



HAL
open science

**Les stratégies de coping des internes en Médecine
Générale: 1) Revue systématique de la littérature, 2)
Etude Intern'life, promotion 2013-2016**

Léa Faye

► **To cite this version:**

Léa Faye. Les stratégies de coping des internes en Médecine Générale: 1) Revue systématique de la littérature, 2) Etude Intern'life, promotion 2013-2016. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02061801

HAL Id: dumas-02061801

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02061801>

Submitted on 8 Mar 2019

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°146

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2018 par

FAYE Léa

Née le 11 Novembre 1987 à Paris

Les stratégies de coping des internes en Médecine Générale :
1) Revue systématique de la littérature,
2) Etude Intern'life, promotion 2013-2016

Directeurs de thèse

Monsieur le Docteur BROC Guillaume
Monsieur le Professeur PETREGNE François

Jury

Monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe
Monsieur le Professeur CASTERA Philippe
Madame le Professeur TOURNIER Marie
Monsieur le Docteur MONTARIOL Yves

Président
Rapporteur et Juge
Juge
Juge

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des Universités, Médecin Généraliste

Directeur du Département de Médecine Générale et Coordonnateur du DES de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect

Aux juges,

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Professeur associé des Universités, Médecin Généraliste

Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

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

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier Charles Perrens.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Médecin Généraliste

Maître de Conférences associé au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail.

Je vous remercie également pour votre enseignement délivré au cours de mon internat.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux directeurs de thèse,

Monsieur le Professeur François PETREGNE

Professeur associé des Universités, Médecin Généraliste

Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour le temps que vous y avez consacré, pour votre soutien et pour la qualité de vos conseils et de nos échanges.

Monsieur le Docteur Guillaume BROCC

Psychologue, Docteur en Psychologie

Post-doctorant à l'université Claude Bernard Lyon 1.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de ton aide précieuse. Merci de m'avoir guidée et conseillée pour aller plus loin dans cette recherche, merci pour l'initiation aux analyses statistiques, et pour tout le temps consacré à cette thèse notamment cet été.

Aux internes qui ont pris le temps de participer à cette étude, et à l'ensemble de l'équipe d'Intern'life, merci pour votre investissement et votre accueil, et plus particulièrement merci à **Stéphanie**, qui m'a fait connaître ce projet.

Aux équipes médicales et paramédicales de mes stages d'internat qui m'ont tant appris, dans les services de Rhumatologie de Bayonne, de Médecine Polyvalente d'Orthez, des Urgences de Pau, de Médecine Post-Urgences de Pellegrin, de PMI, des Urgences Pédiatriques et du Centre de Planification de Pau.

A Pauline, Elorri, Anaïs, Tatiana, Noémie, Marion, Maïa, Béa et Stéphanie, mes co-internes devenues amies pour leur soutien dans les moments difficiles et leur aide au quotidien.

A mes maîtres de stage lors de l'externat et de l'internat, qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale : Dr Ansel, Dr Beguin, Dr Bismuth, Dr Labarthe-Pon, Dr Rodriguez.

A mes parents, merci pour votre patience, votre soutien inconditionnel et votre aide inestimable. Merci d'être toujours présents lorsque j'en ai besoin. Merci pour la fastidieuse relecture de cette thèse et de mes travaux antérieurs.

A mon frère, mes oncles et tantes, mes cousins et mes grands-parents, merci pour vos encouragements et votre bonne humeur à toute épreuve.

A Maxime, Jeff et Pierre, merci pour votre aide dans les méandres des tableaux Excel et merci à **Vincent** pour l'English revision.

A Gérard et Renan, merci pour l'escapade à Jersey et pour le soutien logistique à Cancale.

A mes amis du lycée, des années de médecine à Créteil, de la synchro, **Aurélié, Chloé, Chehrazad, Hélène, Héloïse, Julia, Laurène, Lou, Maxime, Mélissa et Ravin**, merci pour vos encouragements, c'est toujours un plaisir de se retrouver comme si l'on s'était quitté la veille.

A mes colocataires devenus amis et vice-versa, **Noémie, Coraline, Jeff, Aurélié, Damien, Maxime, France, Julie, Léa et Manu**, aux palois **Béné, Caro, Diane, François, Marina**, et les deux **Thomas**, aux bretons **Camille et Bryan**, et à mes autres amies indéfectibles du premier semestre **Marie et Marine**, merci pour votre soutien et pour tous les bons moments partagés.

A Mathieu, merci de m'avoir remotivée à maintes reprises, merci pour ta patience et ta persévérance pour me supporter, dans le cadre de ce travail durant ces longs derniers mois, mais aussi et surtout dans la vie !

Table des matières

Liste des abréviations	5
Avant-propos	6
I. Introduction	7
1. Définitions et concepts : Le stress et les stratégies de coping	9
1. 1. Le stress	9
1. 2. Les stratégies de coping	11
2. Le stress chez les internes en médecine, population spécifique	13
3. Les stratégies de coping chez les étudiants	14
4. La santé mentale des internes en médecine	14
II. Problématique	15
III. Contexte de l'étude Intern'life	16
IV. Stress et coping chez les internes en médecine : revue systématique de la littérature	19
V. Les catégories et l'évolution des stratégies de coping des internes en médecine générale au cours des trois années du Diplôme d'Etudes Spécialisées : Exploitation des données de l'étude Intern'life.	46
VI. Conclusion	66
Références bibliographiques	68
Annexes	72
1. Annexe 1 : Tableau complet d'analyse des articles inclus dans la revue de littérature	73
2. Annexe 2 : Protocole de l'étude Intern'life à T1	81
3. Annexe 3 : Le questionnaire WCC et son interprétation	95
Le Serment d'Hippocrate	97

Liste des abréviations

ANOVA : ANalysis Of VAriance

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DETA : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool

ECN : Examen Classant National

GEAP : Groupe d'Echange et d'Analyse des Pratiques

HAD : Hospital Anxiety and Depression

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

JSPE : Jefferson Scale of Physician's Empathy

MBI : Maslach Burnout Inventory

MeSH : Medical Subject Headings

PSS : Perceived Stress Scale

QCAE : Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy

SCOFF: Sick Control One Fast Food

SOC : Sense Of Coherence Scale

SWLS : Satisfaction With Life Scale

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

WCC : Ways of Coping Checklist

Avant-propos

Cette thèse est présentée dans un format intégrant deux articles destinés à être soumis pour publication.

Le premier article associe une revue de littérature portant sur les stratégies de coping chez les internes en médecine et une analyse qualitative structurée des résultats de cette revue de littérature.

Le second article étudie l'évolution des stratégies de coping des internes en médecine générale de la promotion 2013-2016 de l'Université de Bordeaux, à partir des résultats de l'étude Intern'life.

Une introduction générale précède les articles, et une conclusion générale clôture ce travail.

Chaque article s'achève sur la bibliographie qui lui est propre. Les références bibliographiques de l'introduction générale et de la conclusion générale sont situées à la fin de ce document.

I. Introduction

Le stress est un processus multifactoriel lors duquel « l'individu évalue une situation comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être », selon sa définition moderne par Lazarus et Folkman (1). Le stress aigu est adaptatif, les catécholamines et glucocorticoïdes sécrétés engendrent l'augmentation de la pression artérielle et de la fréquence respiratoire. Ces molécules mobilisent les facteurs énergétiques vers les muscles et le cerveau pour subvenir aux besoins des réponses comportementales nécessaires.

Si ces réponses biologiques se prolongent, l'organisme ne peut pas récupérer et est alors affecté. Des symptômes somatiques et psychologiques apparaissent. L'excès de glucocorticoïdes est associé à une altération de l'attention, de la mémoire de travail et de la flexibilité comportementale. Un stress chronique prolongé peut également à l'inverse provoquer une déficience de l'activité des glucocorticoïdes, qui est aussi délétère et retrouvé chez les patients atteints d'épuisement professionnel et d'état de stress post-traumatique. L'inflammation est également moins maîtrisée, ce qui peut favoriser l'apparition de maladies cardio-vasculaires, de diabète, de cancers (2).

La carrière professionnelle d'un individu comprend des épisodes de stress aigu adaptatif, mais également de stress chronique, susceptible de favoriser ces pathologies.

Selon le rapport de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail en 2009, le stress en contexte professionnel est ressenti par 22% des travailleurs (3). Il s'agit de la troisième cause de problèmes de santé liés au travail, après les troubles musculosquelettiques et la fatigue (4).

Ce stress en contexte professionnel a des conséquences sur la santé mentale des travailleurs, ce qui engendre des répercussions économiques : en 2000, le Bureau International du Travail estimait que les pays de l'Union Européenne consacraient entre 3 et 4% de leur Produit Intérieur Brut aux problèmes de santé mentale, en raison des coûts des soins et des pensions d'invalidité et indirectement des coûts de la baisse de productivité, des accidents etc. (5).

L'étude du stress des travailleurs des secteurs de la santé et de l'action sociale est particulièrement justifiée : c'est dans ce secteur d'activité que le taux de mortalité des salariés par suicide est le plus élevé avec un taux de 34.3 pour 100 000 entre 1976 et 2002 dans le rapport publié par l'InVS en 2010 (6).

Concernant plus précisément les médecins, 13% des généralistes libéraux ont répondu avoir envisagé le suicide lors de l'étude de Cathébras et al.(7). Leur épuisement professionnel était à un niveau élevé pour 5% d'entre eux. Les causes de l'épuisement invoquées par les praticiens étaient organisationnelles et administratives (charge de travail élevée, poids de l'administration, conflit avec les organismes sociaux) mais aussi relationnelles (demandes jugées excessives des patients et de leurs familles). L'épuisement professionnel des médecins a donc des causes spécifiques à cette profession ; il peut favoriser des situations dramatiques pour les médecins et a également des conséquences néfastes sur la santé de leurs patients.

Les causes d'épuisement professionnel citées ci-dessus paraissent être également des facteurs de stress professionnel. Leur relation a été étudiée par Isaksson-Ro et al. en 2010 : on y apprend que les réactions face au stress entrent en jeu. Ces réactions face au stress, appelées stratégies de coping, sont variées. Leur but est de modifier directement la situation stressante ou bien les émotions engendrées. Les auteurs ont mis en évidence qu'une diminution d'utilisation d'une des catégories de coping, le coping centré sur l'émotion, était corrélée à la diminution de l'épuisement professionnel de médecins (8). Le coping sur le problème a, lui aussi, été associé à des états d'épuisement et de détresse (9). Les auteurs ont étudié les stratégies de coping utilisées par les patients et ont également constaté une plus grande efficacité du coping centré sur l'émotion à court terme, tandis que le coping centré sur le problème serait davantage efficace à long terme. Par exemple, selon Greer et al. (10), les stratégies centrées sur l'émotion de type évitantes utilisées juste après un diagnostic de cancer du sein favorisent le bien-être émotionnel et la survie évalués dix ans après.

Le degré d'efficacité de chaque type de stratégies de coping est donc multifactoriel et controversé, de plus amples investigations sont nécessaires pour étudier ces facteurs et conséquences. Les auteurs ont étudié l'influence de ces types de stratégies sur les patients mais peu sur les médecins et les internes en médecine. Or, les internes sont une population soumise à un important stress professionnel, de part leur double statut d'étudiant et de médecin en formation, et de part leur manque d'expérience dans la prise en charge des patients.

Les types de stratégies de coping face au stress sont susceptibles d'avoir une influence sur la qualité de vie des internes qui les utilisent, ainsi que sur leurs prises en charge des patients.

Nous allons dans un premier temps détailler ces types de stratégies de coping et préciser leur évolution depuis leur définition en psychologie de la santé, afin d'en comprendre ensuite les répercussions.

1. Définitions et concepts : Le stress et les stratégies de coping

1. 1. Le stress

Le stress est un terme d'usage courant d'une grande richesse sémantique. Il est utilisé pour désigner des évènements mais aussi les émotions engendrées par ceux-ci. Il a également des définitions distinctes dans plusieurs disciplines : en immunologie, en physique, en psychiatrie et en psychologie.

Pourtant, il s'agit d'une notion relativement récente. Au début du XX^{ème} siècle, Walter Cannon, physiologiste américain, remarque que des chats confrontés à des chiens ont, quelle que soit leur réaction (attaque ou fuite), le même « syndrome d'urgence » dans le but de rétablir l'homéostasie : tachycardie, augmentation de la tension artérielle, piloérection (11).

A partir de 1936, Hans Selye, endocrinologue canadien, publie ses recherches constatant que des animaux et des humains soumis à des agressions différentes présentent des lésions tissulaires semblables : ulcères gastro-intestinaux, régression du thymus et des ganglions, hypertrophie des glandes surrénales (12).

Cette réponse unique et non spécifique de l'organisme l'amène à définir le concept de « syndrome général d'adaptation » (13).

Afin de rétablir l'homéostasie suite à une agression physique, ce syndrome se déroule en trois phases : l'alarme, la résistance et l'épuisement. La phase d'alarme est une phase préparatoire de mobilisation des ressources. Si l'agression persiste ou se répète, l'organisme entre en phase de résistance. Au cours de ces deux premières phases, adrénaline et cortisol sont sécrétés. Si les stimuli nocifs — qui peuvent être physiques ou psychologiques — se poursuivent, l'organisme s'affaiblit par surcharge des capacités d'adaptation : c'est la phase d'épuisement. Les lésions tissulaires observées apparaissent alors.

Ces travaux ont été les premiers à montrer qu'un stimulus nocif psychologique peut avoir des répercussions somatiques. Ils ne prenaient cependant pas encore en compte l'interaction entre l'individu et la situation déclenchant le syndrome : le syndrome est identique chez tout individu, il n'y a pas de variation inter-individuelle.

Plus tard dans sa vie, en 1976, Hans Selye distinguera « eustress », stress ayant un effet souhaitable, positif et « distress », stress négatif, prenant alors en compte l'évaluation subjective de la situation par l'individu (14).

Par la suite, les variations inter-individuelles des réactions face à un évènement sont prises en compte dans le modèle de Richard Lazarus et Susan Folkman: c'est l'approche transactionnelle.

Ils définissent le stress, en 1984, comme une « transaction entre la personne et son environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être» (1).

L'état émotionnel induit par l'évènement est différent selon les individus et joue un rôle dans le déroulement de la réponse physiologique de stress, qui n'est donc pas stéréotypée. Le stress devient un processus multifactoriel.

La notion de stress perçu remplace celle d'évènement ou agression car leur gravité est subjective. Le processus se déroule en plusieurs phases (15,16) :

- La phase d'évaluation primaire du stress perçu : l'individu évalue donc la situation en fonction de ses antécédents, de ses objectifs, de ses contraintes environnementales.
- La phase d'évaluation secondaire du contrôle perçu et du soutien social perçu : l'individu apprécie les ressources personnelles et sociales dont il dispose.
- La phase de coping : l'individu peut ensuite influencer les conséquences de l'évènement par des stratégies cognitives émotionnelles, comportementales : les stratégies de coping.

Ce processus en trois phases n'est pas linéaire. La phase d'évaluation primaire peut ne pas avoir lieu ou avoir lieu plus tard, après la phase d'évaluation secondaire. L'évaluation secondaire peut elle aussi manquer et l'absence d'évaluation du contrôle perçu rend alors la situation d'autant plus stressante.

