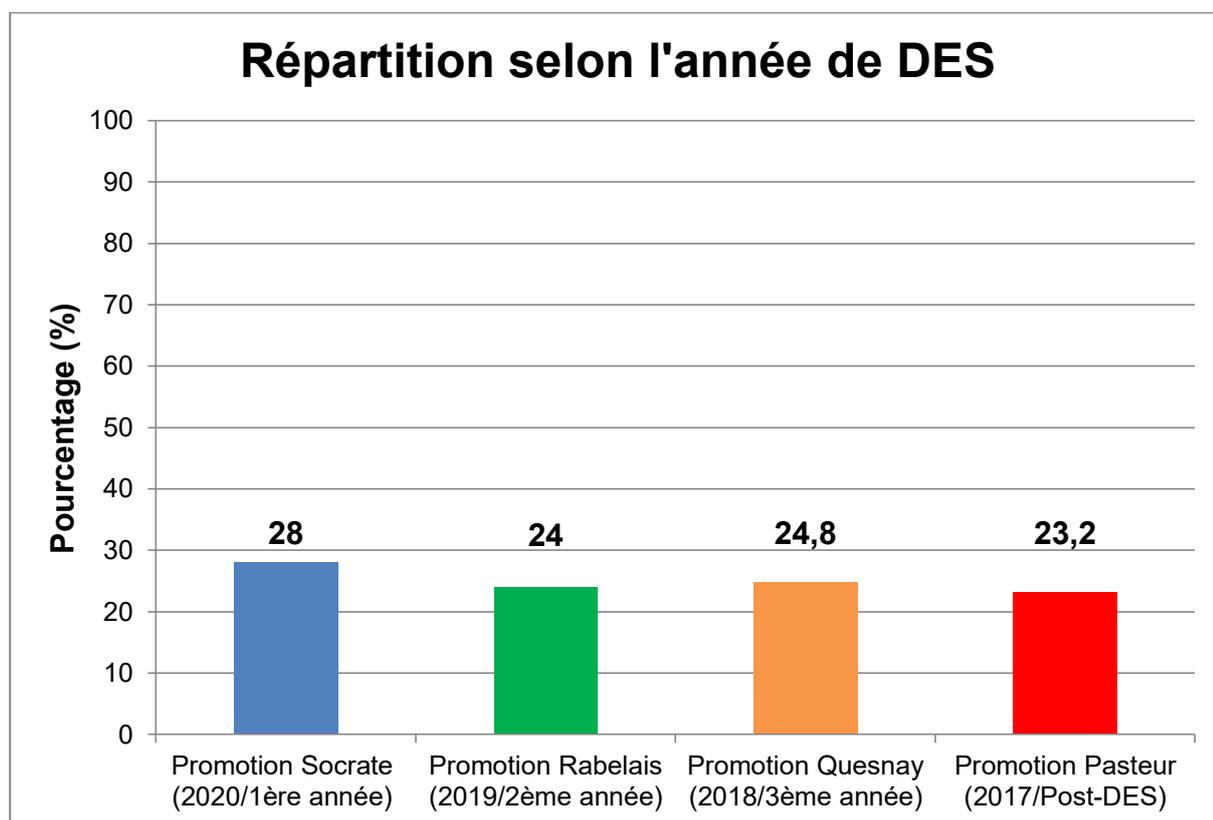
Pour rappel, les sujets ont été classés par catégories d'IMC soit : Maigreux (IMC < 18,5), IMC Normal ( $18,5 \leq \text{IMC} < 25$ ), Surpoids ( $25 \leq \text{IMC} < 30$ ), Obésité (IMC  $\geq 30$ ).

Sur les 246 sujets, on en compte 13 en état de maigreux (soit 5,3%), 187 avec un IMC normal (76%), 36 en surpoids (14,6%), 10 en obésité (4,1%).

Soit un total de 59 sujets présentant un IMC anormal (24%).

## 6. REPARTITION SELON LA PROMOTION DE DES

HISTOGRAMME 3 : Répartition selon l'année de DES



Les répondants de la promotion de première année (Socrate) sont au nombre de 69 (28%), ceux de la 2<sup>e</sup> année (Rabelais) sont 59 (24%), ceux de la 3<sup>e</sup> année (Quesnay) sont 61 (24,8%) et ceux de la promotion sortante (Pasteur) sont 57 (23,2%).

## **C. QUESTIONNAIRE SCOFF-F**

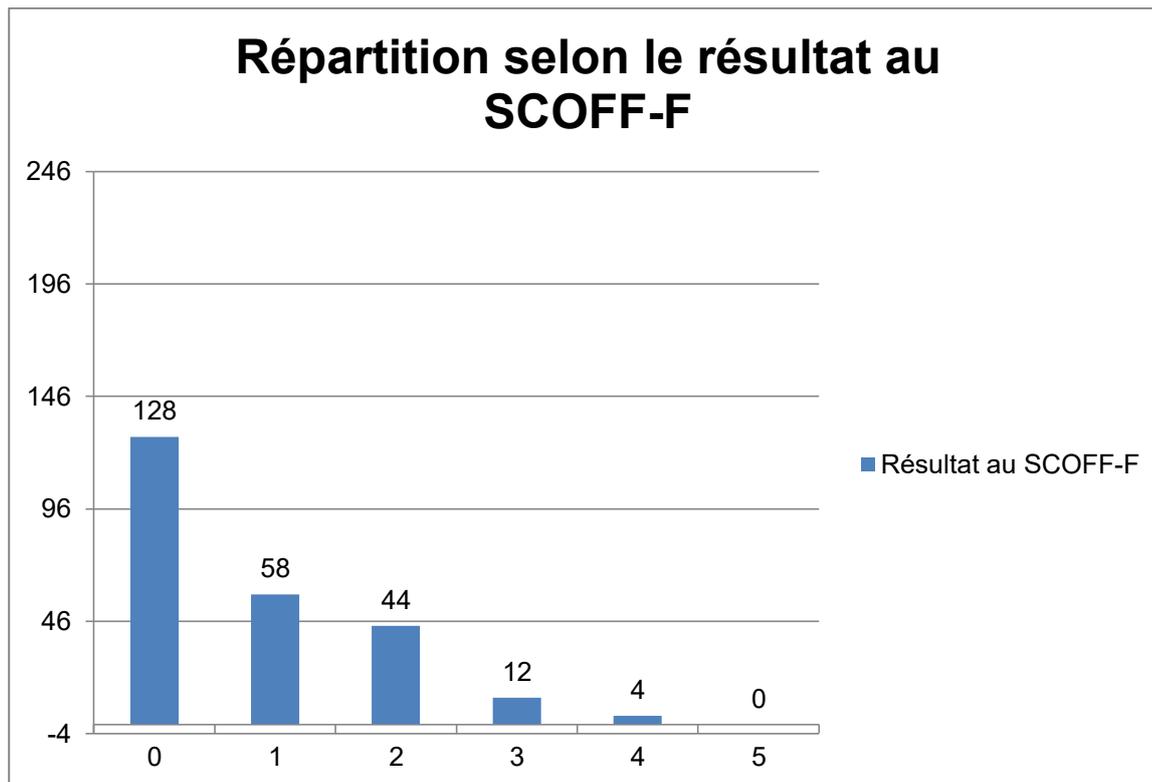
**TABLEAU 9 : Nombre de résultats positifs au SCOFF-F et de réponses positives pour chaque question**

	<b>Réponses positives % (n/246)</b>	<b>IC à 95%</b>
<b>Question 1 (SICK)</b>	15.9 (39)	11.2 – 20.5
<b>Question 2 (CONTROL)</b>	25.6 (63)	20.1 – 31.1
<b>Question 3 (ONE)</b>	5.3 (13)	2.4 – 8.1
<b>Question 4 (FAT)</b>	14.6 (36)	10.2 - 19.1
<b>Question 5 (FOOD)</b>	19.1 (47)	14.1 – 24.1
<b>SCOFF-F positif</b>	24.4 (60)	19 – 29.8

Sur 246 sujets interrogés, 60 (24,4%) ont un SCOFF-F positif, et sont donc à risque de développer un TCA. Si l'on prend en compte uniquement les internes en excluant la promotion sortante de 2017, on retrouve un taux de 23,6% (IC95% 17.5 – 29.6) de SCOFF-F positifs.

118 sujets répondent positivement à au moins une question du questionnaire SCOFF-F, soit 48% des effectifs.

#### HISTOGRAMME 4 : Répartition selon le résultat au SCOFF-F



58 sujets ont un score de 1/5 (23,6%), 44 ont un score de 2/5 (17,9%), 12 un score de 3/5 (4,9%), 4 un score de 4/5 (1,6%) et aucun n'a répondu positivement à l'ensemble des questions.

## II. ANALYSE BI-VARIEE SELON LA POSITIVITE DU SCOFF-F

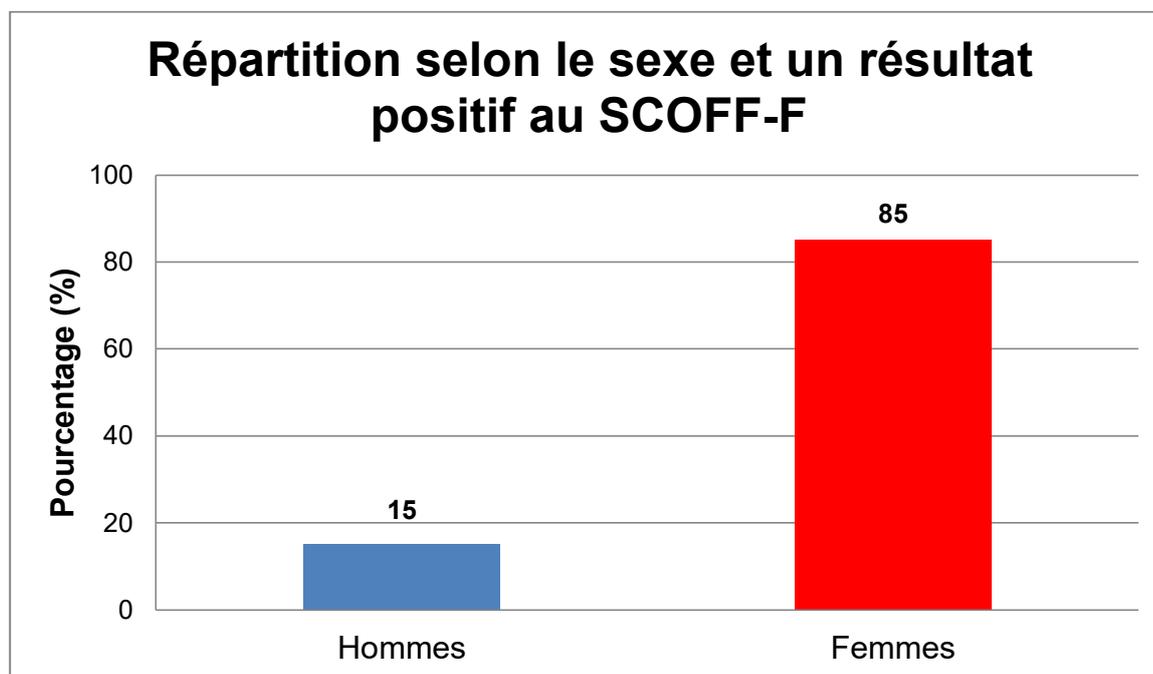
**TABLEAU 10** : analyse bi-variée selon la positivité du SCOFF-F

Variable		SCOFF-F négatif	SCOFF-F Positif	pvalue
n(%)		n=186	n=60	
Sexe	Homme	58 (31.2)	9 (15.0)	<b>0.014</b>
	Femme	128 (68.8)	51 (85.0)	
Classe d'IMC	Maigreur	11 (5.9)	2 (3.3)	0,54
	Normal	143 (76.9)	44 (73.3)	
	Surpoids	24 (12.9)	12 (20.0)	
	Obésité	8 (4.3)	2 (3.3)	
IMC	Moyenne ± Ecart-type	22.7 ± 3.6	23.1 ± 3.4	0,42
	Médiane (IQR)	22.0 (20.2 ; 24.2)	22.4 (20.8 ; 24.8)	
	Minimum   Maximum	16.6   39.0	17.3   34.5	
Age	Moyenne ± Ecart-type	27.3 ± 2.1	27.5 ± 2.3	0,57
	Médiane (IQR)	27.0 (26.0 ; 28.0)	27.0 (26.0 ; 28.5)	
	Minimum   Maximum	24.0   36.0	24.0   39.0	
Promo	1 <sup>ère</sup> année	53 (28.5)	16 (26.7)	0,98
	2 <sup>e</sup> année	45 (24.2)	14 (23.3)	
	3 <sup>e</sup> année	46 (24.7)	15 (25.0)	
	Post-DES	42 (22.6)	15 (25.0)	

Variable n(%)		SCOFF-F négatif n=186	SCOFF-F Positif n=60	pvalue
Sick	Non	175 (94.1)	32 (53.3)	<b>&lt;0,001</b>
	Oui	11 (5.9)	28 (46.7)	
Control	Non	170 (91.4)	13 (21.7)	<b>&lt;0,001</b>
	Oui	16 (8.6)	47 (78.3)	
One	Non	180 (96.8)	53 (88.3)	<b>&lt;0,001</b>
	Oui	6 (3.2)	7 (11.7)	
Fat	Non	174 (93.5)	36 (60.0)	<b>&lt;0,001</b>
	Oui	12 (6.5)	24 (40.0)	
Food	Non	173 (93.0)	26 (43.3)	<b>&lt;0,001</b>
	Oui	13 (7.0)	34 (56.7)	

## A. REPARTITION DES RESULTATS POSITIFS AU SCOFF-F PAR RAPPORT AU SEXE

HISTOGRAMME 5 : Répartition des internes positifs au SCOFF-F selon le sexe



Parmi les 60 sujets positifs, on compte 51 femmes (85%) et 9 hommes (15%).

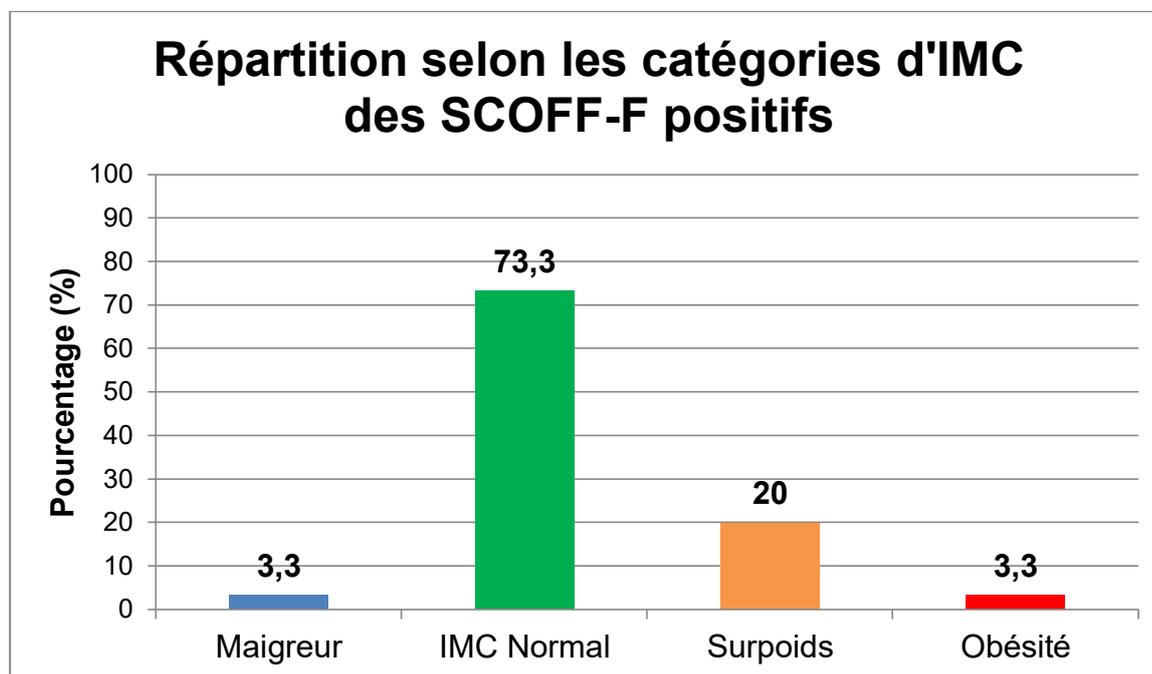
On retrouve une différence significative entre les 2 populations à  $p=0,014$ .

Le sex ratio des SCOFF-F positifs était de 0,18 soit environ 1 homme pour 5,6 femmes.

On remarque que 28,5% des femmes et 13,4% des hommes étaient positifs.

## **B. REPARTITION DES RESULTATS SCOFF-F POSITIFS PAR RAPPORT AUX CATEGORIES D'IMC**

**HISTOGRAMME 6 : Répartition des internes positifs au SCOFF-F selon les catégories d'IMC**



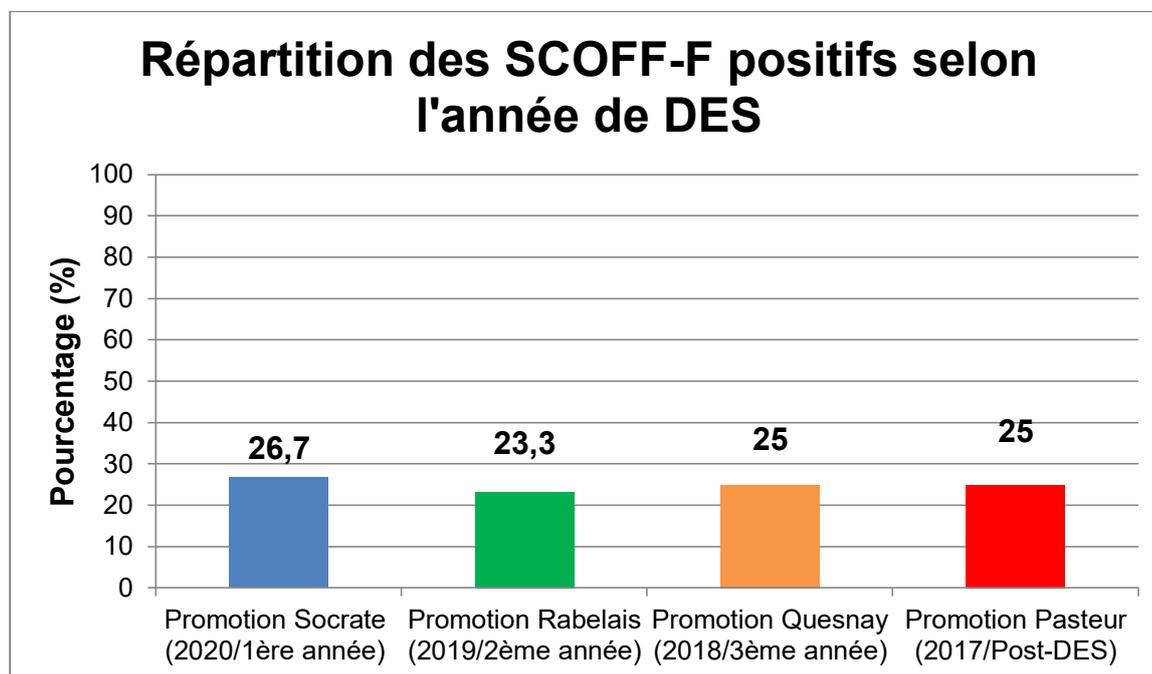
Sur les 60 sujets, on en comptait 2 en état de maigreur (soit 3,3%), 44 avec un IMC normal (73,3%), 12 en surpoids (20%), 2 en obésité (3,3%).

Ces chiffres représentent un total de 16 sujets présentant un IMC anormal (26,6%).

Nous ne pouvons pas conclure à une différence significative entre les différentes tranches d'IMC avec  $p=0,54$ .

## **C. REPARTITION DES SCOFF-F POSITIFS SELON LA PROMOTION DE DES**

**HISTOGRAMME 7 : Répartition des internes positifs au SCOFF-F selon l'année de DES**



Parmi les sujets de la promotion de 1<sup>ère</sup> année (Socrate), 16 sujets étaient positifs (26,7%).

Parmi les sujets de la promotion de 2<sup>e</sup> année (Rabelais), 14 sujets étaient positifs (23,3%).

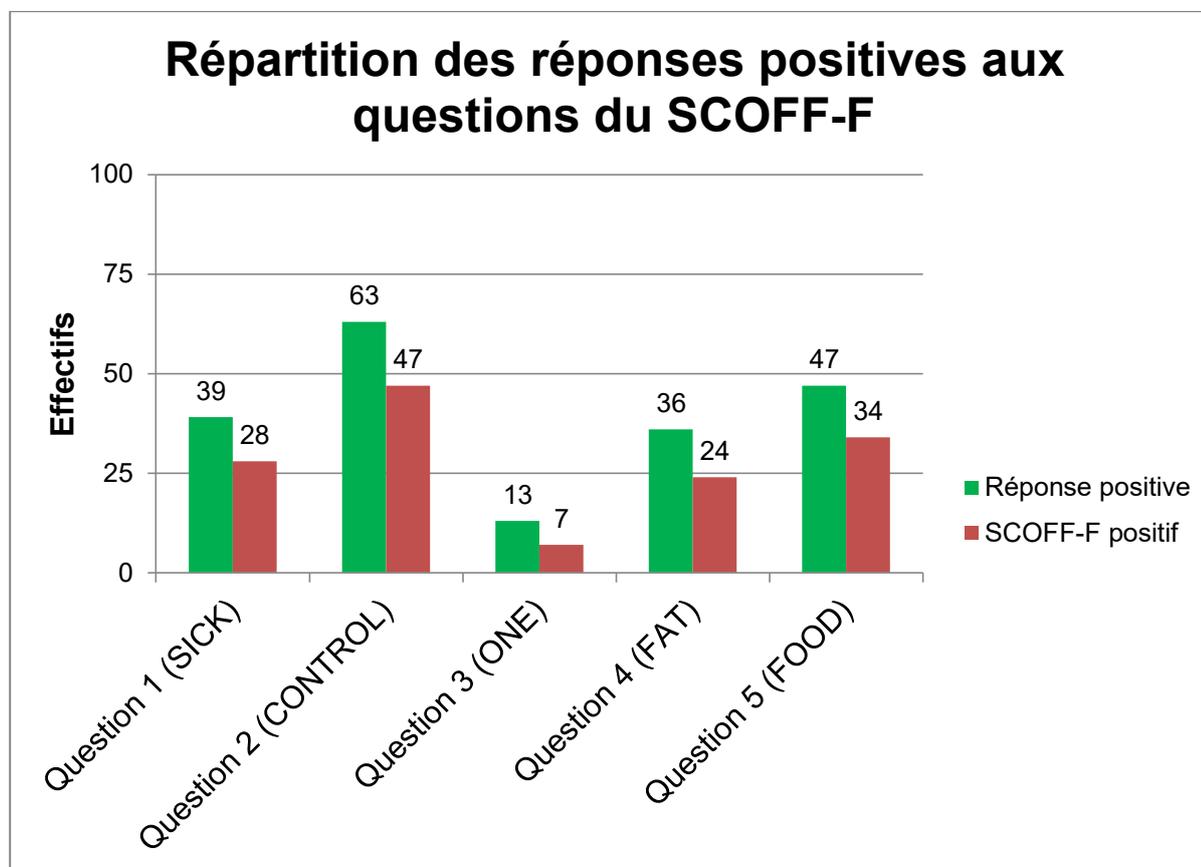
Parmi les sujets de la promotion de 3<sup>e</sup> année (Quesnay), 15 sujets étaient positifs (25%).

Parmi les sujets de la promotion sortante post-DES (Pasteur), 15 sujets étaient positifs (25%).

Nous ne pouvons pas conclure à une différence significative entre les groupes à  $p=0,98$ .

## **D. REPARTITION DES REPONSES POSITIVES AUX QUESTIONS DU SCOFF-F**

**HISTOGRAMME 8 : Répartition des réponses positives au SCOFF-F selon chaque question**



A la 1<sup>ère</sup> question (\*\*), 39 sujets ont répondu positivement, soit 11 sujets de plus que ceux ayant un SCOFF-F positif.