En cas d'évènement à potentiel particulièrement stressant, une catastrophe naturelle ou un attentat par exemple, l'état de stress peut se déclencher de manière instinctive en l'absence de toute évaluation cognitive de la situation (évaluation primaire) comme des ressources (évaluation secondaire).

1. 2. Les stratégies de coping

D'abord appelé en français stratégie d'ajustement, le terme « coping » est maintenant admis. Il est donc apparu dans le modèle transactionnel de Lazarus en 1966 (9) qui le définit ainsi avec Folkman en 1984 : « ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, pour gérer les exigences spécifiques internes et externes évaluées comme consommant ou excédant les ressources ». Ce concept a été précédé de ceux de mécanismes de défense et d'adaptation, dont il se distingue :

- Le mécanisme de défense : concept issu de la psychanalyse, utilisé par Sigmund Freud au début du XXème siècle pour désigner la lutte du moi pour maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. Il est donc inconscient, lié à des conflits intrapsychiques. Le répertoire de mécanismes de défense est restreint pour chaque individu. Ils peuvent être qualifiés de fonctionnels ou bien de dysfonctionnels selon les mécanismes (17).
- L'adaptation : Il s'agit d'une théorie relative à l'évolution des espèces : certains comportements qui permettent la survie face à une menace vitale sont appris par un individu, puis acquis par l'espèce, comme attaquer ou fuir. Les réactions envers les conditions changeantes de l'environnement non dangereuses sont également incluses dans l'adaptation. Les réactions dans cette théorie sont automatiques, acquises par l'espèce.

Les stratégies de coping se distinguent :

- Des mécanismes de défense car elles sont flexibles et conscientes,
- De l'adaptation car elles sont spécifiques des situations stressantes, elles nécessitent des efforts cognitifs et comportementaux conscients, pouvant varier et s'avérant parfois nouveaux pour l'espèce.

Afin d'étudier plus précisément le coping, Lazarus et Folkman ont demandé à 100 individus de répondre à un questionnaire de 67 items, la Ways of Coping Checklist (WCC) en pensant à un évènement récent et à leurs réactions. En regroupant les réponses, deux stratégies de coping générales se sont démarquées :

- **Le coping centré sur le problème** : Les stratégies de coping sont centrées sur le problème lorsque l'individu essaye de diminuer les exigences de la situation, en négociant un délai par exemple, ou d'augmenter ses ressources pour y faire face, en cherchant des informations ou en élaborant un plan d'action. Il peut également décider d'affronter la situation et d'agir pour la modifier.

- **Le coping centré sur l'émotion** : Il désigne les stratégies par lesquelles il s'agit de gérer les réponses émotionnelles induites par l'évènement. Par exemple en ayant des activités distrayantes, en consommant des substances, en exprimant sa colère, en culpabilisant, en minimisant la gravité de l'évènement, en étant dans le déni, en recherchant du soutien.

Ces deux grandes catégories de stratégies se retrouvent dans d'autres classifications selon les auteurs : stratégies évitantes versus non évitantes, coping actif versus passif. Le coping centré sur le problème, les stratégies non évitantes et le coping actif sont apparentés, par opposition au coping centré sur l'émotion apparenté aux stratégies évitantes et au coping passif (18).

La recherche de soutien social est une troisième stratégie générale : lors d'une synthèse de la littérature sur le coping en 2001, Bruchon-Schweitzer a recensé 17 recherches consacrées aux stratégies générales de coping, dont 6 font apparaître une troisième stratégie générale : la recherche de soutien social. L'individu qui met en œuvre cette stratégie fournit des efforts pour solliciter l'aide d'une tierce personne (19).

Les déterminants du coping

L'on distingue deux sortes de déterminants du coping : les déterminants dispositionnels et les déterminants situationnels.

Les déterminants dispositionnels sont supposés stables chez chaque individu. Il s'agit par exemple, des traits de personnalité, des croyances, ou encore des motivations générales des individus (20).

Les déterminants situationnels, quant à eux, dépendent du contexte. Les caractéristiques des situations rencontrées influent sur l'évaluation et sur le coping (21). La nature de la menace, sa durée, la disponibilité et la qualité du soutien social déterminent si l'évènement est contrôlable par l'individu ou pas. S'il est contrôlable, les stratégies centrées sur le problème seront utilisées. S'il n'est pas contrôlable, les stratégies centrées sur l'émotion prédomineront.

La fonctionnalité des stratégies de coping

Selon Lazarus et Folkman, les critères d'efficacité du coping sont : le niveau de contrôle de la situation mais aussi le niveau des émotions négatives, de détresse. L'efficacité dépend donc de la situation et de l'individu, c'est pour cela que l'on parlera de fonctionnalité du coping.

Face à une situation non contrôlable, un coping centré sur le problème va demander une mobilisation des moyens, de l'énergie de l'individu, afin de mettre en place un plan d'action.

Un coping centré sur l'émotion va être quant à lui passif, ne mobilisant pas les ressources de l'individu, va permettre de rationaliser, et peut également mener à un gain de ressources, telles que des distractions ou des substances à consommer.

Face à une situation contrôlable, la littérature est en faveur d'une efficacité des stratégies centrées sur le problème. L'anxiété et la dépression sont moindres si les stratégies centrées sur le problème ont été privilégiées (22,23). La détresse ultérieure est plus importante si des stratégies de coping sur l'émotion ont été utilisées (24).

Ainsi, comme nous l'avons vu, la nature et l'efficacité des stratégies de coping dépendent de la situation. Qu'en est-il alors de la situation spécifique des internes en médecine ?

2. Le stress chez les internes en médecine, population spécifique

Avant d'être médecin, l'étudiant devient interne en médecine, de la septième à la neuvième année d'études en ce qui concerne la médecine générale.

Pour accéder à cette septième année, il a obtenu un concours en fin de première année, dont le taux de réussite au niveau national est de 13.4% en 2013 (25), et a ensuite accumulé des connaissances théoriques pour assimiler le programme de l'Examen Classant National (ECN) qui aura lieu en fin de sixième année (26).

L'Examen Classant National permet d'établir un classement de tous les externes de France. L'externe choisit alors la spécialité qu'il exercera, en fonction des choix possibles à son rang de classement, ainsi que le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) dont il souhaite dépendre. Les stages d'internat se succèdent tous les six mois pendant trois ans pour la spécialité médecine générale. L'interne peut être amené à déménager si son lieu de stage est trop éloigné de son domicile, à vivre à l'internat ou bien à faire le trajet quotidien nécessaire. Les stages ont lieu dans des services de « médecine adulte », aux urgences, en pédiatrie ou gynécologie et en cabinet de médecine générale (27).

L'interne prescrit des examens et des thérapeutiques dès son début d'internat. Cette autonomie soudaine dans la prise en charge des patients l'amène à vivre des situations stressantes (28). Une fatigue physique, facteur de stress s'ajoutant à l'autonomisation, est induite par les gardes de nuit aux urgences, s'ajoutant aux semaines de travail dans son service.

Les potentielles situations stressantes rencontrées par l'interne sont de nature variée et évoluent au fil des années. En début de premier semestre, il peut avoir à soigner un patient dont il ne connaît pas la pathologie, si elle n'était pas au programme de l'ECN. Il doit apprendre à

travailler en équipe, avec les personnels paramédicaux, ses collègues internes, et les autres médecins, et à gérer les conflits éventuels.

Les potentielles situations stressantes au cours de l'internat sont donc de nature très variée (29,30). On peut supposer que les stratégies de coping face à ces situations vont également être différentes selon les situations.

3. Les stratégies de coping chez les étudiants

Des travaux ont été réalisés sur le lien entre stratégies de coping et bien-être des étudiants : Boujut et al. ont réalisé une étude prospective, publiée en 2009 (31), permettant de conclure que l'utilisation du coping centré sur l'émotion amplifie les facteurs de vulnérabilité vis-à-vis du risque de la dépression chez les étudiants de première année : dans cette population, le coping centré sur l'émotion est dysfonctionnel tandis que le coping centré sur le problème est fonctionnel.

4. La santé mentale des internes en médecine

En 2017, l'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI) a mené une enquête auprès de 21768 étudiants en médecine dont 7631 internes. Sur la population totale, 23.7% avaient déjà eu des idées suicidaires dont 5.8% dans le mois précédant l'enquête (32). Leurs niveaux de stress perçu et d'épuisement professionnel n'ont pas été mesurés, mais on peut supposer que des scores élevés auraient été retrouvés parmi ces nombreux étudiants ayant déjà eu des idées suicidaires.

II. Problématique

Nous avons donc vu que les internes constituent une population spécifique, étant donné qu'ils sont toujours étudiants mais en stage à temps plein avec des responsabilités médicales, durant trois années. Cette période comprend de nombreuses situations stressantes, variées et propres à leur rôle. Elles sont favorisées par des facteurs de stress également spécifiques tels que la fatigue physique engendrée par le nombre d'heures travaillées, le nombre de gardes, les temps de trajets. Le service hospitalier ou le cabinet libéral où ils exercent, selon la spécialité concernée et les relations avec leurs équipes, influencent aussi leur stress perçu.

Les stratégies de coping ont des degrés de fonctionnalités différents et sont susceptibles d'influencer la future santé mentale des individus. Pourtant, peu de recherches portent spécifiquement sur les stratégies de coping chez la population des internes, alors que cette population est soumise à des situations stressantes d'intensité variables selon leur contexte et selon l'avancée des internes dans le cursus.

Nous avons alors posé la question de recherche suivante :

Comment évoluent les stratégies de coping des internes en médecine générale au cours de l'internat ?

L'objectif principal est d'évaluer dans quelle mesure les stratégies de coping des internes évoluent avec le temps, et l'objectif secondaire est de déterminer les facteurs susceptibles de prédire cette évolution.

Pour ce faire, dans un premier temps, nous caractériserons les situations stressantes et décrirons précisément les stratégies utilisées par les internes. Pour cela, nous ferons l'état des lieux des données de la littérature sur ce sujet. La première partie de ce travail est une revue systématique de la littérature complétée d'une analyse qualitative structurée des facteurs de stress, situations stressantes et catégories de stratégies de coping recensées.

Dans un second temps, nous analyserons dans quelle mesure ces stratégies évoluent au fil des années et quels facteurs, parmi ceux évoqués en introduction, sont susceptibles de prédire cette évolution. Pour ce faire, nous exploiterons les données de l'étude Intern'life, étude de cohorte, prospective, longitudinale sur trois ans, dont la population est constituée des internes en médecine générale aquitains ayant commencé leur internat en novembre 2013.

III. Contexte de l'étude Intern'life

En 2012, l'étude prospective de suivi de cohorte Intern'life est menée par le Département de Médecine Générale et l'Institut de Psychologie de Paris Descartes. La population est constituée des internes en médecine générale et l'objectif est d'étudier certaines pathologies et critères de bien-être tels que le syndrome d'épuisement professionnel, la symptomatologie dépressive, les addictions, les troubles du comportement alimentaire, le stress perçu, l'empathie, les stratégies de coping. Les auteurs ont élaboré leur étude en mesurant les facteurs de stress spécifiques de l'internat, susceptibles d'influencer ces pathologies.

Les facteurs de stress pendant l'internat

Nous avons vu que la fatigue physique est un facteur de stress pour les internes. Elle est favorisée par les longues journées de travail enchaînées avec les gardes ainsi que les temps de trajets entre son domicile et son lieu de stage. Ces trajets peuvent en effet être longs si l'interne ne déménage pas près de son nouveau stage tous les six mois.

L'internat de médecine générale est composé de six semestres. Un semestre doit être effectué dans un service de « médecine adulte » (qualification accordée par le Département de Médecine Générale), un autre dans un cabinet de médecine générale, un autre dans un service d'accueil des urgences et enfin un autre dans un service de gynécologie-obstétrique ou de pédiatrie. L'un de ces stages devra se dérouler au CHU.

Chacun de ces types de stage peut engendrer des situations stressantes d'intensités différentes, aux urgences par exemple, de part les situations graves rencontrées (33), ou en cabinet de médecine générale s'il est isolé. Le type de stage est donc peut-être également un facteur de stress.

Ces stages sont de nature variée selon les pathologies rencontrées mais aussi selon la disponibilité des médecins encadrants, les collègues internes, les équipes paramédicales (34). On comprend donc que ces nombreux facteurs influencent la satisfaction d'un stage donné pour chaque interne. Ce niveau de satisfaction est susceptible d'influencer le stress perçu par chaque interne.

Dans l'étude de Bigot et al. (35), 37% des internes et chefs de clinique assistants d'urologie interrogés ont un parent médecin. Si l'on considère le fait d'avoir un parent exerçant une profession médicale ou paramédicale, 36% des étudiants en sixième année de médecine sont concernés par cette caractéristique dans l'enquête de Gaucher et al. (36).

Sargent et al.(37) ont mis en évidence que le fait d'avoir un père médecin est un facteur protecteur dans leur étude sur l'épuisement professionnel et les pathologies mentales chez des internes de chirurgie orthopédique.

Ces facteurs de stress et facteurs protecteurs ont été mesurés, afin d'étudier leur influence sur les pathologies et critères de bien-être étudiés.

L'étude Intern'life

En 2013, Emilie Boujut, Maître de Conférences et Chercheur à l'Université Paris Descartes, propose au Département de Médecine Générale et au Laboratoire de Psychologie de l'Université de Bordeaux d'étendre le projet aux internes de médecine générale de la faculté de Bordeaux.

L'étude a été menée sur la promotion d'internes en médecine générale ayant commencé l'internat en novembre 2013 et l'ayant achevé en octobre 2016. L'étude leur a été présentée en amphithéâtre puis le lien vers le questionnaire en ligne leur a été communiqué avant chaque période de passation : avant de débiter leur internat en octobre 2013, à la fin de leur premier semestre en avril 2014, de leur deuxième semestre en octobre 2014 et ce tous les 6 mois jusqu'à la fin de leur sixième semestre en octobre 2016. Chaque questionnaire anonyme comportait une première partie recensant les données sociodémographiques puis une seconde partie composée de tests évaluant l'épuisement professionnel, le stress perçu, les troubles du comportement alimentaire, l'empathie, les stratégies de coping utilisées.

Des travaux de thèses ont été réalisés à partir des recueils de données sur les premiers dix-huit mois de l'étude. Dans le cadre de sa recherche, Belaube a étudié l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs ainsi que leur corrélation (38) : elle a déterminé qu'il semble exister une augmentation de la dépression chez les internes au cours de leur internat, alors que l'empathie semble stable, et qu'il ne semble pas y avoir de corrélation entre l'empathie et la dépression. Toujours à propos de l'empathie, Roux et Paultre ont étudié sa relation avec le stress perçu (39) : ils ont mis en évidence qu'il ne semble pas exister de lien entre le stress perçu mesuré par la Perceived Stress Scale (PSS) et l'empathie, mais que les internes ayant eu une augmentation de leur stress dans sa composante « responsabilité médicale », ont vu leur empathie augmenter.

Concernant le coping, Poissant a étudié les relations entre le genre, le stress, les stratégies de coping et la consommation d'alcool (40) : son travail nous apprend que les hommes ont une

tendance à des consommations d'alcool plus à risque ainsi qu'à un moindre recours au coping centré sur le problème et à la recherche de soutien social, par rapport aux femmes, mais ce de manière non significative au cours du temps.