A la 2<sup>e</sup> question, 63 sujets ont répondu positivement, soit 16 sujets de plus que ceux ayant un SCOFF-F positif.

A la 3<sup>e</sup> question, 13 sujets ont répondu positivement, soit 6 sujets de plus que ceux ayant un SCOFF-F positif.

A la 4<sup>e</sup> question, 36 sujets ont répondu positivement, soit 12 sujets de plus que ceux ayant un SCOFF-F positif.

A la 5<sup>e</sup> question, 47 sujets ont répondu positivement, soit 13 sujets de plus que ceux ayant un SCOFF-F positif

Pour chaque question il y avait significativement plus de réponses positives chez les SCOFF-F positifs que chez les SCOFF-F négatifs.

Pour les questions 2 (CONTROL) et 5 (FOOD), il y avait significativement plus de réponses positives que négatives à ces questions chez les SCOFF-F positifs avec **p<0,001**.

Pour les questions 1 (SICK), 3(ONE) et 4 (FAT) il y avait significativement moins de réponses positives que négatives à ces questions chez les SCOFF-F positifs avec **p<0,001** pour la question 1 et 3, et **p=0,018** pour la question 4.

### **E. REPARTITION DES SCOFF-F POSITIFS SELON L'AGE**

En ce qui concerne l'âge, on ne pouvait conclure à une différence significative entre les groupes.  $p=0,57$ .

### **F. REPARTITION DES SCOFF-F SELON L'IMC**

Nous ne pouvons pas non plus conclure à une différence significative entre les SCOFF-F positifs et les SCOFF-F négatifs selon la répartition de l'IMC.  $p=0,42$ .

## **G. AUTRES ANALYSES BI-VARIEES SIGNIFICATIVES**

### **1. ANALYSE SELON LA REPONSE A LA 1<sup>ERE</sup> QUESTION (SICK)**

La moitié environ des sujets se faisant vomir ressentent également une perte de contrôle dans les quantités qu'ils ingèrent (48,7%). **p<0,001**.

30,8% se sentent dominés par la nourriture. **p=0,043**.

### **2. ANALYSE SELON LA REPONSE A LA 2<sup>E</sup> QUESTION (CONTROL)**

Il y avait significativement plus de femmes qui ressentaient une perte de contrôle dans les quantités ingérées que d'hommes. **p=0,003**.

Il existait une différence significative entre les catégories d'IMC sur le fait d'avoir perdu le contrôle des quantités ingérées. 66,7% avaient un IMC normal et 31,7% un IMC au-dessus de la norme contre 1,6% en dessous. **p=0,010**.

30,2% des sujets ayant perdu le contrôle de leur alimentation se font vomir. **p<0,001**.

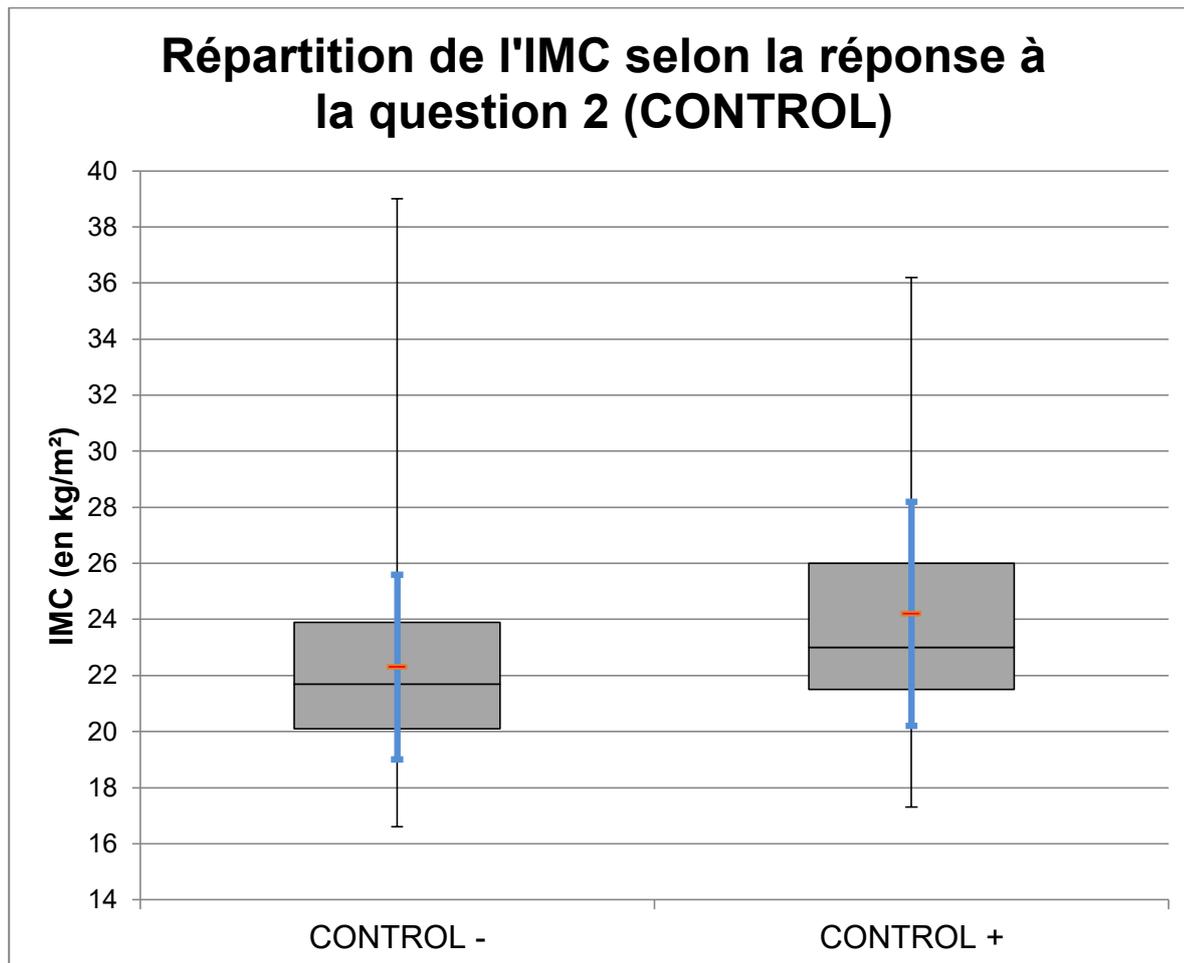
22,1% ayant perdu le contrôle se trouvent gros malgré l'avis de leur entourage. **p=0,048**.

44,4% sont dominés par la nourriture. **p<0,001**.

Ceux qui ont perdu le contrôle ont un IMC moyen significativement plus élevé. **p<0,001**.

## BOX PLOT 4 : répartition de l'IMC selon la réponse à la question 2 du SCOFF-F

(CONTROL)



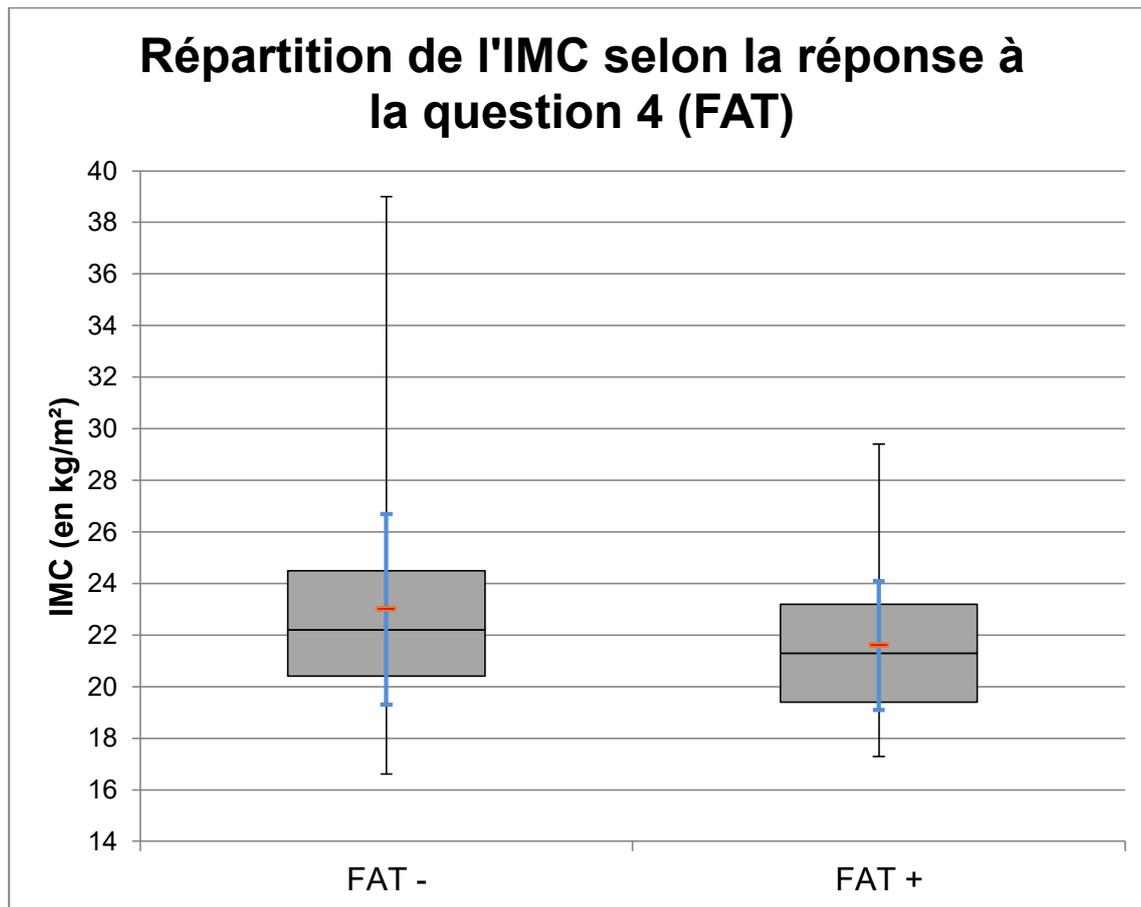
### 3. ANALYSE SELON LA REPONSE A LA 4<sup>E</sup> QUESTION (FAT)

38,9 % des sujets se trouvant gros ont également perdu le contrôle de ce qu'ils mangent.

**p=0,048.**

L'IMC moyen de ceux qui se trouvent gros malgré l'avis de leur entourage est significativement plus bas. **p=0,005.**

**BOX PLOT 5 : Répartition de l'IMC selon la réponse à la question 4 du SCOFF-F (FAT)**



**4. ANALYSE SELON LA REPONSE A LA 5<sup>E</sup> QUESTION (FOOD)**

Il y avait significativement plus de femmes qui trouvaient que la nourriture domine leur vie que d'hommes. **p=0,035.**

25,5% se font vomir. **p=0,043.**

Ils avaient significativement plus perdu le contrôle des quantités ingérées (59,6%). **p<0,001.**

### **III. MOYENS DE PREVENTION AVANCES PAR LES INTERNES (REPONSES OUVERTES)**

#### **A. INFORMATIONS VIA UN MEDIA**

N°28 préconisait de « sensibiliser sur les TCA...via des campagnes apportant des solutions », N°148 une « campagne de prévention du mal-être » et N°195 également une « campagne de prévention à la faculté ».

N°187 rejoignait cela en « informant les internes à la faculté »

N°100 aborde la production de « brochure ou d'affiches d'informations sur le TCA pour favoriser le dialogue ».

N°240 conseillait une approche d'information documentaire sur le sujet en conseillant un ouvrage sur les régimes.

#### **B. PREVENTION VIA LA FORMATION**

N°28 préconisait des « groupes de paroles et d'échanges » et d'aborder le sujet « en discutant avec des collègues ».

N°93 rapportait la nécessité d' « être mieux dans sa tête » en « facilitant notre DES », tout comme n°250 (« amélioration des conditions d'études »).

N°182 parlait d' « introduire cette problématique dans les cours théoriques des ED ».

Pour n°252 il s'agissait d' « avoir une visite ou vrai entretien de début et fin de stage constructif sur les objectifs du stage ».

N°148 : « diminuer la pression par rapport à la thèse »

N°172 : « plus de bienveillance et d'accompagnement des étudiants »

## **C. PREVENTION VIA LE BIEN-ETRE INDIVIDUEL**

Plusieurs internes axaient sur la prévention psychique et notamment celle du stress comme N°35 (« stress qui nouait l'estomac, donc pas de sensation de faim ») ou N°189 (« réduction du stress »).

N°172 : « diminuer le facteur stress »

N°250 préconisait une « aide à la gestion des émotions et du stress ».

N°125 abordait la possibilité de « sensibilisation à la gestion du stress » mais également une « activité physique et sportive encadrée ».

N°142 écrit « dans le cadre du bien-être général, de réduction du stress ; favoriser la parole des internes et mettre l'accent sur leur bien être personnel »

N°110 : «...le dialogue avec son entourage est primordial... »

## **D. PREVENTION VIA UNE CONSULTATION AVEC UN PROFESSIONNEL**

Plusieurs sujets abordaient la question de consultations systématiques régulières

N°17 souhaitait « que le rendez-vous de médecine du travail soit respecté (je n'ai vu qu'une fois la médecine du travail en 10ans d'études) et que la question des TCA y soit abordée ».

N° 54 : « visite médicale en début d'année »

N°90 : « La prévention devrait avoir lieu dès l'entrée en PAES via une consultation obligatoire en médecine du travail »

N°99 insiste également sur « le caractère systématique de la visite en médecine du travail en début d'internat »

N°155 « consultation systématique à l'université »

N°186 : « Intérêt d'une consultation médecine du travail de manière générale »

N°204 « Visite obligatoire 1 à 2 fois pendant le DES à la médecine du travail »

N° 209 « Faire une visite médicale obligatoire une fois par an »

N°233 « Une consultation annuelle chez le médecin du travail pour évaluation physique globale comprenant une partie nutrition »

N°248 « Une visite médicale par an pour tous les internes »

N°252 « évaluation des risques psychosociaux et mesure du poids pour accompagner au mieux les internes. »

N°282 « proposer de façon systématique une consultation de psychologie remboursée »

## **E. PREVENTION VIA L'ACTION SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL**

Plusieurs internes parlaient des conditions de travail, horaires ou pression au travail.

N°17 « que la pression au travail diminue !!! »

N°93 : avoir « de bons terrains de stage »

N°189 : « réduction du stress et du temps de travail »

N°250 et 282 : « amélioration des conditions de travail » et « améliorer la qualité de vie au travail »

D'autres abordaient la question de l'alimentation sur le lieu de travail.

N°35 alléguait « ne pas prendre le temps de manger (être jugée si on prend trop de temps, retarder les prises en charges de nos patients) » ou encore un « décalage des horaires...déjeuner à plus de 16h »

N°51 : « Prendre son temps pour manger en stage », « Micro-ondes disponibles pour plats préparés »

N°60 : « Avoir une vraie pause le midi pour avoir le temps de manger »

N°79 : « Problème de l'équilibre alimentaire et de la qualité des plateaux repas en garde parfois même absents. »

N°101 : « Avoir au moins 30 min pour manger le midi quand on travaille »

N°107 : « Favoriser la pause repas en garde même si débordé de boulot »

N°189 : « Temps dédié aux repas et nourriture plus qualitative que celle des plateaux de gardes... »

N°243 : « Permettre de manger à des heures « normales » »

N°262 : « Repas plus variés intra-hospitaliers (notamment les repas de garde) »

## **F. PREVENTION VIA DES DISPOSITIFS D'AIDE**

N°17 : «...qu'un service de psychologie au travail fonctionnel existe et soit facile d'accès... »

N°77 : « une consultation type consultation psy du Dr Granon pour les internes à Fontan »

N°125 : « ...consultation possible en addictologie proposée plus spontanément... »

N°187 : « proposer une aide psychologique systématique »

N°250 : « création d'une cellule d'aide psychologique »

# DISCUSSION

## I. PRINCIPAUX RESULTATS

Notre étude a donc retrouvé chez les internes de médecine générale de l'université de Lille une prévalence des cas probable de troubles du comportement alimentaire de 24,4%.

Ce chiffre est supérieur à ceux retrouvés par Pittaco et Thevenet (20 et 17,8%) (82,139).

Soyons tout de même prudents car les prévalences des TCA dans ces études n'étaient que déclaratives, sans utilisation de tests validés, ce qui pose un problème de fiabilité.

En ce qui concerne les études utilisant le SCOFF-F chez les IMG, nos chiffres coïncident avec ceux de Deswarte P. (13) chez les IMG de Paris (24,5 et 25,8%).

Notre taux de prévalence était cependant bien supérieur à ceux retrouvés par Carret V. (14,3 et 15,3%) à Bordeaux (61). Celui-ci émettait l'hypothèse d'une différence inter-régionale par rapport aux chiffres de Deswarte P. (13,61). Il était néanmoins le seul à retrouver des chiffres aussi bas par rapport aux autres études, et même plus bas que certaines études en population étudiante (60,71).

Les résultats sont donc globalement similaires aux quelques études précédentes.

Néanmoins, le manque criant de données sur le sujet nécessiterait de plus amples investigations à échelle nationale afin d'avoir plus de matière pour comparer.

Le taux de prévalence que nous retrouvions était par ailleurs bien supérieur aux chiffres de la population générale cités en introduction, dans laquelle on retrouve un taux de positivité du SCOFF allant de 6,3 à 14% (62,65–70).

Nous retrouvions une différence significative entre les deux sexes (**p=0,014**) avec plus de cas probables chez les femmes que chez les hommes, ce qui correspond à la littérature,

que ce soit en population générale ou dans des populations plus ciblées. Le SCOFF-F n'identifiant pas un TCA en particulier, on ne peut comparer le sex ratio à ceux retrouvés dans la littérature pour chacun des principaux troubles.

Les études incluant les hommes sont moins nombreuses que les études incluant les femmes, mais une étude de l'Encéphale de 2013 retrouvait 17% de TCA chez les hommes de 18 à 30 ans (144). Ce chiffre n'est pas si éloigné de nos résultats chez les hommes (13,4%) et concerne une tranche d'âge proche de celle de notre étude. Mais cette étude utilisait le Questionnaire for Eating Disorders (Q-EDD) et non pas le SCOFF (144). La comparabilité de ces 2 chiffres doit donc être considérée de manière prudente.

Nous ne trouvons pas de différence significative selon l'âge ( $p=0,57$ ), tout comme Morgan et al. (53) et Caron (46).

## **II. CHOIX, POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE**

### **A. TYPE D'ETUDE**

Nous avons choisi de faire une étude épidémiologique transversale, contrairement aux études de Carret (61) et Deswarte (13), qui réalisaient un nouveau SCOFF lors d'une 2<sup>e</sup> mesure ultérieure. En effet, ces études ont eu un nombre important de perdus de vue et le taux de participation s'en est vu drastiquement réduit. Elles s'inscrivaient pourtant dans des projets dirigés par des équipes conséquentes avec plus de moyens, et donc de facilité pour atteindre les internes, que la nôtre. Nous avons donc privilégié une étude simple et rapide qui se concentrait sur le plus grand panel de données possible à notre échelle afin d'éviter un manque de puissance trop important.

## **B. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE**

Nous avons choisi le questionnaire SCOFF-F pour sa facilité de réalisation, sa courte durée et sa validité en population étudiante. De plus, c'est celui qui était utilisé dans les études précédentes, ce qui permet de garder une cohérence et une comparabilité plus importante.

Les autres questionnaires étaient beaucoup plus longs avec plusieurs dizaines d'items et des temps de réponses ainsi prolongés. Certains de ces questionnaires propres aux TCA étaient uniquement utilisés pour évaluer la gravité ou alors présentaient des contraintes particulières. D'autre part, ils n'englobaient pas nécessairement tous les TCA ou formes partielles. Le SCOFF-F permet de couvrir une large partie des TCA comprenant également les EDNOS (55,145).

Le SCOFF-F était proposé à l'écrit plutôt qu'à l'oral du fait du mode de diffusion. L'oral aurait nécessité de voir les internes en personne, ce qui aurait probablement diminué le taux de participation et aurait pu poser un biais de déclaration notamment un biais de désirabilité sociale. De plus on peut imaginer qu'un interne aurait eu du mal à répondre honnêtement face à un confrère (qu'il connaît peut-être personnellement ou professionnellement), au vu de l'image des pathologies psychiatriques au sein du milieu médical, évoquée précédemment. Rappelons qu'il n'y a cependant pas de différence entre le SCOFF oral et écrit selon son créateur (53) mais qu'il y aurait peut-être une meilleure déclaration avec un SCOFF écrit (54).

Nous sommes sortis du cadre de la validité initiale du SCOFF en incluant les hommes, à l'instar de nombreuses études dont celles déjà citées (13,46,57,59–61), et en prenant en compte sa validité chez les hommes dans sa version en mandarin (57).

Nous avons analysé de nombreuses études qui qualifiaient les sujets positifs au SCOFF de sujets « à risque de TCA ».

Nous avons préféré nous rapprocher au maximum du sens du terme original employé pour qualifier les sujets positifs au SCOFF. Nous avons donc parlé de « cas probables de TCA » (likely case) (53). Nous voulions éviter une éventuelle confusion laissant croire à l'existence de facteurs de risque de TCA, ou suggérant que le fait d'être interne soit un facteur de risque de TCA.

De la même manière, la traduction originale de la 5<sup>e</sup> question a été choisie (Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?). Devant les résultats de Mélodie Caron (46), nous avons souhaité éviter au maximum un biais de classement, notamment de déclaration.

Le nombre de questions a volontairement été grandement limité afin d'améliorer la rapidité de réalisation du questionnaire et d'augmenter le taux réponse à l'étude. Un questionnaire trop long et trop lourd aurait probablement été rédhibitoire pour nombre de participants qui, ne l'oublions pas, sont de jeunes médecins qui n'ont pas nécessairement beaucoup de temps à consacrer à un questionnaire.

Nous n'avons pas non plus posé de question sur les antécédents de TCA. Cette question aurait pu apporter un possible biais de déclaration, soit en sous-déclaration du fait de l'anosognosie ou de la honte liée aux troubles, soit en sûr-déclaration du fait que les sujets pourraient s'auto-diagnostiquer un TCA au moindre doute ou symptôme. Ce biais aurait été d'autant plus important si on prend en compte la variété des formes qu'incluent les TCA. Le SCOFF, même s'il ne diagnostique pas les TCA et qu'il ne témoigne pas de la présence antérieure ou non d'un TCA, est plus neutre et plus fiable.

Des questions touchant un plus large panel de sujets, ou des questions plus spécifiques, auraient d'ailleurs pu engendrer un biais de mémorisation.

Les antécédents généraux n'étaient pas non plus demandés, dans la même optique. La variété des possibles auraient rendu le travail beaucoup plus compliqué et aurait nécessité une question ouverte non facultative cette fois-ci. On pourra donc envisager un biais de confusion en ce qui concerne la 3<sup>e</sup> question du SCOFF-F sur la perte de poids. En effet la perte de poids pourrait aussi être secondaire à une pathologie chronique par exemple. On peut cependant imaginer que cette population jeune ne présente pas un grand nombre de pathologies chroniques. La tranche d'âge de cette population fait effectivement partie des tranches les moins concernées par les pathologies chroniques (146,147).

### **C. POPULATION DE L'ETUDE**

Nous avons également fait le choix d'inclure les internes « sortants », de l'année post DES afin d'augmenter l'effectif de l'étude et d'avoir une population plus large à étudier. Ces jeunes médecins sont tout juste sortis du DES, et la durée d'évolution des TCA est plutôt longue. Nous ne pensions donc pas qu'un changement important s'opèrerait sur les caractéristiques de cette population quant aux TCA. Malgré tout, le fait de les inclure apportait également un élément de comparaison entre un interne à proprement parler et un jeune médecin post-DES. Nous n'avons d'ailleurs pas trouvé de différence significative entre les différentes promotions.

Les études précédentes de Carret (61) et Deswarte (13), ne s'intéressaient qu'à une seule et même promotion, ce qui réduisait la quantité de données recueillies.