Un seul travail de thèse a été réalisé à partir du recueil de données sur les trois années d'internat. Il s'agit de celui de Carret (41), étudiant l'environnement professionnel et les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) : Ce dernier met notamment en évidence que le pourcentage d'internes à risque de développer des TCA reste stable entre 14,3 et 15,3% et que les principaux facteurs de risque de développer un TCA sont le stress lié à la charge de travail, le taux de travail administratif ainsi que les niveaux de dépression et d'anxiété.

Des facteurs de stress et pathologies mentales ont donc été identifiés et évalués dans cette population grâce à l'étude Intern'life. L'évolution des stratégies de coping tout au long de l'internat n'a pas encore été étudiée. Ce travail permettrait de préciser les catégories de réactions face au stress utilisées, leur contexte, leur fréquence, leur intensité, dans le but de mieux comprendre leurs liens avec les pathologies psychiatriques présentées et lourdes de conséquences dans cette population d'internes en médecine.

IV. Stress et coping chez les internes en médecine : revue systématique de la littérature

Introduction

Les internes en médecine constituent s'il en est une population spécifique d'étudiants. A l'inverse de leurs homologues d'autres filières, les internes poursuivent leurs études tout en assumant déjà les responsabilités professionnelles qui incombent à leur statut de futurs médecins (par exemple, en formation pratique à l'hôpital et dans les cabinets libéraux durant trois années, en ce qui concerne les futurs médecins généralistes). Après six années d'apprentissage théorique [dont trois années comportant aussi des stages à mi-temps sans droit de prescription de thérapeutiques] ils deviennent médecins en formation à temps plein. Ils participent alors pleinement à la démarche diagnostique en réalisant l'examen clinique des patients et en prescrivant les examens complémentaires qu'ils jugent nécessaires. Ils décident également des traitements à administrer aux patients. Ce nouveau rôle leur fait donc endosser de nombreuses responsabilités dès leur premier stage d'internat, et les oblige à se confronter à des situations pour le moins difficiles, inhérentes à leur pratique. Cette période de transition entre les statuts d'étudiant en médecine — sans responsabilité dans la prise en charge des patients — et de médecin diplômé est donc susceptible d'être une période de stress professionnel.

Le stress en internat de médecine

Le stress est défini par Lazarus et Folkman comme un processus multifactoriel lors duquel « l'individu évalue une situation comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être » (1). Des catécholamines et glucocorticoïdes sont sécrétés pour permettre à l'individu d'avoir des réponses comportementales au stress. Si le stress se prolonge, cette sécrétion peut devenir néfaste pour la santé physique et mentale de l'individu (2).

Chez les internes en médecine, le niveau de stress est élevé dans plusieurs études datant de 1993 (3), 2008 (4), 2015 (5). En 2017, en France, Grichy a étudié l'anxiété et la dépression chez 7631 internes : la prévalence de l'anxiété est de 59.7% et celle de la dépression de 22.8%. Un quart de ces internes avaient déjà eu des idées suicidaires (6).

Une revue systématique de la littérature concernant le stress des étudiants en médecine est parue récemment en 2016 (7) : les prévalences des symptômes dépressifs ont été extraits de 167 études

transversales et 16 études longitudinales à travers 43 pays. Les résultats montrent une prévalence de 11,1% du risque suicidaire et de 27,2% des symptômes dépressifs.

Des travaux ont par ailleurs révélé que les étudiants présentent des niveaux de détresse émotionnelle élevés, 14% dépassent le seuil critique, en France ainsi que dans les autres pays d'Europe (8–11).

En comparaison aux autres filières, les étudiants en médecine perçoivent plus fréquemment une altération de leur santé physique et mentale dans l'étude de 2010 de Al-Dabal et al (12).

Les facteurs de stress chez les internes en médecine sont multiples, à en croire la littérature (13,14). Chez les étudiants, les problèmes majeurs affectant leur bien-être relèvent généralement de difficultés dans la gestion du temps, du manque d'argent, de la fatigue physique, des préoccupations à propos de la santé de leurs proches et à propos de leur réussite universitaire (13). Chez les médecins, les causes d'épuisement professionnel retrouvées lors de l'étude de Cathébras et al.(14) sont la charge de travail élevée, le poids de l'administration, les conflits avec les organismes sociaux, et les demandes jugées excessives des patients et de leurs familles.

Or, cet épuisement professionnel est influencé par la façon dont les médecins agissent sur leur stress. Ce lien a en effet été mis en évidence par Isakso-Ro et al. (15). Confrontés aux multiples facteurs de stress énumérés précédemment, les internes vont donc également essayer d'agir sur leur stress, en ayant recours à des stratégies appelées stratégies de coping, qui constituent un outil de transaction entre ces facteurs de stress et leur niveau de stress.

Le coping des internes

En réaction à ce stress, les stratégies de coping (littéralement « *to cope* », signifiant « *faire face* ») à disposition sont diverses et peuvent notamment viser à modifier directement la situation stressante ou bien les émotions engendrées (15). Cette notion de stratégies de coping a été définie par Lazarus et Folkman en 1984 comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, pour gérer les exigences spécifiques internes et externes évaluées comme consommant ou excédant les ressources ». Les stratégies de coping ont des déterminants dispositionnels — par exemple les traits de personnalité, les croyances, les motivations des individus — et situationnels, c'est-à-dire que la nature, la durée, et la fréquence des situations rencontrées ont une influence sur les types de stratégies utilisées (16,17).

Des auteurs ont mis en évidence qu'une diminution d'utilisation des stratégies de coping centrées sur l'émotion précédait la diminution de l'épuisement professionnel dans une population de médecins (15). Les stratégies de coping centrées sur le problème ont, elles aussi, été associées à des états d'épuisement et de détresse, dans les cas où la situation n'est pas contrôlable (18).

Plusieurs auteurs ont étudié les stratégies de coping des internes. Hoonpongsimanont et al. (19) ont, par exemple, soumis une liste de huit types de coping à des internes de médecine d'urgence, coping spécifiques d'une population d'étudiants, tels que pratiquer un sport ou un loisir, ou consommer de l'alcool ou des médicaments, afin de recenser les plus fréquemment utilisés. Ils mettent ainsi en lumière que pratiquer un sport ou un loisir et consommer de l'alcool sont les stratégies auxquelles les internes de leur échantillon ont le plus recours.

Sur un registre plus interventionnel, Kuhlmann et al. (20) ont évalué dans quelle mesure une formation à la prévention du stress, basée sur la pleine conscience, pouvait avoir une influence sur le recours aux stratégies de coping. Leur conclusion est que le suivi de cette formation n'engendrait pas de différence de coping, mais ils ne précisent ni les différents types de coping étudiés ni les événements stressants concernés. Dans le même ordre d'idée, Eng et al. ont pu mesurer le bénéfice de séances de debriefing sur la qualité du coping des internes face au décès d'un patient. On peut alors s'attendre à une évolution similaire du coping chez les internes au fur et à mesure de leurs trois années de formation. Là encore, ils ne spécifient toutefois pas les catégories de coping utilisées (21).

Ainsi, il semblerait qu'alors même que le statut des internes engendre des situations stressantes spécifiques — et, a fortiori, des stratégies de coping spécifiques — les études ne rendent pas compte de cette spécificité. Elles ne précisent en effet pas les catégories de coping utilisées ou bien se centrent sur des mesures génériques du coping.

Objectif

Un état des lieux du stress et du coping chez les internes apparaît de sorte nécessaire afin de faire la lumière sur la nature des situations et facteurs de stress rencontrés par les internes et les types de coping auxquels ils recourent. L'objectif de cette étude est de le rechercher, à travers la revue systématique et l'analyse structurée des données de la littérature.

Matériel et Méthode

Afin de répondre aux objectifs, une revue systématique de la littérature ainsi qu'une analyse qualitative structurée des facteurs de stress, situations stressantes et catégories de stratégies de coping recensés a été décidée.

Définition des critères de recherche

Dans la littérature en langue anglaise, les étudiants équivalents des internes en France sont appelés « residents », « house officers » ou « interns » en référence aux termes utilisés pour désigner les internes aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Les mots-clés « internship and residency », « Medical Residency » et « Medical Internship » correspondent à la population d'internes en médecine que nous souhaitons étudier. Des études utilisent également parfois le référencement « Medical Students » et « Education, Medical, Graduate » qui renvoient stricto sensu aux étudiants en médecine en général, quelle que soit leur année d'avancement dans le cursus. Par conséquent, l'ensemble de ces mots-clefs seront inclus dans l'algorithme de recherche afin de définir la population.

La seconde partie de l'algorithme concerne les mots-clés susceptibles d'être utilisés pour désigner les stratégies de coping dans les articles : « adaptation, psychological », « defense mechanisms », « self-control », « stress and coping measures », « coping behavior », « adaptive behavior », « emotional adjustment », « self-regulation », « emotional regulation ». Les mots-clés relatifs aux mécanismes de défense et à l'adaptation sont donc pris en compte car ces concepts sont proches et leur distinction peut ne pas avoir été faite par les médecins qui ont réalisé les études. Ces mécanismes, bien que différents des stratégies de coping, concernent également la façon dont les internes s'adaptent, ce qui nous intéresse dans ce travail.

L'algorithme de recherche suivant a été celui des bases de données MedLine et Cochrane Library, utilisant le thésaurus MeSH (Medical Subjects Headings) : (" Students, Medical "[Majr] OR " Education, Medical, Graduate "[Mesh] OR " Internship and Residency "[Mesh]) AND (" Adaptation, Psychological "[Majr] OR " Defense Mechanisms "[Majr] OR "Self-control "[Mesh])

La base de données PsycINFO ne référençant pas les mots-clés MeSH, cet algorithme a été décomposé pour cette recherche : ("Medical Students" OR "Medical Residency" OR "Medical

Internship") AND ("Stress and Coping Measures" OR "Coping Behavior" OR "Adaptive Behavior" OR "Defense Mechanisms" OR "Self-control" OR " Emotional adjustment " OR "self-regulation" OR "Emotional Regulation").

Critères de sélection

Les articles obtenus après suppression des doublons ont été sélectionnés sur leur titre et leur résumé selon les critères suivants :

Critères d'inclusion : population d'internes en médecine générale ou de spécialité médicale, stratégies de coping ou mot-clé équivalent de l'équation de recherche évoqués dans le résumé, langue française ou anglaise ou espagnole.

Critères d'exclusion : articles de validation d'échelle, population d'étudiants en médecine ne correspondant pas aux internes en médecine générale ou de spécialité médicale en France.

Traitement des données

Après avoir décrit les études finalement en adéquation avec nos critères de sélection, nous procéderons à une analyse qualitative structurée (lexicographique, thématique) du contenu de ces articles, afin d'explorer : 1/ les situations et facteurs de stress ; et 2/ les stratégies de coping des internes.

Analyse des situations et facteurs de stress

Dans le but de hiérarchiser en termes de fréquences les facteurs de stress et situations stressantes rencontrées par les internes, nous analyserons la sémantique utilisée dans les articles concernant ces deux éléments. Ainsi, nous réaliserons une analyse lexicographique, c'est-à-dire basée sur la fréquence d'apparition — ou occurrence — des termes employés pour désigner des facteurs de stress et situations stressantes. Tout d'abord, chaque article sera lu en intégralité en recensant tous les termes décrivant d'une part, les facteurs de stress et, d'autre part, les situations stressantes. De là, les termes renvoyant à une même notion seront rassemblés sous la même dénomination commune. Ces dénominations seront alors rapportées pour chaque article dans la quatrième colonne du tableau de synthèse de la revue de littérature. Chacune de ces dénominations sera ensuite comptée. Enfin, ces dénominations seront représentées sous une forme synthétique, un nuage de mots, un mot correspondant à une dénomination. La taille de la police de chaque mot dans le nuage apparaîtra de manière proportionnelle à sa fréquence dans

l'ensemble des articles (à raison d'une occurrence maximum par article). Un nuage de mots sera donc dédié aux facteurs de stress, et l'autre aux situations stressantes.

Cette analyse sémantique présentée en nuage de mots permettra une compréhension rapide, claire et précise du lecteur. Ainsi, l'étude des facteurs de stress et situations stressantes sera facilitée lors d'échanges autour de cette problématique, lors de séances de debriefing avec des internes par exemple, ou de présentation de ces résultats en congrès.

Analyse du coping

Afin de catégoriser les stratégies de coping des internes recensées dans la littérature, une analyse structurée thématique sera réalisée. Les termes désignant des stratégies de coping, seront, de la même manière que pour les facteurs de stress et situations stressantes, extraits, regroupés et comptés. Ces stratégies seront répertoriées pour chaque article dans la cinquième colonne du tableau de synthèse de la revue de littérature. Ensuite, selon un raisonnement inductif, par analyse thématique, les différentes stratégies seront regroupées si elles relèvent du même thème, et ordonnées en grandes catégories de coping. Enfin, toujours selon une méthode inductive en cherchant comment coder ensemble ces catégories de coping, elles seront rassemblées en types de coping. Chaque type de coping sera présenté sous forme d'un encadré d'où partiront des « branches » menant à chaque grande catégorie de coping. Le détail de chaque catégorie de coping apparaîtra au-dessous de sa dénomination, avec le nombre d'occurrences (n) de chaque stratégie dans les études quantitatives et dans les études qualitatives.

Cette distinction entre type d'étude sera effectuée car la répétition d'une stratégie de coping dans des études qualitatives est un facteur d'importance de cette stratégie.

Cette présentation en encadrés thématiques permettra une vision globale de l'ensemble des stratégies de coping utilisées par les internes dans la revue de littérature et ainsi de préciser les spécificités de leur coping.

Résultats

Comme le résume le diagramme de flux à la Figure 1 p.25, nous obtenons, en date du 22 janvier 2018, 420 résultats sur PubMed, 376 sur PsycINFO et 37 sur la Cochrane Library. Ces derniers sont tous des articles. Parmi les 420 résultats sur PubMed et les 376 sur PsycINFO, respectivement 372 et 324 sont des articles.

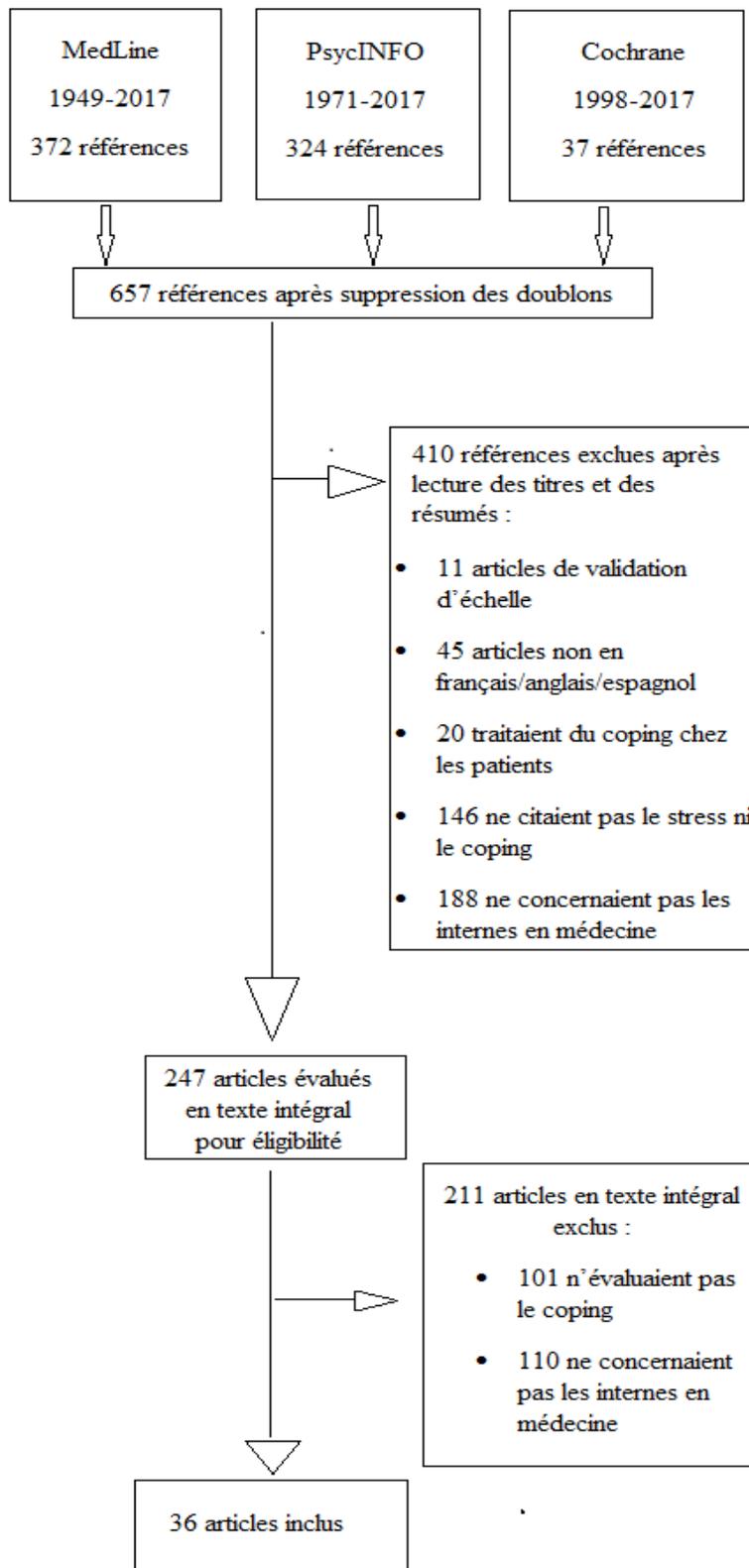


Figure 1 : diagramme de flux

Après suppression des doublons, 657 références répondaient à notre algorithme de recherche. Sur ces 657 articles obtenus dans les trois bases de données, 247 ont été sélectionnés sur leur titre et leur résumé. Quatre-cent-dix ont donc été exclus, parmi lesquels on retrouve 11 articles de validation d'échelle, 45 articles dans une autre langue que celles retenues, 20 traitaient des étudiants et du coping mais les stratégies de coping étudiées étaient utilisées par les patients, 146 ne concernaient ni stress ni coping ou équivalent, 188 ne concernaient pas une population d'étudiants en médecine équivalente aux internes en France. Les 247 articles sélectionnés ont été lus en intégralité. Parmi eux, 211 ont été exclus. Les raisons de ces exclusions étaient qu'ils ne traitaient finalement pas des stratégies de coping pour 101 d'entre eux, ou qu'ils concernaient des étudiants en médecine moins avancés dans le cursus que les internes pour 110 d'entre eux.

Description des études retenues

Une synthèse des 36 articles restants est présentée dans le tableau I, précisant l'auteur principal, l'année, le pays, le type d'étude et les éléments qui seront ensuite analysés : les facteurs de stress et situations stressantes et les stratégies de coping (pour plus de lisibilité dans le corps de cet article, ce tableau complété des objectifs et des outils de mesure du coping est situé en annexe).

Tableau I : Synthèse des résultats

	Pays	Type d'étude	Situation stressante ou facteurs de stress identifiés	Stratégies de coping citées
Liu et al. (22) 2016	Taiwan	Étude qualitative	Ne pas se sentir prêt pour le niveau de responsabilités, pour gérer les incertitudes, relations conflictuelles avec supérieurs et infirmiers	Autoapprentissage et évitement, comme stratégies de coping : évitement moins efficace
Doulougeri et al.(23) 2016	Grèce	Étude qualitative	Lors d'un premier contact avec un patient en souffrance, un patient en fin de vie, le décès d'un patient, lors d'interactions entre médecins et patient, médecin et étudiant et entre deux médecins, lors d'un geste technique clinique.	Inaction/perception d'une incapacité à réagir car sentiment d'un manque de connaissances et de compétences et position basse dans la hiérarchie, essayer de soulager le patient, se concentrer sur une mission pour échapper à l'émotion négative, être dans le déni, réévaluer la situation pour justifier un mauvais comportement, modifier ses émotions, discuter avec ses collègues.
Kuhlmann et al.(20) 2016	Allemagne	Étude expérimentale : essai prospectif randomisé	Exemples de situations : évaluations, importante charge de travail.	Pas de précisions sur les types de stratégies de coping : Pas de différence significative de stratégies de coping selon le traitement entre les 3 groupes. Les internes avec les plus hauts taux de morbidité psychologiques ont plus arrêté de répondre aux questionnaires avant la fin des évaluations. Les étudiants du groupe " formation pleine conscience" ont moins de symptômes psychologiques à 1 an.
Picard et al. (24) 2016	France	Étude qualitative	Internat	12 étudiants ont répondu que l'empathie favorise l'épuisement professionnel à cause d'un épuisement de la compassion, et deux l'ont expliqué par un manque de stratégies de coping. Discussion : être empathique peut provoquer une surcharge de travail, quand les internes ne peuvent plus utiliser de stratégies de coping face aux situations. Des internes mentionnent que des stratégies de coping régulées permettraient de ne pas aller trop loin et de ne pas perdre l'équilibre psychologique et relationnel.
Spataro et al.(25) 2016	Etats Unis	Étude observationnelle rétrospective transversale	Internat, pendant les deux semaines précédentes	Recherche de soutien émotionnel et de conseils et coping actif. Plus de recherche de soutien social émotionnel et instrumental et de blâme chez les filles. Plus d'utilisation de l'humour chez les garçons.
Eng et al.(21) 2015	Etats Unis	Étude observationnelle transversale	Décès d'un patient	Les internes répondent que les sessions de debriefing les aident à réguler leurs émotions face à la mort d'un patient. Pas de précisions sur le type de stratégies de coping.
Hampton et al.(26) 2015	Etats-Unis	Étude qualitative	Patient avec pathologie mentale	Ignorer la pathologie mentale, faire abstraction des médicaments pour pathologie mentale.
Hoonpongsimanont et al. (19) 2013	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Internat en service d'urgences en général : charge de travail importante.	Parmi une liste exhaustive de 8 stratégies de coping : "faire du sport" et "pratiquer leur loisir favori" et "consommer de l'alcool" (72% des répondants pour alcool) sont les 3 plus fréquemment utilisés, puis consommer des médicaments.
Hurst et al.(27) 2013	Canada	Étude qualitative	Internat sans situation précise mais facteurs de stress : manque de soutien de l'équipe, temps de travail, gardes, manque de connaissance et de compétences techniques	Réflexion, recadrage cognitif (diminuer ses attentes), ne pas penser au travail, planification, recherche soutien social de famille amis et conjoint, faire du sport, dormir, cuisiner, religion, méditation, avoir des loisirs, consommation alcool, nourriture comme récompense.
Prabhakar et al.(28) 2012	Etats Unis	Étude observationnelle longitudinale	Suicide d'un patient	Les internes reçoivent une formation sur le suicide des patients : la probabilité qu'ils recherchent du soutien social avec leurs supérieurs est plus élevée après la formation. 80% recherchent du soutien auprès d'un supérieur

Salamati et al.(29) 2012	Iran	Étude observationnelle transversale	Pandémie de grippe aviaire	77% recherchent informations sur pandémie, 72% ne penseraient pas trop aux risques, 53% ne pensent pas qu'ils pourraient rester positifs et penser ne pas être malades, 85% suivront les protocoles pour contrôler l'infection.
Grebout et al.(30) 2011	France	Étude observationnelle transversale	Internat surcharge de travail résultant de contraintes organisationnelles et du double rôle docteur et étudiant	Le score des schémas précoces inadaptés est corrélé positivement au coping centré sur l'émotion et négativement au coping centré sur le problème. La « tendance compulsive » est significativement et négativement liée au coping sur le problème lui-même négativement lié à l'épuisement professionnel.
Khot et al. (31) 2011	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Décès d'un patient	Une formation mensuelle à propos de la fin de vie et du décès de patients est proposée aux internes en neurologie. 65% des internes interrogés ont répondu que ces formations les ont aidés à faire face au décès d'un patient. 69% qu'elles apportent un soutien émotionnel.
Satterfield et al. (32) 2010	Etats-Unis	Étude qualitative	Internat sans précision de situation mais sources de stress : décès d'un patient, isolement social, problème de confiance en soi, érosion d'une vision idéale de la médecine.	1ere année : se rappeler du prestige de devenir médecin, relativiser, changer ses exigences, se plaindre, puis réponses comportementales : faire du sport, voir sa famille et amis, dormir, déplacer sa colère sur les infirmiers, les membres de la famille ou des étrangers. 2e année d'internat : recherche de soutien professionnel et social, consommation d'antidépresseurs, lecture de littérature médicale, prendre du temps pour s'occuper de sa santé, planifier des activités sociales.
Haoka et al. (33) 2010	Japon	Étude observationnelle transversale	Internat	Moins de filles dans le groupe avec score élevé à la Sence of Coherence Scale (SOC), donc moins d'aptitude d'ajustement au stress. Les conditions de vie et de travail ne font pas varier le score à la SOC.
Lam et al.(34) 2010	Chine	Étude qualitative	Internat sans précision de situation mais sources de stress : appels les nuits de garde, nombres d'heures, charge de travail.	Prendre des vacances, demander conseils aux collègues, dormir, avoir des loisirs, avoir du soutien de sa famille et de ses amis, faire du sport, la religion, avoir l'aide d'un sénior, consommer de l'alcool, voir un psychologue, voir son médecin.
Lerner et al.(35) 2010	Etats-Unis	Étude expérimentale	Suicide d'un patient	La participation à la formation augmente les connaissances des internes sur les stratégies de coping face au suicide d'un patient.
Kasi et al. (36) 2007	Pakistan	Étude observationnelle transversale	Internat sans précision mais source de stress : charge de travail.	Plus le temps de travail est important et plus le stress est important, plus les internes utilisent des stratégies de coping dysfonctionnelles : dire des choses pour évacuer les sentiments désagréables, déni, se désengager et dans une moindre mesure consommer alcool ou médicaments.
Engel et al.(37) 2006	Etats-Unis	Étude qualitative	Erreur médicale	Le plus fréquent : parler avec collègues et famille. Puis apprendre sur leur pratique, changer de pratiques, agir pour aider le patient, faire du sport, évitement, être dans le déni.
Earle et al. (38) 2005	Canada	Étude observationnelle transversale	Internat	Le taux de réponse était de 46% pour les internes en début d'internat et de 30% pour ceux qui terminaient (taux de réponse global de 37%). Les internes ont souvent cherché du secours auprès de leurs amis ou parents (43,7% des répondants). Environ 17,3% se sont adressés à leur médecin de famille, 15,4% à un conseiller et 7,9% à un psychiatre. Quelques-uns (13,4%) ont eu recours à une médication pour mieux contrôler leurs symptômes affectifs, 7,1% ont entrepris une thérapie cognitivo- comportementale et 8,3% ont dû interrompre leur internat, Plus de la moitié (61,8%) ont déclaré avoir fait un usage récréatif d'alcool et de drogues, dont 1,2% par addiction, et 5,9% prenaient des drogues pour mieux face à leurs problèmes.
Boulé et al.(39) 2003	Canada	Étude qualitative	Internat	Par ordre décroissant : Prendre des vacances et congés réguliers et stratégiques, accepter ses limites, faire du sport, discuter avec ses amis internes à propos des difficultés, voir ses amis hors médecine, investir dans son couple, avoir une liste de personnes ressources, prioriser, humour.
Neimeyer et al.(40) 2003	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Décès d'un patient	Parler avec son conjoint, revoir le dossier médical, se reprendre, devenir investi dans son travail, chercher une aide professionnelle, assister aux obsèques, changement d'appétit, changement de modèle de sommeil.
Tyssen et al.(41) 1998	Norvège	Étude observationnelle transversale	Internat	Consommation d'alcool pour faire face au stress chez 10,5% des étudiants, 9% chez les filles, 12,5% chez les garçons. 8,7% en début d'internat, 11,9% en fin d'internat.