Le choix d'étudier les internes de médecine générale a été motivé par l'existence préalable d'études sur le sujet, permettant ainsi d'avoir un point de comparaison.

Les IMG sont également les plus nombreux par promotion, comparé aux autres spécialités, ce qui nous a permis d'avoir une plus grande population. Il aurait pu être plus compliqué de contacter et d'étudier de petites promotions isolées les unes des autres et nous aurions

pu nous exposer à un manque de puissance les concernant. Nous n'avions d'ailleurs pas retrouvé d'étude incluant les internes des autres spécialités dans la littérature.

## **D. TAUX DE PARTICIPATION**

Le taux de participation global était de 35%. Ce chiffre était inférieur à ceux de ces dernières études. Carret (61) et Deswarte (13) dans le cadre du projet « intern'Life » à Paris et à Bordeaux avaient pu contacter et distribuer le questionnaire aux internes lors de la répartition des stages. Nous n'avons pas eu cette possibilité malheureusement, car les répartitions à Lille ne se faisaient plus en présentiel depuis le début de la pandémie de COVID-19. Ils avaient également distribué des avantages et cadeaux pour motiver la participation des internes, ce que nous n'avons pas pu réaliser au vu de la différence de moyens. Cela pourrait expliquer en partie la différence de participation, mais pourrait être une piste à suivre pour la réalisation d'études ultérieures de plus grande envergure, afin d'en augmenter la puissance.

D'autres études chez les internes trouvaient cependant des taux de participation similaires aux nôtres. On pourra citer en France, Pittaco (139) avec 35% de participation et aux Etats-Unis, Fahrenkopf (148) avec 37%.

Nous avons en revanche un effectif plus important que ces dernières études.

Les taux de participation de chaque promotion étaient globalement proches.

Par ailleurs, nous avons remarqué un taux de participation moindre des hommes avec une répartition de 27,2% d'hommes pour 72,8% de femmes. Des taux de participation peu éloignés étaient retrouvés par Deswarte (21,1% d'hommes et 78,9% de femmes) et Carret (26% d'hommes et 74% de femmes) (13,61).

Il serait possible que les internes hommes se sentent moins concernés par la problématique des TCA, car leur prévalence est plus forte chez les femmes. Cela pourrait provoquer un biais de sélection et, de manière plus générale, un sous dépistage chez les hommes.

De la même façon, on pourra imaginer de manière plus large qu'un biais de sélection notamment de volontariat se soit installé. Il est possible que le questionnaire ait été réalisé de manière plus importante par les internes qui étaient plus concernés par le sujet.

Enfin, il se peut que le nombre de femmes soit tout simplement plus élevé dans les différentes promotions en raison d'une féminisation de la profession. Nous n'avons cependant pas pu obtenir les ratios hommes/femmes de chaque promotion.

De même, la méthode de recueil des données a pu engendrer un biais de sélection, car il est probable que tous les internes n'utilisent pas les outils informatiques de manière fréquente (réseaux, mails...). Comme précisé précédemment, une réalisation du questionnaire directement en présentiel pourrait limiter au maximum un tel biais. A défaut de pouvoir le réaliser lors d'une répartition de stage, la réalisation durant les enseignements dirigés ou les groupes d'études de pratique pourrait être une solution pour des études futures, en association avec le département de médecine générale.

### **III. RESULTATS SECONDAIRES**

#### **A. IMC DES INTERNES**

Nous remarquons que 24% des internes avaient un IMC anormal, ce qui nous amènerait à être plus vigilants sur ces sujets. Cependant, n'ayant pas retrouvé de différence significative entre les SCOFF-F positifs et négatifs selon l'IMC, il ne faudrait pas cibler uniquement les internes avec un IMC anormal mais bien généraliser à l'ensemble des internes dans le cadre de la prévention. D'ailleurs nous retrouvons que la plupart des internes qui pensaient avoir perdu le contrôle de leur alimentation (66,7%) avaient un IMC normal. Le fait que les internes se trouvant gros avaient un IMC moyen significativement plus bas que ceux qui ne se trouvaient pas gros nous conforte dans la nécessité de prudence quant à l'IMC des sujets.

En population générale nous retrouvons 46,4% d'individus dont l'IMC est supérieur à la normale (149). Si l'on compare avec notre étude, 18,7% des internes présentaient un IMC supérieur à la normale, ce qui est donc bien en deçà de la population générale.

Cela pourrait être expliqué par le fait que les internes soient plus sensibles de par leurs études aux problématiques de bonne hygiène de vie afin de conserver un IMC assurant une bonne santé. On pourrait également imaginer, par exemple, la présence de comportements compensateurs, de préoccupations corporelles ou encore une peur de prendre du poids et de ne plus être en bonne santé. Ce sont des hypothèses qui restent encore à explorer.

#### **B. QUESTIONS DU SCOFF**

Les questions du SCOFF ayant reçu le plus de réponses positives étaient principalement la question de perte de contrôle des quantités ingérées, suivie de la domination de la vie des internes par la nourriture. Cela laisse envisager des préoccupations particulières

quant à leur alimentation, qui pourraient amener à des préoccupations corporelles. Ceux qui pensent avoir perdu le contrôle ont d'ailleurs un IMC en moyenne plus élevé. Ils pourraient alors ressentir un sentiment de culpabilité et adopter des comportements compensatoires. D'ailleurs, près d'un tiers des participants s'étaient déjà fait vomir.

Et comme le constatait Carret V. (61), le nombre de régimes réalisés augmentait au cours de l'internat.

La répartition de réponses au questionnaire SCOFF-F de notre étude semble globalement similaire à celle retrouvée par Mélodie Caron (46). La seule différence est qu'elle retrouvait un nombre de personne plus important ayant répondu à la 5<sup>e</sup> question (FOOD). Le fait que nous ayons respecté au maximum la formulation originelle du SCOFF-F tel que présenté dans sa version validée (62,64) pourrait expliquer cette différence. La première formulation étant plus forte sur le terme « domine », elle a peut-être permis une meilleure compréhension de la question par les sujets. Notons tout de même que les sujets de notre étude sont des internes contrairement à ceux de l'étude de Caron M. (46) qui sont issus de la population générale. La différence de résultat à la question FOOD pourrait donc être expliquée par une meilleure connaissance du questionnaire SCOFF par les internes.

A l'instar de Caron M. (46), nous n'avons pas retrouvé d'études abordant l'importance de chaque question prise individuellement. Nous n'avons pas non plus retrouvé d'études sur l'importance du nombre de réponses positives. Par exemple, un score de 1 serait-il plus révélateur qu'un score nul et moins révélateur qu'un score de 2 ? Nous retrouvons tout de même que près de la moitié des internes n'avaient pas un score nul.

Les études de Deswarte (13) et Carret (61), elles, ne traitaient pas de la répartition des internes question par question. Nous n'avons donc pas de point de comparaison sur les autres études chez les internes.

Il pourrait être intéressant de s'intéresser à l'importance de chaque question du SCOFF et de la gradation des résultats tout comme le suggérait Caron M. (46).

## **C. PREVENTION**

La détection précoce des TCA est préconisée par la HAS (2) car elle en améliore le pronostic (150). Cela rend les mesures de prévention et de dépistage cruciales afin d'améliorer l'évolutivité des troubles et éviter la chronicisation ou le décès. De telles mesures pourraient également avoir un effet bénéfique en limitant le coût des soins en cas de prise en charge tardive, ou en termes de coût professionnel, comme les arrêts de travail itératifs.

### **1. RECOURS AUX SOINS DES INTERNES**

Si les internes consultent plus facilement le médecin du travail que le généraliste pour les problématiques de poids (78), en faciliter l'accès et renforcer le suivi pourrait être judicieux.

Le rôle du médecin généraliste est évidemment crucial pour ce qui est du dépistage des TCA. Le fait que les internes se tournent plus fréquemment vers celui-ci pour des problématiques psychiques telles que le syndrome dépressif (78), nous conforte sur cette voie. Il faut cependant se méfier de l'anosognosie ou de la honte inhérentes aux TCA, avec des patients qui ne consulteront pas nécessairement pour ce problème. De façon générale, les internes ont tendance à peu consulter le généraliste pour les questions de poids (78). Une attention plus particulière pourrait être envisageable dans ce cas, par exemple par une prise des mensurations systématiques chez les internes, un questionnement sur leur bien-être général et mental ou encore par une réalisation plus répandue du SCOFF en pratique courante. L'étude de Caron M. (46) montre en effet un moindre dépistage des TCA corrélé à un manque d'utilisation du questionnaire SCOFF par les médecins généralistes.

Une étude aux Pays-Bas a montré que seulement 40% des cas d'anorexie mentale sont détectés par le généraliste (2,151). On remarque que les patients consulteraient plus fréquemment dans les cinq années précédant l'apparition des TCA notamment pour des troubles psychiques, gynécologiques ou gastro-intestinaux (2,151).

Le généraliste se doit donc d'être d'autant plus vigilant quant aux autres motifs de consultation que ceux qui concernent le poids, en particulier chez les internes. Un interne vu par un médecin généraliste pourrait bénéficier d'une « évaluation des risques psychosociaux et d'une mesure du poids... » telle que suggérée par l'un des répondants de notre étude.

Il ne faudrait donc pas se limiter au motif initial de consultation et aller chercher plus loin, et notamment rechercher les problèmes d'ordre psychique, en particulier le problème des TCA, dont les internes ne sont pas épargnés à la lumière de nos résultats.

## **2. SUGGESTIONS DES INTERNES**

Les attentes des internes de l'étude de Linart M. (78) en termes de prévention concernaient en grande majorité (81%) le dépistage précoce du burn-out, de la dépression et du suicide. Tout en restant dans le même champ d'idées, certains internes de notre étude abordaient la question du stress et de sa gestion dans le but de prévenir les TCA. Cette piste serait intéressante à explorer au vu des données de la littérature qui établissent un lien entre les TCA et le stress et l'état anxieux (13,17,62).

Le stress pourrait par ailleurs entraîner, entre autres, une diminution de l'appétit, des sauts de repas et donc amener une perte de poids. Un des internes parlait du « ...stress qui nouait l'estomac...donc pas de sensation de faim...» et rapportait avoir vu que sa « co-interne avait perdu 7-8kg en quelques mois aux urgences... ».

De nombreuses réponses des internes faisaient d'ailleurs part de l'alimentation au travail. Ils proposent avant tout d'aménager un temps dédié pour se restaurer malgré la charge de travail, ou encore d'améliorer la qualité et la variété de la nourriture proposée à l'hôpital. Ces demandes multiples, associées à l'impression d'hygiène de vie négligée ou de l'alimentation non équilibrée retrouvées par Linart M. (78) et Deswarte (13) chez les internes, laissent à penser qu'ils ont des préoccupations concernant l'alimentation ou le poids. L'HAS alertait sur le fait que la présence de préoccupations sur le poids ou la nourriture, associée à des troubles d'ordres psychiques devrait amener à un dépistage des TCA (2) ; or nous avons pu constater que ceux-ci ne sont pas rares chez les internes (76,77,79,111).

Le grand nombre de réponses quant à la perte de contrôle alimentaire et de la place prédominante de la nourriture laisse également réfléchir quant à la nécessité d'aborder les habitudes alimentaires. Parler de l'alimentation, d'activité physique et aborder l'hygiène de vie et alimentaire en consultation, en cours ou de manière plus généralisée serait judicieux devant ces données.

D'autre part, l'amélioration des conditions de travail, par exemple la diminution du temps de travail et de la charge de travail, pourrait permettre d'aménager un temps de repas correct. Ces mesures pourraient diminuer le risque de TCA chez les internes si l'on se réfère aux résultats de Carret V. (61).

Une autre préconisation fréquemment retrouvée dans les réponses des internes, traitait d'une nécessité de suivi régulier, en particulier par la médecine du travail. On retrouvait ainsi souvent une suggestion de consultation annuelle, faisant écho aux résultats de Linart M. (78) qui retrouvait que 52% des internes souhaitaient une consultation par an en médecine du travail.

Ce sujet semble important pour les internes, et la médecine du travail pourrait effectivement y jouer un rôle. Celle-ci est en effet potentiellement plus accessible que la consultation de médecine générale. Le service de médecine du travail étant fréquemment sur place et les internes passant une grande partie de leur temps sur leur lieu de stage, il est plus facile de s'absenter pour y accéder.