Cantwell et al. (42) 1997	Royaume-Uni	Étude qualitative	Cancer chez un patient	Un quart des internes ont évité d'aborder l'aspect psychologique avec les patients pour se protéger eux-mêmes. 75% peuvent rechercher du soutien auprès de leurs collègues, 95% auprès de leurs amis, 83% ne voudraient pas en parler à un thérapeute.
Robert et al. (43) 1996	Royaume-Uni	Étude de cas	Internat : travail demandé faisable et tâches difficiles demandées	La sécrétion d'adrénaline est associée au coping actif, aux efforts et challenge, le cortisol au coping passif, à l'anxiété et à la dépression. Chez les 2 internes : si tâches faisables, coping actif (peu de fatigue et de sécrétion de cortisol, plus d'adrénaline et d'efforts). Si tâches difficiles, différences entre les 2 : un avec haut taux d'adrénaline, d'efforts, anxiété et fatigue. Chez l'autre, haut taux de cortisol et anxiété, pas d'effort/adrénaline=coping passif.
Ferguson et al. (44) 1994	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Internat	Pas de différence de stratégies de coping en fonction des années d'internat. Stratégies regroupées en 3 groupes ; groupe 1 (coping actif, planification) plus fréquent que groupe 2 : recherche de soutien social, et que groupe 3 : déni, désengagement.
Wu et al. (45) 1993	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Erreur médicale	Accepter la responsabilité, planifier la résolution du problème, puis recherche soutien social et contrôler ses émotions puis évitement et prendre de la distance.
McCue et al. (46) 1991	Etats-Unis	Étude expérimentale	Internat	Le groupe ayant eu la formation à la gestion du stress utilise plus des stratégies de coping centrée sur le problème. Les stratégies citées sont : prendre soin de soi, agir directement, organiser son temps.
Archer et al. (47) 1991	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Internat sans précision de situation mais sources de stress : manque de temps et endettement	Les internes qui n'ont pas de soutien social aidant ont plus de stratégies de coping dysfonctionnelles échappement-évitement. Les femmes utilisent plus le soutien social et la réévaluation positive.
Firth-Cozens et al. (48) 1989	Royaume-Uni	Étude observationnelle transversale	Évènement stressant récent : décès d'un patient, fin de vie d'un patient, interactions avec les supérieurs et les familles de patients ; surcharge de travail, fatigue, mauvaise alimentation.	Affronter la situation, demander de l'aide, relativiser l'évènement, échouer à trouver une stratégie de coping, rejeter l'évènement. Les femmes demandent plus de l'aide que les hommes (non significatif) ; Les internes les plus stressés relatent plus une erreur récente comme évènement (significatif) et plus de rejet de l'évènement (significatif).
Matthews et al. (49) 1988	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	1ère année d'internat	Prendre des vacances/du temps de repos, soutien social avec collègues internes, avec conjoint, compréhension de soi, loisirs, consommation alcool et drogues
Hurwitz et al. (50) 1987	Canada	Étude observationnelle transversale	Charge de travail, fatigue, nombre de gardes	54% auto-apprentissage, 35% demandent conseil à leur conjoint, 30% demandent conseil à leurs collègues, 7% effectuent une psychothérapie avec un professionnel, 6% se tournent vers la religion, 5% consomment de l'alcool, 4% consomment des médicaments sur ordonnance prescrits par un médecin, 2% des médicaments qu'ils se sont prescrits eux-mêmes.
Young (51) 1987	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Internat : charge de travail, manque de temps, responsabilités, isolement social, manque de confiance, manque de soutien, fatigue	Plus de consommation d'alcool chez filles, même quotidien, et plus depuis 2 ans, que les hommes. Plus les problèmes personnels sont sévères plus la consommation d'alcool et le tabagisme sont importants et plus les internes font des efforts alimentaires pour perdre du poids.
Alexander et al. (52) 1985	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Internat	Les internes en 1ère année ont moins de coping « loisirs » et « prendre soin de soi » que les étudiants. En 3e position, prendre soin de soi au lieu de loisirs en 3e année d'internat.
Rudner (53) 1984	Canada	Étude observationnelle transversale	Internat sans situation précise mais facteurs de stress : manque de temps, fatigue, peur de faire des erreurs/manque de confiance en soi.	40% répondent recherche de soutien avec collègues famille et amis. 26% changent leur comportement et ressenti face au facteur de stress, 19% font listes de priorités, gèrent leur temps. 13% expriment colère, pleurs ou sentiment dépressif. 2% consomment alcool.
Blackwell et al. (54) 1984	Etats-Unis	Étude observationnelle transversale	Responsabilités, charge de travail.	Dans la prise de responsabilités : consulter les collègues pour des décisions compliquées, partager les décisions de traitement et à propos de la mort avec le patient et sa famille. Dans la vie privée, ils essayent d'avoir plus de temps avec les autres. Les internes plus avancés partagent plus les décisions à propos de la mort avec les patients et leurs familles. Les internes filles ont une plus grande attente de variété de soutien social provenant de la formation.

Ces 36 articles ont été publiés au cours d'une période de 32 ans, de 1984 à 2016.

Parmi ces 36 études, 10 sont qualitatives.

Dix-neuf études ont été publiées lors de la dernière décennie (entre 2006 et 2016), dont 8 qualitatives. Six études ont été publiées durant la décennie intermédiaire (entre 1996 et 2006), dont 2 qualitatives, et 8 lors des années précédentes, sans aucune qualitative.

Nous observons donc que notre sujet a été trois fois plus étudié durant la dernière décennie que lors de la précédente ; cette décennie la plus récente comprend la plus grande proportion d'études qualitatives.

Situations et facteurs de stress

Le nuage de mots situé à gauche ci-dessous représente les situations stressantes identifiées dans les articles et celui de droite, les facteurs de stress cités. La taille de la police est proportionnelle à la fréquence de chaque situation ou facteur cité dans notre synthèse.



Figure 2 : Situations stressantes

Situations stressantes	Nombre de récurrences total	Nombre de récurrences dans les études qualitatives
Décès	6	2
Interactions supérieurs	3	1
Interactions infirmiers	3	1
Erreur médicale	3	1
Geste technique	2	1
Suicide	2	0
Fin de vie	2	1
Evaluations	1	0
Pandémie	1	0
Cancer	1	1
Interaction famille des patients	1	0
Interactions patient	1	1
Pathologie mentale	1	1
Souffrance patient	1	1
Tâches difficiles	1	0

Figure 3 : Facteurs de stress

Facteurs de stress	Nombre de récurrences total	Nombre de récurrences dans les études qualitatives
Surcharge de travail	10	2
Manque de confiance	3	1
Responsabilités	3	1
Manque de temps	3	0
Manque de soutien	2	2
Isolement social	2	0
Fatigue	2	0
Erosion vision idéale médecine	1	1
Manque de compétences	1	1
Peur de l'erreur médicale	1	0
Endettement	1	
Incertitude	1	1

Les figures 2 et 3 p.31 indiquent les nombres de citations des situations stressantes et facteurs de stress dans les 36 articles de la revue de littérature. Il est à noter que 10 articles sur 36, soit 28%, ne citent ni situation stressante ni facteur de stress et que 19 articles sur 36, soit 53%, ne citent pas de situation stressante.

Situations de stress

La confrontation au décès d'un patient est la situation stressante qui se démarque en nombre d'occurrences dans cette revue de littérature. Cet évènement a été identifié six fois, soit au moins deux fois plus que chacun des autres évènements. Un tiers des articles citant le décès comme situation stressante sont des études qualitatives, ce qui correspond à la proportion d'études qualitatives dans cette revue.

Les interactions avec les supérieurs, les interactions avec les infirmiers et les erreurs médicales sont les situations stressantes citées trois fois chacune, dont une fois dans des études qualitatives. Les gestes techniques, la confrontation au suicide d'un patient et à la fin de vie sont retrouvés comme situations stressantes à deux reprises. Les autres situations stressantes, citées une fois chacune, sont les évaluations (sans préciser s'il s'agissait d'évaluations des connaissances théoriques ou pratiques), un contexte de pandémie, la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, les interactions avec les patients et avec leurs familles, la prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie mentale, la confrontation à la souffrance d'un patient et le fait de devoir effectuer des tâches difficiles.

Facteurs de stress

Le facteur de stress « surcharge de travail » occupe une place majeure dans les articles. Il est cité dix fois au total, soit plus de trois fois plus que les autres facteurs de stress. Le terme regroupe ici [en plus de la notion de charge de travail citée telle quelle] les notions suivantes citées dans les articles : nombre de gardes, temps de travail, nombre d'appels les nuits de garde, contraintes organisationnelles, double rôle médecin et étudiant.

Puis, les trois facteurs de stress les plus retrouvés, à trois reprises chacun, sont le fait de manquer de confiance en soi, les responsabilités, et le manque de temps. Ce dernier facteur n'est pas davantage précisé dans les corps des articles. Les facteurs de stress identifiés à deux reprises sont le manque de soutien, l'isolement social et la fatigue physique.

Les autres facteurs de stress, cités une fois chacun, sont l'érosion d'une vision idéale de la médecine (facteur exprimé par un interne en première année d'internat, dans une étude qualitative), le manque de compétences, la peur de l'erreur médicale, l'endettement (dans une étude américaine) et l'incertitude.

Les stratégies de coping utilisées

La figure 4 (p.34) est constituée des encadrés thématiques regroupant les stratégies de coping extraites des 36 articles retenus. Ces stratégies ont été ordonnées et regroupées afin de constituer des catégories de coping, apparaissant soulignées dans cette figure (coping informatif, évitement, consulter un professionnel etc.). Ces catégories ont, elles aussi, été orientées selon leur signification vers des types de coping les rassemblant, représentés par des encadrés (coping actif, coping passif, recherche de soutien social).

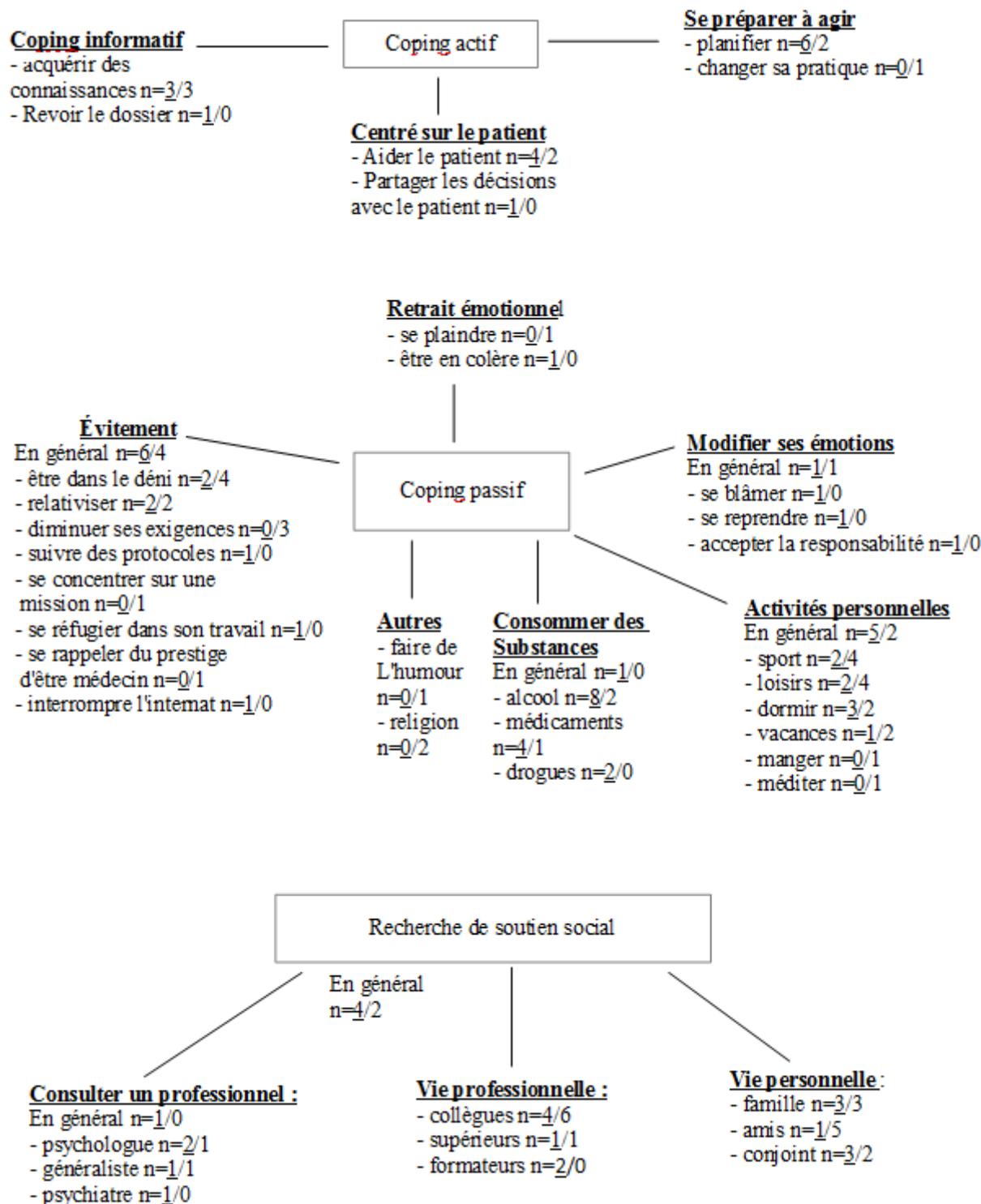


Figure 4 : Stratégies de coping utilisées

Dans cette figure, les chiffres soulignés correspondent aux nombres d'occurrences de chaque stratégie dans les études quantitatives. Les chiffres non soulignés correspondent, eux, aux nombres d'occurrences dans les études qualitatives.

Le type de coping le plus utilisé par les internes dans cette revue de littérature est le coping passif. Des stratégies de coping relevant de cette catégorie sont identifiées à 85 reprises. La deuxième grande catégorie de coping est la recherche de soutien avec 44 occurrences, puis le coping actif avec 23 occurrences.

Les activités personnelles et l'évitement sont les sous-catégories de coping les plus représentées avec 29 et 28 citations. Elles font partie du coping passif. Toujours au sein de ce type de coping, la troisième sous-catégorie retrouvée en termes de fréquence est la consommation de substances (alcool, médicaments et drogues) avec 18 occurrences.

Le fait de rechercher du soutien social auprès de personnes du milieu personnel est cité 17 fois et auprès de personnes du milieu professionnel 14 fois.

Par ordre de fréquence décroissant, on identifie ensuite les sous-catégories de coping appartenant au coping actif : se préparer à agir, se centrer sur le patient et utiliser le coping informatif. La recherche de soutien social en consultant un professionnel (psychologue, généraliste ou psychiatre) est retrouvée à une fréquence identique, 7 fois, à ces deux dernières sous-catégories de coping actif.

Apparaissent ensuite des sous-catégories de coping passif : le retrait émotionnel, la modification des émotions, la religion et faire de l'humour.

Les stratégies de coping les plus citées font donc partie de l'évitement et des activités personnelles. Plusieurs de ces stratégies sont citées en majorité dans des études qualitatives : la proportion d'occurrences dans ce type d'étude est supérieure à deux tiers pour les stratégies suivantes : être dans le déni, relativiser, diminuer ses exigences, faire du sport, avoir des loisirs, dormir, prendre des vacances.

Discussion

Les internes sont confrontés, de part leur statut particulier, à des situations stressantes spécifiques. Les stratégies de coping auxquelles ils ont recours pour faire face à leur stress sont donc également spécifiques. Pourtant, les études réalisées sur ce sujet ne semblent pas prendre en compte cette spécificité. En effet, les auteurs ne précisent pas quelles sont les catégories de coping utilisées dans cette population, ou bien se centrent sur des mesures génériques du coping. Nous avons donc réalisé cette revue de littérature avec l'objectif de recenser et catégoriser les

facteurs de stress durant l'internat, les situations stressantes rencontrées par les internes et les stratégies de coping qu'ils utilisent pour y faire face.

Les stratégies de coping ont été dix fois moins étudiées, en nombre d'articles, chez les internes que chez les étudiants moins avancés dans le cursus. Ces étudiants sont rassemblés dans les CHU à des périodes précises, lors de leurs examens par exemple, ce qui les rend plus accessibles pour être interrogés. Ils sont également novices dans le milieu médical, leur niveau de stress et les stratégies de coping auxquelles ils ont recours ont alors pu davantage susciter l'intérêt des auteurs.

Le nombre d'études traitant des stratégies de coping chez les internes en médecine a été multiplié par trois lors de la dernière décennie, par rapport aux décennies antérieures. La proportion d'études de méthodologie qualitative est également la plus élevée au cours de cette période de 2006 à 2016. Ceci peut s'expliquer par le fait que les chercheurs en santé se sont approprié cette méthode à partir des années 90, depuis que des critères de validité internes et externes lui sont appliqués avec des modalités spécifiques (55). La méthodologie qualitative permet d'explorer les émotions, les comportements, les expériences personnelles, les interactions entre les individus. Elle est donc adaptée à de nombreuses questions de recherche dans le domaine qui nous intéresse. Le développement de cette méthode de recherche a sûrement ainsi permis la multiplication des études portant sur le stress des internes.

Au niveau des situations stressantes rencontrées par les internes, la confrontation au décès d'un patient est la situation stressante qui se démarque en termes de fréquence dans cette revue de littérature. Cet évènement a été identifié six fois, soit au moins deux fois plus que chacun des autres évènements. Un tiers des articles citant le décès comme situation stressante sont des études qualitatives. Il s'agit d'une situation stressante inhérente à une carrière dans le domaine de la santé, face à laquelle les internes seront inexorablement confrontés à plusieurs reprises. Dans leur étude, Lord-Gauthier et al. ont retrouvé que, chez les infirmier(e)s, plus l'infirmier(e) côtoie des patients qui décèdent, moins cette situation de confrontation au décès d'un patient est ressentie comme stressante (56). En amont de ces situations, l'étude de Khot et al. a montré que des formations mensuelles traitant de la fin de vie et du décès des patients avaient apporté un soutien émotionnel aux internes (31). En aval, Eng et al.(21) ont remarqué que des sessions de débriefing ont aidé les internes à réguler leurs émotions.

A propos des situations stressantes nécessitant l'utilisation de stratégies de coping, on observe que 53% des articles ne citent pas de situations stressantes face auxquelles les auteurs évaluent

les stratégies de coping des internes. Les auteurs semblent finalement considérer le stress dans sa globalité. Pourtant, nous avons vu que les situations sont diverses et ont une influence variable tant sur le stress que sur le coping.

Concernant les facteurs de stress durant l'internat de médecine, le facteur de stress « surcharge de travail » occupe une place majeure dans les articles. Le terme regroupe ici, en plus de la notion charge de travail citée telle quelle, les notions de nombre de gardes, temps de travail, nombre d'appels les nuits de garde, contraintes organisationnelles, double rôle médecin et étudiant. La charge de travail est également le facteur majeur d'épuisement professionnel chez les médecins dans l'étude de Cathébras et al.(14). Lorsqu'elle est accrue lors des gardes, elle est associée à davantage de perte de sommeil, à une plus longue durée de décalage et à une probabilité inférieure de présence en cours théorique et en formation chez les internes dans pour Arora et al. en 2008 (57). La charge de travail est également retrouvée comme facteur de stress professionnel chez les infirmier(e)s dans le travail de recherche de Cazabat et al. (58). La prédominance de ce facteur de stress dans notre étude est donc concordante avec ces précédentes recherches. Dans la thèse de Carret (59), une distinction est faite entre charge de travail clinique et administrative. C'est le temps consacré aux charges administratives qui est vécu comme un facteur de stress pour les internes, contrairement au temps clinique. Dans notre étude, cette distinction ne peut être faite. Nous remarquons cependant que le facteur de stress « manque de temps » apparaît à trois reprises et nous pouvons supposer que la charge de travail administrative y contribue.

Quant aux stratégies de coping auxquelles les internes ont recours, nous observons que face à une situation stressante ou au stress de l'internat en général, les stratégies de coping appartenant au coping passif sont majoritaires chez les internes en médecine. Parmi ces stratégies de coping passif, ce sont celles correspondant à de l'évitement qui sont prédominantes. L'évitement est retrouvé, avec l'attaque, dans les stratégies instinctives face à une menace. Cet aspect instinctif, de l'ordre de la fuite — de fait moins coûteuse à mettre en œuvre — peut peut-être expliquer la prédominance de cette stratégie chez les internes. Une autre raison pourrait-être que cette stratégie a des conséquences négatives sur la prise en charge des patients, et qu'elle est donc plus étudiée par les auteurs. L'évitement est étudié dans les études quantitatives et est également cité par les internes interrogés dans toutes les études qualitatives de cette revue. Ceci montre que cette stratégie est identifiée spontanément en tant que stratégie pour faire face à leur stress par les internes. Cette fréquence de citation spontanée de l'évitement n'est donc pas en faveur de l'hypothèse selon laquelle cette stratégie est plus retrouvée car elle est plus étudiée.

Dans les études quantitatives, les stratégies de coping étaient déterminées avant les recueils de données, à travers les questionnaires permettant d'identifier ces stratégies. Or, ces questionnaires sont des outils génériques, évaluant les grandes catégories de coping, sans permettre de les détailler, ni d'étudier de nouvelles stratégies (par essence spécifiques). Par ailleurs, de tels questionnaires n'identifient pas les situations stressantes concernées par les stratégies de coping. Par exemple, la Ways of Coping Checklist (WCC) (60) demande aux internes de décrire leurs réactions face au stress de l'internat en général, sur une période passée donnée. Leurs réponses sont alors catégorisées en coping centré sur le problème, sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social. Face à ce questionnaire, si la situation stressante passée a déjà été réglée par l'interne, les stratégies de coping qu'il a mises en place peuvent ne pas être prises en considération. Les auteurs des questionnaires ont donc considéré que les déterminants du coping étaient dispositionnels et n'ont pas permis de prendre en compte les déterminants situationnels.

Les études qualitatives ont, elles, permis un recueil des stratégies dans des travaux exploratoires. Elles permettent des réponses riches et nuancées des internes et donc probablement plus exhaustives.

Limites

Cette étude n'est pas sans limites. L'algorithme de recherche menant à cette revue de littérature a pris en compte les mots-clés relatifs à la population étudiée et aux stratégies d'ajustement face au stress, à l'adaptation et aux mécanismes de défense. Il ne permettait pas de recenser les articles traitant du stress en général. Or, ces études comportaient peut-être également des données sur les stratégies de coping face au stress, non référencées dans les mots-clés de l'article.

De plus, les recherches pour cette revue ont été effectuées dans trois bases de données. Des articles indexés uniquement sur d'autres bases de données sont donc peut-être manquants dans cette étude.

Les facteurs de stress, situations stressantes et stratégies de coping ont été extraits des 36 articles étudiés. Trente-cinq de ces articles étaient en langue anglaise. Des nuances dans les termes employés ont pu ne pas être prises en compte du fait de la traduction en français.

Les nombres de situations stressantes et de stratégies de coping citées n'étaient pas suffisants pour permettre de réaliser une grille de lecture afin de déterminer si des types de stratégies de coping correspondent à des situations stressantes spécifiques dans cette population.

Conclusion

Les internes sont confrontés à des situations stressantes propres à leur niveau d'étude, de part leur niveau de responsabilité dans la prise en charge des patients et leur statut d'étudiants en formation. Les stratégies de coping qu'ils utilisent pour faire face au stress sont donc également spécifiques à ce statut.

Cette revue de littérature a permis de montrer que ce sujet est de plus en plus étudié au fil du temps, et dans une proportion grandissante à travers des recherches qualitatives. Cette méthodologie permet de retranscrire les nuances des stressors et des différentes stratégies des internes, à la différence des études quantitatives qui utilisent des outils génériques.

Le facteur de stress le plus retrouvé est la surcharge de travail et la situation stressante la plus fréquente est la confrontation au décès d'un patient. L'étude des facteurs de surcharge de travail apparaîtrait donc nécessaire pour diminuer le stress professionnel des internes et ses conséquences néfastes pour leur santé physique et mentale.

Les stratégies pour faire face au stress relevant du coping passif sont majoritaires dans ces articles. Parmi ce coping passif, l'évitement est prédominant. Ces stratégies d'évitement peuvent être délétères pour la prise en charge des patients et la future santé mentale des internes. Des formations à la gestion des situations spécifiques rencontrées par les internes et des séances de débriefing après leur survenue permettraient aux internes d'utiliser des stratégies de coping plus fonctionnelles.

Si dans le futur d'autres articles traitant des stratégies de coping chez les internes sont indexés, le nombre de données pourrait devenir suffisant pour réaliser une grille de lecture afin de déterminer si des types de stratégies de coping correspondent à des situations stressantes spécifiques dans cette population. Ainsi, les situations stressantes évitables et les stratégies de coping dysfonctionnelles modifiables pourraient être identifiées.

Références bibliographiques

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress, coping and appraisal. New York: Springer; 1984.
2. Moisan M-P, Le Moal M. Le stress dans tous ses états. *Med Sci (Paris)*. juin 2012;28(6-7):612-7.
3. Damestoy N, Brouillette L, De Courval LP. Stress and residents' lifestyle. Survey of family medicine residents at McGill University. *Can Fam Physician*. juill 1993;39:1576-80.
4. Sun GR, Saloojee H, Jansen van Rensburg M, Manning D. Stress during internship at three Johannesburg hospitals. *South Afr Med J*. janv 2008;98(1):33-5.
5. Abdulghani HM, Al-harbi MM, Irshad M. Stress and its association with working efficiency of junior doctors during three postgraduate residency training programs. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 10 déc 2015;11:3023-9.
6. Grichy L. Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine: Prévalence, facteurs de risques et prévention : A propos d'une étude nationale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2017.
7. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2016;316(21):2214–2236.
8. Spitz E, Constantini ML, Baumann M. Détresse psychologique et stratégies de coping des étudiants en première année universitaire. *Rev Francoph Stress Trauma*. 2007;7(3):215–225.
9. Tyrrell J, Smith H. Levels of psychological distress among occupational therapy students. *Br J Occup Ther*. 1996;59(8):365–371.
10. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J Clin Res Ed*. 1986;292(6529):1177–1180.

11. Nerdrum P, Rustøen T, Rønnestad MH. Student psychological distress: a psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. *Scand J Educ Res.* 2006;50(1):95–109.
12. Al-Dabal BK, Koura MR, Rasheed P, Al-Sowielem L, Makki SM. A Comparative Study of Perceived Stress among Female Medical and Non-Medical University Students in Dammam, Saudi Arabia. *Sultan Qaboos Univ Med J.* août 2010;10(2):231-40.
13. Réveillère C, Nandrino J., Saily F, Mercier C, Moreel V. Étude des tracas quotidiens des étudiants : liens avec la santé perçue. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juill 2001;159(6):460-5.
14. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale.* 1 déc 2004;33(22):1569-74.
15. Isaksson Ro KE, Tyssen R, Hoffart A, Sexton H, Aasland OG, Gude T. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health.* 27 avr 2010;10:213.
16. McCrae RR, Costa PT. Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *J Pers.* juin 1986;54(2):385-404.
17. McCrae RR. Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *J Pers Soc Psychol.* 1984;46(4):919-28.
18. Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process.* New York, NY, US: McGraw-Hill; 1966.
19. Hoonpongsimanont W, Murphy M, Kim CH, Nasir D, Compton S. Emergency medicine resident well-being: stress and satisfaction. *Occup Med Oxf Engl.* janv 2014;64(1):45-8.
20. Kuhlmann SM, Huss M, Bürger A, Hammerle F. Coping with stress in medical students: results of a randomized controlled trial using a mindfulness-based stress prevention training (MediMind) in Germany. *BMC Med Educ.* 28 déc 2016;16:316.

21. Eng J, Schulman E, Jhanwar SM, Shah MK. Patient Death Debriefing Sessions to Support Residents' Emotional Reactions to Patient Deaths. *J Grad Med Educ.* sept 2015;7(3):430-6.
22. Liu C-H, Tang W-R, Weng W-H, Lin Y-H, Chen C-Y. The process of coping with stress by Taiwanese medical interns: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 12 janv 2016;16:10.
23. Doulougeri K, Panagopoulou E, Montgomery A. (How) do medical students regulate their emotions? *BMC Med Educ.* 12 déc 2016;16(1):312.
24. Picard J, Catu-Pinault A, Boujut E, Botella M, Jaury P, Zenasni F. Burnout, empathy and their relationships: A qualitative study with residents in General Medicine. *Psychol Health Med.* avr 2016;21(3):354-61.
25. Spataro BM, Tilstra SA, Rubio DM, McNeil MA. The Toxicity of Self-Blame: Sex Differences in Burnout and Coping in Internal Medicine Trainees. *J Womens Health.* nov 2016;25(11):1147-52.
26. Hampton E, Richardson JE, Bostwick S, Ward MJ, Green C. The current and ideal state of mental health training: Pediatric resident perspectives. *Teach Learn Med.* avr 2015;27(2):147-54.
27. Hurst C, Kahan D, Ruetalo M, Edwards S. A year in transition: a qualitative study examining the trajectory of first year residents' well-being. *BMC Med Educ.* 10 juill 2013;13:96.
28. Prabhakar D, Balon R, Anzia JM, Gabbard GO, Lomax JW, Bandstra BS, et al. Helping psychiatry residents cope with patient suicide. *Acad Psychiatry.* oct 2014;38(5):593-7.
29. Salamati P, Emadi Koochak H, Dabiran S, Sadat Sabzevary M, Naderan M, Eghbali A. Attitudes, concerns, perceived impact and coping strategies for avian influenza among the first year medical students and interns in Tehran University of Medical Sciences. *Acta Med Iran.* 2012;50(9):641-7.
30. Grebot E, Berjot S, Lesage F-X, Dovero M. Schémas précoces inadaptés, activisme professionnel et épuisement professionnel chez des internes en médecine. *J Thérapie Comport Cogn.* juin 2011;21(2):43-52.

31. Khot S, Billings M, Owens D, Longstreth WT. Coping with death and dying on a neurology inpatient service: death rounds as an educational initiative for residents. *Arch Neurol.* 2011;68(11):1395–1397.
32. Satterfield JM, Becerra C. Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups. *Med Educ.* sept 2010;44(9):908-16.
33. Haoka T, Sasahara S, Tomotsune Y, Yoshino S, Maeno T, Matsuzaki I. The effect of stress-related factors on mental health status among resident doctors in Japan. *Med Educ.* août 2010;44(8):826-34.
34. Lam TP, Wong JGWS, Ip MSM, Lam KF, Pang SL. Psychological well-being of interns in Hong Kong: what causes them stress and what helps them. *Med Teach.* 2010;32(3):120-6.
35. Lerner U, Brooks K, McNiel DE, Cramer RJ, Haller E. Coping with a patient's suicide: a curriculum for psychiatry residency training programs. *Acad Psychiatry.* 2012;36(1):29–33.
36. Kasi PM, Khawar T, Khan FH, Kiani JG, Khan UZ, Khan HM, et al. Studying the association between postgraduate trainees' work hours, stress and the use of maladaptive coping strategies. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* sept 2007;19(3):37-41.
37. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med.* janv 2006;81(1):86-93.
38. Earle L, Kelly L. Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Can Fam Physician.* févr 2005;51:242-3.
39. Boulé R, Girard G. Residency in family medicine: problems and solutions. *Can Fam Physician.* avr 2003;49:472-82.
40. Neimeyer GJ, Behnke M, Reiss J. Constructs and coping: Physicians' responses to patient death. *Death Educ.* 1983;7(2-3):245–264.

41. Tyssen R, Vaglum P, Grønvold NT, Ekeberg Ø. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ.* févr 2001;35(2):110-20.
42. Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor-patient communication: A study of junior house officers. *Med Educ.* janv 1997;31(1):17-21.
43. Robert G, Hockey J, Payne RL, Rick JT. Intra-individual patterns of hormonal and affective adaptation to work demands: an n= 2 study of junior doctors. *Biol Psychol.* 1996;42(3):393–411.
44. Ferguson KB, Drotar D. Coping styles and health-related behaviors in pediatric and internal medicine house staff: The role of personality styles, gender, and year in training. *J Dev Behav Pediatr.* 1994;
45. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. How house officers cope with their mistakes. *West J Med.* nov 1993;159(5):565-9.
46. McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med.* nov 1991;151(11):2273-7.
47. Archer LR, Keever RR, Gordon RA, Archer RP. The relationship between residents' characteristics, their stress experiences, and their psychosocial adjustment at one medical school. *Acad Med.* 1991;
48. Firth-Cozens J, Morrison LA. Sources of stress and ways of coping in junior house officers. *Stress Med.* avr 1989;5(2):121-6.
49. Matthews DA, Classen DC, Willms JL, Cotton JP. A program to help interns cope with stresses in an internal medicine residency. *J Med Educ.* 1988;63(7):539–547.
50. Hurwitz TA, Beiser M, Nichol H, Patrick L. Impaired interns and residents. *Can J Psychiatry.* avr 1987;32(3):165-9.
51. Young EH. Relationship of residents' emotional problems, coping behaviors, and gender. *J Med Educ.* août 1987;62(8):642-50.