Certains internes envisageaient une approche plus médiatique en informant sur le sujet des TCA par le biais de campagnes de prévention ou brochures notamment en « informant les internes à la faculté ». Luc R. (96) retrouvait que 97,1% des internes pensent que l'université pourrait participer à la prévention des troubles psychiques.

L'information via la formation professionnelle était également de mise. En effet, une amélioration des connaissances des jeunes médecins pourrait améliorer le repérage des TCA entre eux. Ils seraient plus vigilants aux symptômes de leurs collègues et pourraient les avertir plus facilement. De même, on peut imaginer qu'un interne avec plus de connaissances sur le sujet réaliserait plus facilement son introspection et pourrait repérer ses propres symptômes et signes d'alerte plus aisément. Nous pourrions nous attendre à ce que l'anosognosie en soit ainsi réduite, et que la prise de conscience vienne plus rapidement.

Plusieurs participants ont proposé la mise en place de dispositifs d'aide psychologique. On notera la création récente de la consultation de psychiatrie du Dr Granon à destination des internes, à l'hôpital Fontan du CHR de Lille. La généralisation de ce type de dispositifs et leur présentation aux internes pourrait s'inscrire dans une démarche de prévention. Y ajouter un caractère systématique pourrait limiter l'échappement au diagnostic. Certains participants préconisaient effectivement cette solution.

Insister sur cet aspect de prévention semble essentiel quand Luc R. (96) constate que 58,3% des internes ne connaissent pas de structures psychiatriques spécialisées dans la

prise en charge des internes. Il rajoutait que 85,4% jugeaient la délivrance d'informations sur l'offre de soins en santé mentale insuffisante (96). Par la suite il conseillait l'utilisation de moyens de diffusion des structures d'aide à l'attention des internes (96).

#### **IV. PERSPECTIVES**

La prévalence des cas probables de TCA chez les internes de médecine générale de notre étude se rapproche des études précédentes. A notre connaissance il n'y eu que très peu d'études utilisant le SCOFF-F chez les internes français. Il serait utile de compléter les données nationales en généralisant ce questionnaire dans d'autres facultés.

Il serait également intéressant d'envisager la réalisation d'études de plus grande envergure avec plus de moyens et d'intervenants afin de réaliser des études longitudinales.

En effet, l'interrogation que nous pourrions avoir, est de nous demander si les TCA sont causés par l'internat ou s'ils étaient déjà présents avant celui-ci voire avant les études de médecine. En effet, malgré le possible déclenchement un peu plus tardif des TCA notamment du fait d'évènement stressants, beaucoup de TCA présentent des pics d'incidence principalement durant l'adolescence (1,5,10). De plus, le surinvestissement intellectuel que l'on peut retrouver dans les TCA pourrait amener les sujets atteints à choisir des études et professions plus intellectuelles. L'ensemble des troubles du comportement alimentaire étant corrélé à un haut niveau d'éducation des parents (1), cela pourrait également amener les sujets à suivre un cursus de niveau équivalent ou supérieur.

Plusieurs autres études précédemment citées montraient des taux de prévalence des cas probables de TCA similaires (bien que légèrement inférieurs) chez les étudiants en médecine avant l'internat et au cours de l'internat.

Des études de cohortes pourraient donc être réalisées afin de déterminer l'impact de l'internat mais également des études médicales sur le risque de TCA, grâce à des études commencées dès le début de l'internat et pendant toute sa durée ; voire même dès le début des études médicales.

Dans de futures études nous pourrions nous intéresser de manière plus spécifique aux habitudes d'alimentation et d'activité physique des internes et aux différents aspects des TCA. Des aspects tels que les préoccupations corporelles et alimentaires, l'influence de la forme physique sur l'estime de soi, la quantité et le type d'activité physique (sports esthétiques, à catégorie de poids, antigravitationnels, etc..), la réalisation de régimes ou l'utilisation d'autres méthodes de contrôle du poids, la présence de pratiques alimentaires particulières (régime végétarien, végétalien, vegan, flexitarien, jeûne intermittent, etc...), le nombre de pesées, entre autres.

D'autre part, nous ne nous sommes intéressés qu'aux promotions de médecine générale. Des études ultérieures pourraient également prêter un intérêt aux internes des autres spécialités, les comparer entre elles, comme par exemple les spécialités chirurgicales par rapport aux spécialités médicales. L'absence de données concernant les autres spécialités devrait être une motivation supplémentaire.

Quoi qu'il en soit, cette prévalence proche d'un quart de notre échantillon ne peut être ignorée. Cette étude, associée aux autres et à celles concernant la santé mentale des internes, devrait amener à une réflexion sur la mise en place de mesures de prévention, que ce soit pour des internes ayant développé des TCA ou que ce soit pour des TCA non diagnostiqués, perdus de vue.

# CONCLUSION

Notre étude fait suite à celle de Deswarte P. (13), et vient en compléter les résultats. Tout comme elle, nous avons retrouvé qu'environ un quart des internes présente potentiellement un TCA. Un tel chiffre est particulièrement préoccupant comparé aux chiffres retrouvés en population générale.

Au vu de la complexité et des conséquences possibles suite à de tels troubles, il est nécessaire d'y être particulièrement vigilant et d'en améliorer le diagnostic et la prise en charge.

La multiplication de ce type d'études devrait avoir une importance particulière dans les années à venir.

Prévenir les troubles de santé mentale chez les internes, améliorer leur qualité de vie et leurs conditions de travail sont des enjeux cruciaux pour l'avenir.

A l'heure où l'on parle de démographie médicale, de pénurie de soignants, de désertification, il serait judicieux de prendre soin de la qualité de vie et donc de la santé mentale des internes.

Et ne l'oublions pas, si le trouble atteint tous les domaines de la vie de l'interne, cela pourrait provoquer, *in fine*, un impact sur celle des patients.

# REFERENCES

## Bibliographie

1. Jacob S. Épidémiologie descriptive et analytique de l'anorexie mentale : revue de la littérature [Internet]. 2019 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-13257>
2. HAS. Anorexie mentale : prise en charge [Internet]. 2010 juin [cité 14 mars 2023] p. 167. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu\\_anorexie\\_mentale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf)
3. Crocq MA, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. ELSEVIER MASSON; 2016. 1275 p.
4. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavoracci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 1 mai 2019;109(5):1402-13.
5. Estelle L. Boulimie et Hyperphagie Boulimique : repérage et éléments généraux de prise en charge. 2015.
6. Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord.* 2014;47(6):610-9.
7. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res.* 1 sept 2009;43(14):1125-32.
8. AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments), Lafay L. Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 2 (INCA 2) (2006-2007). Rapport Synthèse [Internet]. Paris: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments; 2009. 225 p. 8 p. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/PASER-Ra-INCA2.pdf>
9. Ledoux S, Choquet M, Flament M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J Eat Disord.* janv 1991;10(1):81-9.
10. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).

11. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Presses universitaires François-Rabelais; 2014. 588 p. (L'Officiel ECN).
12. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 1 févr 2007;61(3):348-58.
13. Deswarte P. Evaluation du risque de développement des troubles du comportement alimentaire en première année d'internat de médecine générale [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris V - René Descartes. Faculté de médecine Paris Descartes; 2014.
14. Comprendre les troubles alimentaires et trouver de l'aide [Internet]. [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: <https://ontario.cmha.ca/fr/documents/comprendre-les-troubles-alimentaires-et-trouver-de-laide/>
15. Lev-ari L, Zohar AH, Bachner-Melman R. Eating for numbing: a community-based study of trauma exposure, emotion dysregulation, dissociation, body dissatisfaction and eating disorder symptoms. *PeerJ*. 5 août 2021;9:e11899.
16. Attouche N, Hafdi S, Somali R, Battas O, Agoub M. Facteurs associés au risque de troubles du comportement alimentaire chez les étudiants en médecine de Casablanca, Maroc. :15.
17. Fragkos KC, Frangos CC. Assessing Eating Disorder Risk: The Pivotal Role of Achievement Anxiety, Depression and Female Gender in Non-Clinical Samples. *Nutrients*. 12 mars 2013;5(3):811-28.
18. Ramoz N, Clarke J, Gorwood P. Génétique et épigénétique des troubles des conduites alimentaires. *Biol Aujourd'hui*. 1 janv 2017;211:97-102.
19. Tout savoir sur les troubles de conduite alimentaire [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.frm.org/recherches-autres-maladies/troubles-des-conduites-alimentaires/focus-troubles-conduite-alimentaires>
20. Masson E. L'enfance traumatique imprime son sceau : lien entre trauma précoce et troubles des conduites alimentaires [Internet]. EM-Consulte. [cité 18 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1368353/l-enfance-traumatique-imprime-son-sceau-lien-entr>
21. INSERM. Anorexie mentale · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 16 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/anorexie-mentale/>

22. Helfer J, Favaro A, Ambresin AE. Prise en charge somatique et complications de l'anorexie mentale chez l'adolescente. *Rev Med Suisse*. 8 juin 2016;522:1129-32.
23. Rautou PE, Cazals-Hatem D, Moreau R, Francoz, Feldmann G, Lebrech D, et al. P26 - Autophagie hépatocytaire induite par le jeûne : un mécanisme original d'atteinte hépatique aiguë au cours de l'anorexie mentale (AM) [Internet]. JFHOD | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive. [cité 16 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/autophagie-hepatocytaire-induite-par-le-jeune>
24. Weber E. Estimation et facteurs prédictifs de la rétention hydro-sodée à 1 mois de la mise en place d'une nutrition entérale dans l'anorexie mentale [Thèse d'exercice]. [Tours]: Université de Tours, Faculté de médecine; 2021.
25. Mehler PS, Rylander M. Bulimia Nervosa – medical complications. *J Eat Disord*. 3 avr 2015;3:12.
26. Wassenaar E, Friedman J, Mehler PS. Medical Complications of Binge Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1 juin 2019;42(2):275-86.
27. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord*. déc 1994;16(4):363-70.
28. Fairburn CG, Cooper Z. The Eating Disorder Examination (12th edition). In: *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York, NY, US: Guilford Press; 1993. p. 317-60.
29. Cooper Z, Fairburn C. Eating Disorder Examination [Internet]. American Psychological Association; 2011 [cité 17 mars 2023]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t03975-000>
30. Watkins B, Frampton I, Lask B, Bryant-Waugh R. Reliability and validity of the child version of the Eating Disorder Examination: a preliminary investigation. *Int J Eat Disord*. sept 2005;38(2):183-7.
31. Stice E, Marti CN, Shaw H, Jaconis M. An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *J Abnorm Psychol*. août 2009;118(3):587-97.
32. Fichter M, Quadflieg N. The structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX): reliability and validity. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. févr 2001;16(1):38-48.
33. Fichter MM, Quadflieg N. Comparing self- and expert rating: a self-report screening version (SIAB-S) of the Structured Interview for Anorexic and Bulimic

Syndromes for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1 août 2000;250(4):175-85.

34. Sysko R, Glasofer DR, Hildebrandt T, Klimek P, Mitchell JE, Berg KC, et al. The eating disorder assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *Int J Eat Disord*. juill 2015;48(5):452-63.
35. Kliem S, Mößle T, Zenger M, Strauß B, Brähler E, Hilbert A. The eating disorder examination-questionnaire 8: A brief measure of eating disorder psychopathology (EDE-Q8). *Int J Eat Disord*. juin 2016;49(6):613-6.
36. Lev-Ari L, Bachner-Melman R, Zohar AH. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q-13): expanding on the short form. *J Eat Disord*. 29 avr 2021;9(1):57.
37. Kliem S, Schmidt R, Vogel M, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. An 8-item short form of the Eating Disorder Examination-Questionnaire adapted for children (ChEDE-Q8). *Int J Eat Disord*. juin 2017;50(6):679-86.
38. Jacobi C, Abascal L, Taylor CB. Screening for eating disorders and high-risk behavior: caution. *Int J Eat Disord*. nov 2004;36(3):280-95.
39. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983;2(2):15-34.
40. Garfinkel PE, Newman A. The eating attitudes test: twenty-five years later. *Eat Weight Disord EWD*. mars 2001;6(1):1-24.
41. Smolak L, Levine MP. Psychometric properties of the Children's Eating Attitudes Test. *Int J Eat Disord*. nov 1994;16(3):275-82.
42. Krabbenborg MAM, Danner UN, Larsen JK, van der Veer N, van Elburg AA, de Ridder DTD, et al. The Eating Disorder Diagnostic Scale: psychometric features within a clinical population and a cut-off point to differentiate clinical patients from healthy controls. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc*. juill 2012;20(4):315-20.
43. Selzer R, Hamill C, Bowes G, Patton G. The branched eating disorders test: validity in a nonclinical population. *Int J Eat Disord*. juill 1996;20(1):57-64.
44. Williams GJ, Power KG, Miller HR, Freeman CP, Yellowlees A, Dowds T, et al. Development and validation of the Stirling Eating Disorder Scales. *Int J Eat Disord*. juill 1994;16(1):35-43.