52. Alexander D, Monk JS, Jonas AP. Occupational stress, personal strain, and coping among residents and faculty members. *J Med Educ.* nov 1985;60(11):830-9.
53. Rudner HL. Stress and coping mechanisms in a group of family practice residents. *J Med Educ.* juill 1985;60(7):564-6.
54. Blackwell B, Gutmann MC, Jewell KE. Role adoption in residency training. *Gen Hosp Psychiatry.* oct 1984;6(4):280-8.
55. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84(19):142–5.
56. Lord-Gauthier J, de Montigny F, Bouchard S. Le stress au travail. Savoir y faire face. *Perspect Infirm.* 2016;13(5):21–25.
57. Arora VM, Georgitis E, Siddique J, Vekhter B, Woodruff JN, Humphrey HJ, et al. Association de la charge de travail des internes de garde en médecine avec la durée de sommeil pendant les gardes, la durée du service, et la participation à des activités éducatives. *JAMA-Fr.* 2008 ;300(10) :1146.
58. Cazabat S, Barthe B, Cascino N. Charge de travail et stress professionnel : deux facettes d'une même réalité ? Étude exploratoire dans un service de gériatrie. *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé* [En ligne]. 1 mai 2008 [Consulté le 12 août 2018] ;(10-1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/2159>
59. Carret V. Environnement professionnel et troubles du comportement alimentaire au cours de l'internat de Médecine Générale en Aquitaine [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux ; 2018.
60. Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivar Behav Res.* 1985;20(1):3–26.

V. Les catégories et l'évolution des stratégies de coping des internes en médecine générale au cours des trois années du Diplôme d'Etudes Spécialisées : Exploitation des données de l'étude Intern'life.

Introduction

En France, les internes sont les étudiants en médecine au-delà de la sixième année de leur cursus. Ils ont obtenu un concours en fin de première année, ont ensuite accumulé des connaissances théoriques et découvert l'hôpital dans un rôle d'observateur en deuxième et troisième année, puis ils ont été externes en médecine de la quatrième à la sixième année. La succession de ces différentes périodes est retrouvée également dans les cursus médicaux à l'étranger.

Après avoir assimilé durant trois années le programme de l'Examen Classant National (ECN), l'externe passe l'examen en fin de sixième année et se voit attribuer un rang dans le classement national des externes, futurs internes (1).

L'externe choisit alors la spécialité qu'il exercera, parmi celles disponibles à son rang, ainsi que son Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Les stages d'une durée de six mois chacun du futur médecin généraliste ont lieu dans des services de « médecine adulte », aux urgences, en pédiatrie ou gynécologie et en cabinet de médecine générale (2).

Lors des stages hospitaliers, l'interne doit également assurer plusieurs gardes de nuit par mois aux urgences, à la suite de sa journée dans son service, ou bien pendant vingt heures le samedi ou vingt-quatre heures le dimanche. En France, depuis 2002, il a alors droit à un repos de sécurité le lendemain (3).

Le rôle de l'étudiant en médecine, dès son premier jour d'internat, dans son service et aux urgences, est de prendre en charge ses patients, en réalisant leur examen clinique, en leur prescrivant les examens complémentaires, d'imagerie et de biologie nécessaires, ainsi que les thérapeutiques adéquates, avec l'aide des médecins diplômés.

Un contexte professionnel propice au stress

Cette autonomie soudaine dans la prise en charge des patients amène l'interne à vivre des situations stressantes spécifiques à sa profession (4). La succession des journées de travail dans les services hospitaliers et des gardes de nuit aux urgences entraîne une fatigue physique, facteur de stress s'ajoutant à l'autonomisation. Le temps de transport entre le domicile de l'interne et son lieu de stage varie tous les six mois et peut être important s'il ne peut déménager. En effet, mis à part l'un d'entre eux qui se déroule au CHU, les autres stages ont lieu dans des centres hospitaliers de la région, parfois éloignés de plusieurs dizaines de kilomètres. Ce temps de transport participe également à la fatigue physique de l'interne.

Le nombre d'heures travaillées hebdomadaires et le nombre de gardes mensuelles sont également des facteurs de fatigue physique et de stress. Lourel et al. (5) expliquent ainsi que l'augmentation des effets négatifs de la « vie au travail » sur la « vie privée » engendre une augmentation du niveau de stress perçu.

Pour obtenir la spécialité médecine générale, les internes doivent effectuer des stages dans des services relevant de différentes spécialités. Chacun de ces types de stage peut engendrer des situations stressantes de nature, d'intensités et de durées variables, au regard de la gravité des cas rencontrés, des périodes de transition, de suractivité ou parfois d'isolement géographique.

A ce titre, le type de stage constitue un facteur de stress et engendre différents niveaux de stress, non seulement selon les pathologies rencontrées, mais aussi selon la disponibilité des médecins encadrants, des collègues internes ainsi que des équipes paramédicales sur place. De sorte que, la satisfaction d'un stage donné pour chaque interne est elle-même variable et influence en retour le stress perçu par chaque interne.

Dans leur étude, Roger et al. ont en effet montré que des conditions de travail difficiles ou pénibles peuvent accentuer un sentiment d'insatisfaction et constituer un facteur supplémentaire de stress (6). Chez les médecins généralistes du Royaume-Uni, Sutherland et al. (7) ont identifié des stressseurs tels que les exigences liées au travail, les attentes des patients ou l'interférence avec la vie familiale ; stressseurs favorisant une insatisfaction au travail. Blais et al. (8) ont également étudié que la satisfaction au travail influence la satisfaction globale de vie qui influe à son tour sur le niveau de détresse psychologique.

Vers un faire-face de l'interne ?

Comme tous les individus amenés à faire face aux situations stressantes et réguler leur stress, les internes recourent à des stratégies de coping. Ces stratégies peuvent être regroupées en trois entités : stratégies centrées sur l'émotion, stratégies centrées sur le problème et recherche de soutien social (9).

Au niveau émotionnel, les internes peuvent ainsi chercher à se reconforter, relativiser, ou diminuer leurs exigences face à la situation. Ils peuvent aussi manifester de l'évitement, à travers la réalisation de tâches distractives (regarder la télévision), et toute forme d'activité personnelle visant à occulter la situation de stress (faire du sport, partir en vacances, etc.).

Les internes recourent également à des stratégies davantage actives, centrées sur le problème, qui ciblent cette fois-ci le stresser frontalement. Parmi ces stratégies, les internes peuvent se former, acquérir de nouvelles connaissances pour faire face, ou encore s'organiser de manière plus optimale (par exemple, en planifiant leurs actions).

Enfin, la recherche de soutien social se caractérise par une posture de l'interne à faire face, non plus seuls, mais par l'entremise d'une tierce personne (par exemple, un collègue, un ami, un membre de la famille, ou le conjoint) susceptible de les soutenir sur le plan informatif, matériel, émotionnel ou d'estime (10). Ainsi, la disponibilité des collègues et proches peut influencer la stratégie de coping consistant à rechercher du soutien social. Le fait d'avoir un conjoint et de vivre avec pourrait donc permettre à l'interne de se confier facilement lorsqu'il est confronté à une situation stressante (11).

L'internat de médecine générale se déroulant sur trois années, l'interne au début inexpérimenté acquiert au fil des stages des connaissances et compétences. On peut dès lors supposer que les stratégies de coping qu'il utilise pour faire face à des situations stressantes non seulement se calibrent de sorte que l'interne puisse s'adapter à la situation spécifique de l'internat, mais se spécialisent en même temps que lui au gré de ses avancées dans le cursus, devenant ainsi spécifiques.

Objectif

Notre question de recherche est donc : comment évoluent les stratégies de coping des internes de médecine générale au cours de l'internat ? L'objectif principal est d'évaluer dans quelle mesure les stratégies de coping des internes en médecine évoluent avec le temps, et l'objectif secondaire est de déterminer les facteurs susceptibles de prédire cette évolution.

Nous faisons l'hypothèse que les niveaux de stress, erratiques dans les premières années du cursus — c'est-à-dire, signe d'un coping inadapté, lui-même instable — se lisseront avec l'expérience et l'avancée dans le cursus.

Matériel et Méthodes

Ce travail se base sur une exploitation des données de l'étude Intern'life. Il s'agit d'une étude prospective de suivi de cohorte, qui s'intéresse à la qualité de vie des internes en médecine générale (d'abord en Ile-de-France, avant que le projet — et donc le recrutement — ne soient étendus à la région bordelaise). L'objectif d'Intern'life est plus précisément de décrire la prévalence de certaines pathologies chez les internes à certaines étapes clefs de leur parcours. Parmi les questions posées, plusieurs domaines tels que le syndrome d'épuisement professionnel, la symptomatologie dépressive, les addictions, les troubles du comportement alimentaire, le stress perçu, l'empathie, et les stratégies de coping sont investigués.

Des travaux de thèses ont été réalisés à partir des recueils de données sur les premiers dix-huit mois de l'étude. Belaube a étudié l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs et leur corrélation (12). Roux et Paultre ont étudié le stress perçu et l'empathie (13). Poissant a étudié les relations entre le genre, le stress, les stratégies de coping et la consommation d'alcool (14). Une thèse a été réalisée à partir des trois années de recueil de données, il s'agit de celle de Carret (15), étudiant l'environnement professionnel et les troubles du comportement alimentaire (TCA).

Population

La promotion d'internes de médecine générale de la Faculté de Médecine de Bordeaux de 2013 à 2016 comportait 263 internes. Parmi eux, 201 ont pris part à l'étude prospective de suivi de cohorte Intern'life. Ils ont tout d'abord reçu un formulaire de consentement leur présentant l'étude.

Puis, un questionnaire leur a été envoyé à T0 (c'est-à-dire avant de débiter leur internat en octobre 2013), puis à raison d'une fois par semestre en fin de semestre, depuis le premier semestre en avril 2014 (T1), jusqu'au sixième en octobre 2016 (T6).

L'échantillon n'étant pas constitué des mêmes participants à chaque temps de passation (certains ayant intégré la cohorte en cours de recherche, et d'autres n'ayant pas participé à tous les temps), nous avons choisi d'étudier plus particulièrement les réponses aux temps T1, T3 et T6, pour des raisons à la fois méthodologiques, — l'analyse de ces trois temps permettant une évaluation longitudinale des réponses au début, au milieu et à la fin de l'internat —, et statistique, — l'attrition étant minimisée à ces trois temps.

Les internes n'ayant pas donné leur consentement ont été exclus de l'échantillon.

Procédure

L'étude Intern'life a été réalisée en 2012 par l'Université Paris Descartes, avec pour objectif de prédire certaines pathologies et critères de bien-être : épuisement professionnel, symptomatologie dépressive, addictions, TCA, stress perçu, empathie, stratégies de coping. L'étude s'est étendue à la faculté de médecine de Bordeaux, en 2013. Ce projet a reçu les avis favorables du Comité de Protection des Personnes CPP (n° 00001072) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés CNIL (n° d'enregistrement 1659802). L'étude était présentée aux internes tous les six mois en amphithéâtre, lors de la réunion de choix de leur prochain stage. Puis le lien pour accéder aux questionnaires en ligne leur était remis, toujours lors de cette réunion, qui a lieu un mois avant le changement de stage. Les internes avaient un délai de six semaines pour remplir le questionnaire après la date de mise en ligne. Celui-ci comportait une première partie rassemblant les données sociodémographiques puis une seconde partie composée de tests évaluant l'épuisement professionnel, le stress perçu, les TCA, l'empathie, les stratégies de coping utilisées.

Outils

Le *stress perçu* a été évalué à l'aide du PSS-4, version abrégée de l'échelle PSS-14 (16). Ce questionnaire permet l'obtention d'un score traduisant la tendance de l'individu à percevoir son environnement comme menaçant et non contrôlable. Il était demandé à l'interne d'indiquer si les 4 sensations citées dans les 4 items correspondaient à leurs sensations et pensées pendant le mois précédent. L'interne indiquait à quelle fréquence il avait ressenti chacune de ces

sensations, selon une échelle de Likert en 5 graduations : jamais, presque jamais, parfois, souvent, très souvent.

La *satisfaction du stage* était, quant à elle, évaluée par une note globale de 0 à 10 donnée par l'interne, 10 représentant une satisfaction totale.

Les *stratégies de coping* ont été évaluées avec la version française de la WCC (Ways of Coping Checklist). Cette échelle a été élaborée par Vitaliano et al. (17) et sa version française a été validée en 1996 par Cousson et al. (18). Ce questionnaire comprend 27 items mesurant le coping centré sur le problème (10 items), le coping centré sur l'émotion (9 items), et la recherche de soutien social (8 items). Il était demandé aux participants d'exprimer leur degré d'accord sur une échelle de Likert en 4 points concernant différentes réactions qu'ils étaient susceptibles d'avoir eues durant ces trois derniers mois pour faire face à une situation stressante.

Après chaque test WCC d'évaluation des coping, le questionnaire proposait aux internes de citer librement d'autres stratégies qu'ils auraient utilisées pour faire face aux situations stressantes de l'internat.

Traitement des données

Nous présenterons tout d'abord une analyse descriptive avec un tableau détaillant les caractéristiques de la population des internes ayant répondu à l'intégralité des questionnaires à T1, T3 et T6, puis un graphique illustrant l'évolution de leurs stratégies de coping au cours du temps.

Dans une seconde phase, inférentielle, nous mettrons à l'épreuve des faits l'hypothèse selon laquelle les scores de coping évoluent avec le temps. Nous recourrons pour ce faire à des analyses de variance (ANOVA) à mesures répétées.

L'analyse des facteurs susceptibles de prédire l'utilisation de chaque stratégie de coping sera quant à elle testée à travers différents modèles de régression linéaire rapportant la significativité (p-valeur) et l'importance (coefficient β) de chaque effet.

Enfin, les données textuelles de la question libre sur le coping donneront lieu à une analyse qualitative thématique. Les propos recueillis — et plus précisément l'idée qu'ils renferment — seront classés de manière inductive puis catégorisés avant d'être synthétisés sous la forme d'un tableau thématique.

Résultats

La promotion 2013-2016 comportait 263 internes parmi lesquels 201 ont participé à l'étude. Sur cet échantillon, 12 seulement ont répondu à l'ensemble des cinq questionnaires (T1, T2, T3, T4 et T6, l'évaluation du coping n'étant pas incluse dans l'étude à T5), soit 6.0%. Le rapport coût-bénéfice entre le nombre de temps de mesures et la perte de répondants au cours du temps était effectivement plus satisfaisant lorsque l'on considérait les temps T1, T3 et T6, où l'attrition était la moins élevée (n=23).