45. Thelen M, Farmer J, Wonderlich S, Pasqualini M. A revision of the Bulimia Test: The Bulit-R. *Psychol Assess J Consult Clin Psychol*. 1 mars 1991;3:119-24.
46. Caron M. Le SCOFF , dépistage des troubles du comportement alimentaire en soins primaires dans le Nord entre 18 et 40 ans, entre janvier et avril 2020. [Faculté de médecine Henri Warembourg]: Université lille 2 droit et santé; 2021.
47. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The « BITE ». *Br J Psychiatry J Ment Sci*. janv 1987;150:18-24.
48. Wilson AJ, Touyz SW, Dunn SM, Beumont P. The eating behavior rating scale (EBRS): a measure of eating pathology in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord USA* [Internet]. 1989 [cité 18 mars 2023]; Disponible sur: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=The+eating+behavior+rating+scale+%28EBRS%29%3A+a+measure+of+eating+pathology+in+anorexia+nervosa&author=Wilson%2C+A.J.+%28University+of+Sydney%2C+New+South+Wales%2C+Australia%29&publication\\_year=1989](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=The+eating+behavior+rating+scale+%28EBRS%29%3A+a+measure+of+eating+pathology+in+anorexia+nervosa&author=Wilson%2C+A.J.+%28University+of+Sydney%2C+New+South+Wales%2C+Australia%29&publication_year=1989)
49. Ben-Tovim DI, Walker MK. The development of the Ben-Tovim Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies. *Psychol Med*. août 1991;21(3):775-84.
50. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Wilson DM, Haydel KF, Hammer LD, et al. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *Int J Eat Disord*. nov 1994;16(3):227-38.
51. Rosen JC, Jones A, Ramirez E, Waxman S. Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *Int J Eat Disord*. nov 1996;20(3):315-9.
52. Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z, Fairbum CG. The development and validation of the body shape questionnaire. *Int J Eat Disord*. 1987;6(4):485-94.
53. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*. 4 déc 1999;319(7223):1467-8.
54. Perry L, Morgan J, Reid F, Brunton J, O'Brien A, Luck A, et al. Screening for symptoms of eating disorders: reliability of the SCOFF screening tool with written compared to oral delivery. *Int J Eat Disord*. déc 2002;32(4):466-72.
55. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S, Bernad V, Alda M. Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *J Psychosom Res*. 1 sept 2005;59:51-5.

56. Aoun A, Azzam J, El Jabbour F, Hlais S, Daham D, El Amm C, et al. Validation of the Arabic version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders. *East Mediterr Health J.* mai 2015;21(5):326-31.
57. Liu CY, Tseng MCM, Chen KY, Chang CH, Liao SC, Chen HC. Sex difference in using the SCOFF questionnaire to identify eating disorder patients at a psychiatric outpatient clinic. *Compr Psychiatry.* févr 2015;57:160-6.
58. Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, Meyrignac G, Thibaut F, Dechelotte P. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* oct 2010;11(7):888-93.
59. Andreeva VA, Tavolacci MP, Galan P, Ladner J, Buscail C, Péneau S, et al. Sociodemographic correlates of eating disorder subtypes among men and women in France, with a focus on age. *J Epidemiol Community Health.* 1 janv 2019;73(1):56-64.
60. Zakhem E, El Hage R, Pezé T, Hurdiel R, Zunquin G, Theunynck D. Facteurs associés à la suspicion de troubles du comportement alimentaire chez des étudiants de l'Université du Littoral Côte d'Opale. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* août 2015;63(4):259-65.
61. Carret V. Environnement professionnel et troubles du comportement alimentaire au cours de l'internat de Médecine Générale en Aquitaine [Internet] [Thèse d'exercice]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux, Faculté de médecine Victor Segalen; 2018 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01799516>
62. Grigioni S, Garcia F, Houy-Durand E, Allais E, Déchelotte P. O045 - Validation d'une version francophone d'un test de dépistage de patients à risque de troubles du comportement alimentaire. *Wwwem-Premiumcomdatarevues09850562002200S1452* [Internet]. 4 déc 2008 [cité 15 août 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/194317/resultatrecherche/17>
63. Garcia FD, Grigioni S, Allais E, Houy-Durand E, Thibaut F, Déchelotte P. Detection of eating disorders in patients: Validity and reliability of the French version of the SCOFF questionnaire. *Clin Nutr.* avr 2011;30(2):178-81.
64. Garcia FD. Troubles du comportement alimentaire : mieux dépister pour traiter précocement. *Corresp En Métabolismes Horm Diabètes Nutr.* 2011;4.
65. McBride O, McManus S, Thompson J, Palmer RL, Brugha T. Profiling disordered eating patterns and body mass index (BMI) in the English general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 mai 2013;48(5):783-93.

66. Solmi F, Hatch SL, Hotopf M, Treasure J, Micali N. Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health (SELCoH) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* août 2014;49(8):1335-46.
67. Gouley-Toutain C, Flamand M, Cousin G, Villet H, Déchelotte P. P031 - Prévalence des troubles nutritionnels dans une population consultant en médecine générale en Haute-Normandie : l'étude Normanut-2 (NN-2). *EM-Consulte [Internet]*. déc 2010 [cité 13 mars 2023];24(S1). Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/275426/article/p031-prevalence-des-troubles-nutritionnels-dans-un>
68. Aubry L. Normanut 3 : enquête de prévalence et caractéristiques des troubles nutritionnels chez des patients consultant en médecine générale en Haute-Normandie [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Rouen, Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen; 2016 [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01435995>
69. Le Gall MA. Prévalence et caractéristiques des troubles nutritionnels chez des patients consultants en médecine générale en Basse-Normandie [Internet] [Thèse d'exercice]. [Caen]: Université de Caen, Faculté de médecine de Caen; 2018 [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02103261>
70. Arnal-Couderc M. Dépistage des troubles du comportement alimentaire à l'aide du SCOFF-F chez actifs et étudiants en Haute-Vienne [Thèse d'exercice]. [Limoges]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2018.
71. Tavolacci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. *BMC Public Health.* 6 août 2013;13(1):724.
72. Lucas G, Colson S, Boyer L, Gentile S, Fond G. Work environment and mental health in nurse assistants, nurses and health executives: Results from the AMADEUS study. *J Nurs Manag [Internet]*. 2022 [cité 26 avr 2022];n/a(n/a). Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13599>
73. CARMF. De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès ? [Internet]. Site internet de la CARMF. 2017 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/nature-affections.htm>
74. Leopold Y. Le suicide dans la population médicale. In: *Suicides et tentatives de suicide [Internet]*. Cachan: Lavoisier; 2010 [cité 10 oct 2022]. p. 227-33. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/suicides-et-tentatives-de-suicide--9782257203984-p-227.htm>

75. Schernhammer E. Taking Their Own Lives — The High Rate of Physician Suicide. *N Engl J Med.* 16 juin 2005;352(24):2473-6.
76. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins [Internet]. Hôpital Saint-Anne; 2017 juin [cité 13 mars 2023] p. 12. Disponible sur: <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf>
77. ISNI. Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide [Internet]. 2021 avr [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/>
78. Linart M. Évaluation des besoins de suivi médical des internes de médecine générale de la faculté de Rouen [Thèse d'exercice]. [Rouen]: Rouen; 2018.
79. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNI. Enquête 2021 santé mentale jeunes médecins [Internet]. 2021 oct [cité 13 mars 2023] p. 10. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>
80. ISNI. Enquête - Temps de travail des internes [Internet]. 2020 mai [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>
81. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes - Légifrance [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000030297193/>
82. Thevenet M. Analyse du Burn Out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Île-de-France et le Languedoc Roussillon [Thèse d'exercice]. [Paris]: Faculté de médecine Pierre et Marie Curie; 2011.
83. Geliebter A, Gluck ME, Tanowitz M, Aronoff NJ, Zammit GK. Work-shift period and weight change. *Nutrition.* janv 2000;16(1):27-9.
84. Antunes LC, Levandovski R, Dantas G, Caumo W, Hidalgo MP. Obesity and shift work: chronobiological aspects. *Nutr Res Rev.* juin 2010;23(1):155-68.
85. Leger D, Esquirol Y, Gronfier C, Metlaine A. Le travail posté et de nuit et ses conséquences sur la santé : état des lieux et recommandations. *Presse Médicale.* 1 nov 2018;47(11, Part 1):991-9.
86. Jemel M, Kandara H, Nada W, Ridan M, Kammoun I. Alimentation des sages-femmes travaillant la nuit : un défi de taille. *Arch Mal Prof Environ.* avr 2020;81(2):124-30.
87. Le Quintrec T, Penneau-Fontbonne D, Garnier F, Fanello S. Suivi médical des étudiants en troisième année de diplômes d'études supérieures (DES) de médecine. *Arch Mal Prof Environ.* 1 sept 2013;74(4):369-79.

88. Prud'Homme A, Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription ? Étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble; 2013 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00859879>
89. Leriche B. le médecin malade [Internet]. 2008 [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmalade.pdf>
90. O' Connor K, Brennan D, O' Loughlin K, Wilson L, Pillay D, Clarke M, et al. Attitudes towards patients with mental illness in Irish medical students. *Ir J Med Sci*. 1 déc 2013;182(4):679-85.
91. Mittal D, Corrigan P, Sherman MD, Chekuri L, Han X, Reaves C, et al. Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 2014;37:297-303.
92. Janoušková M, Weissová A, Formánek T, Pasz J, Bankovská Motlová L. Mental illness stigma among medical students and teachers. *Int J Soc Psychiatry*. déc 2017;63(8):744-51.
93. Zhu Y, Zhang H, Yang G, Hu X, Liu Z, Guo N, et al. Attitudes towards mental illness among medical students in China: Impact of medical education on stigma. *Asia-Pac Psychiatry Off J Pac Rim Coll Psychiatr*. juin 2018;10(2):e12294.
94. Sow A, Van Dormael M, Criel B, Conde S, Dewez M, de Spiegelaere M. Stigmatisation de la maladie mentale par les étudiants en médecine en Guinée, Conakry. *Santé Publique*. 2018;30(2):253-61.
95. Sherwood DA. Healthcare curriculum influences on stigma towards mental illness: Core psychiatry course impact on pharmacy, nursing and social work student attitudes. *Curr Pharm Teach Learn*. 1 févr 2019;11(2):198-203.
96. Luc R. La santé mentale des internes de Médecine et Chirurgie en internat toutes spécialités confondues : état des lieux de la connaissance des recours disponibles sur le territoire de la faculté de Médecine de Lille en 2019 [Thèse d'exercice]. [lille]: UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG; 2019.
97. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. août 2020;88:901-7.

98. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 23 mars 2020;3(3):e203976.
99. Cai W, Lian B, Song X, Hou T, Deng G, Li H. A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian J Psychiatry*. juin 2020;51:102111.
100. Zhang SX, Liu J, Afshar Jahanshahi A, Nawaser K, Yousefi A, Li J, et al. At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain Behav Immun*. juill 2020;87:144-6.
101. Choudhury T, Debski M, Wiper A, Abdelrahman A, Wild S, Chalil S, et al. COVID-19 Pandemic: Looking After the Mental Health of Our Healthcare Workers. *J Occup Environ Med*. juill 2020;62(7):e373.
102. García-Fernández L, Romero-Ferreiro V, López-Roldán PD, Padilla S, Calero-Sierra I, Monzó-García M, et al. Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. *Psychol Med*. janv 2022;52(1):195-7.
103. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*. 28 mai 2020;3(5):e2010185.
104. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *The BMJ*. 5 mai 2020;369:m1642.
105. Xu J, Xu Q hui, Wang C ming, Wang J. Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*. juin 2020;288:112955.
106. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*. nov 2020;67:144-5.
107. Wang S, Xie L, Xu Y, Yu S, Yao B, Xiang D. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occup Med*. 17 juill 2020;70(5):364-9.
108. Liu CY, Yang Y zhi, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect*. 2020;148:e98.

109. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F, Demoule A, Kouatchet A, Reuter D, et al. Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 nov 2020;202(10):1388-98.
110. Caillet A, Coste C, Sanchez R, Allaouchiche B. Psychological Impact of COVID-19 on ICU Caregivers. *Anaesth Crit Care Pain Med*. déc 2020;39(6):717-22.
111. ISNI. Vécu psychologique de l'épidémie COVID-19 [Internet]. ISNI. 2020 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <https://isni.fr/vecu-psychologique-de-lepidemie-covid/>
112. Delbecque F, Tubeuf S, Aikpitanyi J. Comment le premier confinement dû à la pandémie de la COVID-19 a-t-il impacté les personnes atteintes de troubles du comportement alimentaire ? *Revue systématique [Internet] [Mémoire]*. [Louvain]: Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain; 2021 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:29058>
113. Vierling V. Prévalence et impact de l'état de stress post traumatique chez les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire [Thèse d'exercice]. [lille]: UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG; 2014.
114. Mitchell KS, Mazzeo SE, Schlesinger MR, Brewerton TD, Smith BN. Comorbidity of partial and subthreshold ptsd among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study: PTSD and Eating Disorders in Men and Women. *Int J Eat Disord*. avr 2012;45(3):307-15.
115. Mitchell KS, Porter B, Boyko EJ, Field AE. Longitudinal Associations Among Posttraumatic Stress Disorder, Disordered Eating, and Weight Gain in Military Men and Women. *Am J Epidemiol*. 1 juill 2016;184(1):33-47.
116. Jacobson IG, Smith TC, Smith B, Keel PK, Amoroso PJ, Wells TS, et al. Disordered Eating and Weight Changes After Deployment: Longitudinal Assessment of a Large US Military Cohort. *Am J Epidemiol*. 15 févr 2009;169(4):415-27.
117. Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl*. 1 janv 2015;39:167-74.
118. Pugh M, Waller G, Esposito M. Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder 'voice'. *Child Abuse Negl*. 1 déc 2018;86:197-205.

119. Fox JRE, Power MJ. Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clin Psychol Psychother.* 2009;16(4):240-67.
120. Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Curr Psychiatry Rep.* 17 juin 2017;19(8):45.
121. Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology After Rape. *Am J Psychiatry.* août 2004;161(8):1483-5.
122. Longo P, Bertorello A, Panero M, Abbate-Daga G, Marzola E. Traumatic events and post-traumatic symptoms in anorexia nervosa. *Eur J Psychotraumatology.* 31 déc 2019;10(1):1682930.
123. Dubosc A, Capitaine M, Franko DL, Bui E, Brunet A, Chabrol H, et al. Early adult sexual assault and disordered eating: The mediating role of posttraumatic stress symptoms. *J Trauma Stress.* 2012;25(1):50-6.
124. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord.* sept 2007;15(4):285-304.
125. Fischer S, Stojek M, Hartzell E. Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eat Behav.* 1 août 2010;11(3):190-2.
126. Messman-Moore TL, Brown AL, Koelsch LE. Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *J Trauma Stress.* juin 2005;18(3):253-61.
127. Messman-Moore TL, Long PJ, Siegfried NJ. The revictimization of child sexual abuse survivors: an examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child Maltreat.* févr 2000;5(1):18-27.
128. Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress.* 1992;5:455-75.
129. Gu JK, Charles LE, Burchfiel CM, Andrew ME, Ma C, Bang KM, et al. Associations between Psychological Distress and Body Mass Index among Law Enforcement Officers: The National Health Interview Survey 2004-2010. *Saf Health Work.* mars 2013;4(1):52-62.
130. Hampson SE, Edmonds GW, Goldberg LR, Barckley M, Klest B, Dubanoski JP, et al. Lifetime trauma, personality traits, and health: A pathway to midlife health status. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* juill 2016;8(4):447-54.

131. Kubzansky LD, Bordelois P, Jun HJ, Roberts AL, Cerda M, Bluestone N, et al. The Weight of Traumatic Stress: A Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Weight Status in Women. *JAMA Psychiatry*. 1 janv 2014;71(1):44.
132. Schrepf A, Markon K, Lutgendorf SK. From Childhood Trauma to Elevated C-Reactive Protein in Adulthood: The Role of Anxiety and Emotional Eating. *Psychosom Med*. juin 2014;76(5):327-36.
133. Jahrami H, Sater M, Abdulla A, Faris MAI, AlAnsari A. Eating disorders risk among medical students: a global systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes*. 1 juin 2019;24(3):397-410.
134. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 1 nov 2007;49(3):661-6.
135. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kırpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry*. 1 janv 2010;51(1):49-54.
136. Goutaudier N, Rousseau A. L'orthorexie : une nouvelle forme de trouble des conduites alimentaires ? *Presse Médicale*. 1 oct 2019;48(10):1065-71.
137. Chapy A. Orthorexie : évolution historique et état des lieux actuel. *Cah Nutr Diététique*. 1 août 2020;55(4):165-75.
138. Dajon M, Sudres JL. Orthorexie et troubles des conduites alimentaires : spécificité d'un profil ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 sept 2022;180(7):621-9.
139. Pittaco M. Les internes sont-ils en burnout? 2009.
140. Galam E, Vauloup Soupault C, Bunge L, Buffel du Vaure C, Boujut E, Jaury P. « Intern life »: a longitudinal study of burnout, empathy, and coping strategies used by French GPs in training. *BJGP Open*. 14 juin 2017;1(2):bjgpopen17X100773.
141. Godart N, Perdereau F, Wallier J. Anorexie mentale : bases rationnelles pour l'hospitalisation en milieu psychiatrique. *Wwwem-Premiumcomdatarevues098505620021000408000022* [Internet]. 28 avr 2008 [cité 15 août 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/152238/resultatrecherche/37>
142. Godart NT, Flament MF, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse JL, et al. Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study. *Psychiatry Res*. mars 2003;117(3):245-58.

143. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):34-8.
144. Valls M, Callahan S, Rousseau A, Chabrol H. Troubles du comportement alimentaire et symptomatologie dépressive : étude épidémiologique chez les jeunes hommes. *L'Encéphale.* 1 juin 2014;40(3):223-30.
145. Martín PP, Pérez JM, González AE. Is early detection of eating disorders possible in Primary Care? *Fam Med Prim Care Rev.* 2022;24(1):61-5.
146. État de santé de la population – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781#consulter>
147. Maladies chroniques | Gérontopôle Sud [Internet]. [cité 12 mars 2023]. Disponible sur: <http://www.gerontopolesud.fr/sante/maladies-chroniques>
148. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 28 févr 2008;336(7642):488-91.
149. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 13 mars 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours)
150. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, Hay PJ, Rodgers B, Morgan JF, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther.* 1 mai 2008;46(5):612-22.
151. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders [Internet]. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2004 [cité 9 mars 2023]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49304/>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Questionnaire de l'étude

Evaluation du risque de TCA chez les internes de médecine générale de l'université de Lille des promotions 2017 à 2020

*Bonjour, je suis Thomas Dang, étudiant en Médecine Générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur les troubles du comportement alimentaire(TCA). Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le risque de TCA chez les internes de médecine générale. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être interne de médecine générale des promotions 2017/2018/2019/2020.*

*Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il vous prendra **moins de 5 minutes** !*

*Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.*

*Aussi pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.*

*Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le **n° 2021-126** au registre des traitements de l'Université de Lille.*

*Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr) .*

*Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.*

*Merci à vous!*

1. Vous êtes

un Homme

une Femme

2. Votre âge

ans

3. Vous pesez

Kg

4. Vous mesurez

m

5. Quelle est votre année de DES/post-DES ? (une seule réponse)

- 1<sup>ère</sup> année : promotion 2020
- 2<sup>e</sup> année : promotion 2019
- 3<sup>e</sup> année : promotion 2018
- Post-DES : promotion 2017

## SCOFF

6. Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?  
 Oui  Non
7. Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?  
 Oui  Non
8. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en moins de 3 mois ?  
 Oui  Non
9. Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous considèrent comme trop mince ?  
 Oui  Non
10. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?  
 Oui  Non

## Prévention

11. Avez-vous des suggestions concernant les mesures de prévention pouvant être entreprises concernant les TCA chez les internes de médecine générale ? réponse ouverte  
! Attention! soyez vigilants : certaines informations communiquées peuvent permettre de vous identifier de manière indirecte et donc de lever l'anonymat du questionnaire

*Par ailleurs*, si vous rencontrez des difficultés n'hésitez pas à en parler. Vous pouvez notamment suivre ce lien qui vous donnera des numéros et associations d'aide dans le cadre des TCA. <https://www.filsantejeunes.com/tca-se-faire-aider-17896>

Vous pouvez également joindre le BAPU de Lille en cas de difficultés psychologiques à ces coordonnées : 153 Boulevard de la liberté 03 20 54 85 26

*Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : [thomas.dang.etu@univ-lille.fr](mailto:thomas.dang.etu@univ-lille.fr)*

**AUTEUR(E) : Nom : DANG**

**Prénom : Thomas**

**Date de soutenance : 13 avril 2023**

**Titre de la thèse : Evaluation de la prévalence des cas probables de troubles du comportement alimentaire chez les internes de médecine générale de Lille en 2020-2021, une étude quantitative.**

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement : Médecine Générale, Psychiatrie, Addictologie, Epidémiologie**

**DES + FST/option : Médecine Générale**

**Mots-clés : troubles du comportement alimentaire, prévalence, interne de médecine générale, anorexie mentale, boulimie, accès hyperphagiques, questionnaire SCOFF**

**Résumé :**

**But de l'étude :** Les troubles du comportement alimentaires (TCA) présentent le taux de mortalité le plus élevé de toutes les pathologies psychiatriques et leurs conséquences psychiques et somatiques en font un enjeu de santé publique majeur. Les internes de médecine générale, déjà grandement touchés par les troubles psychiques, ne sont pas à l'abri des TCA. La littérature à ce sujet n'est pas abondante.

Notre objectif était d'évaluer la prévalence des cas probable de TCA chez les internes de médecine générale de Lille en 2020-2021.

**Méthodes :** Notre étude était quantitative, observationnelle, descriptive et transversale.

L'évaluation de la prévalence des cas probables de TCA a été réalisée par le questionnaire SCOFF-F entre le 14 septembre 2021 et le 16 janvier 2022. Les sujets inclus étaient les internes de toutes les promotions de médecine générale inscrits à l'Université de Lille en 2020-2021, y compris la promotion sortante (post-diplôme), ayant répondu à la totalité du questionnaire.

Le questionnaire a été réalisé via LimeSurvey® et diffusé par voie numérique ; les réponses étaient anonymisées. Les caractéristiques socio-démographiques ont également été récoltées.

**Résultats :** Sur 246 internes, nous retrouvions 24,4% de cas probable de TCA. Il y avait significativement plus de femmes positives au questionnaire SCOFF ( $p=0,014$ ), mais nous n'avons pas mis en évidence de différence significative selon l'âge ( $p=0,57$ ) ni selon l'année d'internat ( $p=0,98$ ).

**Conclusion :** La prévalence des cas probables de TCA chez les internes de médecine générale paraît élevée selon nos résultats. Ces données semblent coïncider avec la littérature et devraient motiver à réaliser des études de plus grande envergure. Notre travail devrait encourager à mettre en place des mesures de prévention et de prise en charge des TCA chez les internes mais également plus en amont, dès le début des études médicales.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Asseseurs : Monsieur le Docteur Jan BARAN, Monsieur le Docteur Vincent LEMAHIEU**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Abdalla MOSSAD**