Le tableau I présente les caractéristiques de ces 23 internes à avoir répondu à T1, T3 et T6 et dont nous pouvons suivre l'évolution des réponses aux questionnaires au cours de leur internat.

Tableau I : caractéristiques de la population

Occasion	T1	T3	T6
	n (%)	n (%)	n (%)
Statut marital : En couple vivant ensemble	6 (27%)	10 (43.5%)	8 (34.5%)
En couple vivant séparé	4 (17%)	3 (13%)	5 (22%)
Célibataire	13 (56%)	10 (43.5%)	10 (43.5%)
Type de stage : Libre	3 (13%)	13 (56%)	10 (43.5%)
Médecine adulte	14 (61%)	3 (13%)	2 (9%)
Pédiatrie gynécologie	1 (4%)	1(4%)	10 (43.5%)
Urgences	5 (22%)	6 (27%)	1 (4%)
	μ (SD)	μ (SD)	μ (SD)
Satisfaction du stage sur 10 (SD)	7.6 (1.9)	7.9 (1.6)	7 (1.7)
Nombre d'heures hebdomadaires (SD)	52 (114)	47 (11.4)	50 (10)
Nombre de gardes mensuelles (SD)	2.5 (0.9)	2 (2.3)	2.7 (2)
Temps de trajet en minutes (SD)	34 (42)	48 (45)	35 (44)
Niveau de stress perçu (selon PSS4, sur 10) (SD)	12.3 (1.3)	11.9 (1)	12 (1)

La proportion de femmes répondant à T1, T3 et T6 est de 83% et est plus élevée que la proportion de femmes dans la promotion totale d'internes (64%). La proportion d'internes célibataires diminue avec le temps de 56 à 43.5% dans cet échantillon. Les internes sont majoritairement en stage dans des services de « médecine adulte » à T1 (61%), et en stage libre à T3 (56%). A T6, 10 internes de notre échantillon sont en stage libre et 10 sont en pédiatrie ou gynécologie (soit deux fois 43,5%).

La satisfaction du stage et le niveau de stress perçu restent stables et élevés à tous les temps (7.6, 7.9 et 7 sur 10 pour la satisfaction ; 12.3, 11.9 et 12 sur 16 pour le stress).

Le nombre d'heures hebdomadaires est élevé entre 47 et 52.

Le nombre de gardes mensuelles moyen est de 2.5 à T1, 2 à T3 et 2.7 à T6. Le temps de trajet moyen du domicile au stage est de 34 minutes à T1, 48 minutes à T3 et 35 minutes à T6.

Evolution du coping au cours de l'internat

Analyses descriptives

La figure 1 ci-dessous représente l'évolution des moyennes des scores au WCC des 23 internes, ainsi que, par comparaison, celle des 12 internes à avoir répondu à l'ensemble des 5 occasions de mesures. Afin d'observer les tendances des types de coping dans la population de l'étude, nous y joignons également le graphique représentant les niveaux de chaque type de stratégies de coping chez tous les répondants, à chaque temps.

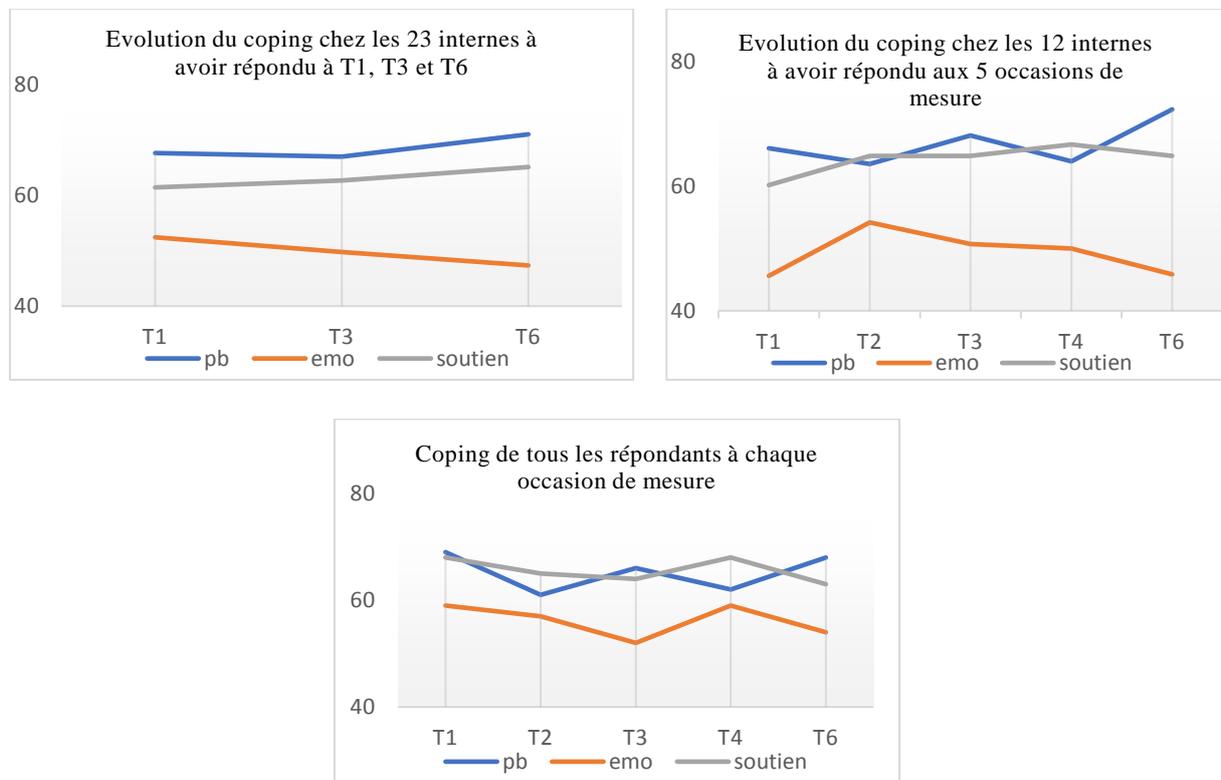


Figure 1 : Evolution des stratégies de coping

pb : stratégies de coping centrées sur le problème

emo : stratégies de coping centrées sur l'émotion

soutien : recherche de soutien social

Lorsque l'on considère les 5 temps de réponses (N=12), plus les internes utilisent un coping sur le problème, moins ils semblent recourir au coping émotionnel. Les courbes de la recherche de soutien social et des stratégies de coping centrées sur l'émotion paraissent évoluer en regard l'une de l'autre, de façon parallèle. Leur pattern s'oppose par ailleurs à celui du coping centré sur le problème, mettant à peu de choses près en évidence des fluctuations en miroir. Toutefois, à regarder l'échelle de plus près, on remarque que l'écart entre les scores n'est somme toute pas important.

Si l'on considère maintenant uniquement les temps T1, T3 et T6 (N=23), les variations du coping apparaissent davantage lissées, et iraient plutôt dans le sens d'une stabilité du coping dans le temps. Les 23 internes semblent utiliser davantage les stratégies centrées sur le problème, puis la recherche de soutien, puis les stratégies centrées sur l'émotion, au début de l'internat, au milieu comme à la fin.

Nous observons qu'ils ont légèrement moins recours aux stratégies centrées sur le problème en milieu d'internat qu'au début, puis qu'ils y ont plus recours en fin d'internat. Le recours à la recherche de soutien paraît quant à lui augmenter faiblement tandis que l'utilisation du coping centré sur l'émotion paraît diminuer au fur et à mesure de l'avancée des internes dans le cursus.

Lorsque l'on considère les niveaux de coping chez tous les répondants à chaque temps, donc sans apparier les données (94 répondants à T1, 67 à T2, 47 à T3, 30 à T4, 86 à T6), on remarque, comme pour les 12 internes à avoir répondu à tous les temps, une évolution parallèle des courbes de la recherche de soutien social et des stratégies de coping centrées sur l'émotion, avec un effet de pic de ces deux types de coping à T4. Ces courbes fluctuent également en miroir par rapport à celle du coping sur le problème. Le recours à cette stratégie semble notamment augmenter entre T2 et T3 puis diminuer entre T3 et T4, à l'inverse du recours au coping sur l'émotion et à la recherche de soutien.

Analyses inférentielles

Le Tableau II présente la moyenne des scores au WCC chez les 23 internes à T1, T3 et T6 ainsi que la p-valeur des ANOVA à mesures répétées.

Tableau II : Analyse de la moyenne des scores sur 100 chez les 23 internes à T1, T3 et T6

Type de coping	T1	T3	T6	p
Coping centré sur le problème	67.6	67	71	0.43
Coping centré sur l'émotion	52.4	49.8	47.3	0.46
Recherche de soutien social	61.4	62.6	65	0.63

Les moyennes aux questionnaires WCC évaluant les stratégies de coping centré sur le problème semblent rester stables entre ces trois temps et semblent plus élevées que celles évaluant la recherche de soutien et le coping centré sur l'émotion, conformément à ce que nous observions sur la figure 1. Les scores du coping centré sur l'émotion semblent diminuer entre T1 et T3 et entre T3 et T6, les internes auraient donc de moins en moins recours à ce coping au fur et à mesure de leur avancée dans l'internat. Les moyennes concernant la recherche de soutien semblent quant à elles augmenter entre le début et le milieu de l'internat, ainsi que jusqu'à la fin de l'internat.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative dans l'évolution des moyennes de chaque type de coping au cours du temps. Notre hypothèse sur l'évolution des scores de coping au fil des années d'internat n'est donc pas vérifiée.

Le tableau III présente l'analyse des facteurs susceptibles de prédire l'utilisation de chaque stratégie de coping. Les facteurs ont été mesurés à T1 et l'utilisation de chaque stratégie de mesure a été mesurée à T1, T3 et T6. Ce tableau rapporte la significativité (p-valeur) et l'importance (coefficient β) de chaque effet.

Tableau III : Les prédicteurs potentiels de l'évolution du coping

	Coping sur le problème			Coping sur l'émotion			Recherche de soutien		
	T1	T3	T6	T1	T3	T6	T1	T3	T6
	β	β	β	β	β	β	β	β	β
	p	p	p	p	p	p	p	p	p
Statut marital : Entre EVE et C	-0.01 0.97	-0.45 0.23	-0.24 0.30	-0.08 0.68	-0.63 0.09	-0.39 0.10	-0.02 0.93	-0.54 0.15	-0.04 0.84
Entre EVS et C	0.09 0.68	-0.27 0.44	-0.27 0.35	-0.26 0.22	-0.22 0.52	-0.31 0.28	-0.06 0.79	-0.17 0.63	-0.47 0.10
Type de stage : Entre MA et SL	-0.22 0.20	-0.09 0.82	-0.13 0.63	-0.38 0.02	-0.08 0.83	-0.17 0.52	-0.44 0.006	-0.23 0.54	0.50 0.17
Entre PG et SL	-0.86 0.26	0.94 0.37	0.05 0.96	-0.94 0.2	0.36 0.73	0.69 0.41	-1.92 0.007	1.35 0.18	0.65 0.44
Entre U et SL	-0.51 0.13	-0.14 0.80	0.13 0.75	-1 0.002	-0.32 0.55	-0.31 0.46	0.94 0.003	0.38 0.46	0.31 0.46
Satisfaction du stage	0.19 0.07	0.1 0.58	0.18 0.19	-0.12 0.25	-0.18 0.3	-0.18 0.18	0.09 0.39	0.04 0.80	0.22 0.11
Nombre d'heures hebdomadaires	-0.08 0.42	-0.04 0.79	0.17 0.21	-0.03 0.72	0.16 0.35	-0.07 0.59	-0.04 0.66	-0.10 0.55	-0.05 0.69
Nombres de gardes mensuelles	0.18 0.09	0.23 0.19	0.32 0.016	-0.14 0.18	0.24 0.16	0.03 0.81	-0.02 0.82	0.18 0.29	0.01 0.95
Temps de trajet	-0.10 0.31	-0.33 0.051	-0.21 0.13	0.003 0.98	-0.19 0.28	-0.21 0.12	-0.05 0.64	-0.28 0.10	-0.21 0.12
Stress perçu selon PSS4	0.11 0.29	-0.16 0.37	0.03 0.82	0.17 0.11	-0.23 0.2	-0.12 0.40	0.16 0.14	-0.11 0.54	0.07 0.64

PG : Pédiatrie/Gynécologie, EVE : En couple Vivant Ensemble, EVS : En couple Vivant Séparément, A : médecine Adulte, U : Urgences, SL : Stage Libre

Concernant les prédicteurs potentiels de l'évolution du coping, les analyses de régressions mettent en évidence que :

- Plus le nombre de gardes mensuelles à T1 est élevé, plus le niveau de coping sur le problème à T6 est élevé.
- A T1, les internes en stage libre utilisent plus le coping sur l'émotion et la recherche de soutien que les internes en stage en « médecine adulte » et aux urgences. Ils utilisent également plus la recherche de soutien que les internes en stage dans des services de pédiatrie et de gynécologie.

Analyse qualitative

Le Tableau IV synthétise les résultats de l'analyse thématique portant sur l'évaluation du coping et réalisée sur les temps T1, T2, T3, T4 et T6 (l'évaluation du coping n'étant pas proposée à T5).

Tableau IV : analyse qualitative

		T1	T2	T3	T4	T6
	<u>Nombre de participants</u>	94	67	47	30	86
coping actif	<u>Coping informatif</u>	Rechercher dans la littérature n=1				
coping passif	<u>Evitement</u>	Relativiser n=1	Relativiser n=1, Penser à une reconversion n=1		Relativiser n=1, Diminuer ses exigences n=1	
	<u>Activités personnelles</u>	Sport n=5 Loisirs n=1 Soirées n=3 Relaxation n=2, Manger n=1,	Sport n=3 Loisirs n=1 Soirées n=1 Dormir n=1 S'aérer n=1	Manger n=1	Relaxation n=3 Dormir n=1 Loisirs n=1	Sport n=3, Loisirs n=1 Sorties entre amis n=1
	<u>Consommer des substances</u>					Tabac n=1 alcool n=1
	<u>Autres</u>	Bouddhisme n=1	Bouddhisme n=1			
recherche de soutien social	<u>Vie personnelle</u>		Amis n=1			Famille n=1
	<u>Consulter un professionnel</u>		Thérapie avec psychiatre n=1			Psychothérapie n=1

Une dizaine de participants seulement a répondu à cette question libre à chaque temps, soit 17% de participation en moyenne (sauf à T3 où un seul interne a répondu).

Ce tableau nous montre que 44 réponses au total (ou occurrences) ont été apportées par les internes. Trente-neuf d'entre elles, soit 89%, concernent le coping passif, 4 soit 9%, font partie de la recherche de soutien social et une seule, soit 2%, appartient au registre du coping actif (« rechercher dans la littérature » à T1).

A chaque temps, ce sont effectivement les stratégies appartenant au coping passif qui ont été le plus évoquées. « Faire du sport » est la stratégie la plus citée avec 11 occurrences totales, soit 25% de l'ensemble des réponses. La deuxième plus importante fréquence est de 5 occurrences et concerne le fait de « faire des soirées, sortir entre amis » et la pratique de la relaxation. Puis, par ordre de fréquence décroissante, on retrouve les loisirs (n=4) et dormir (n=3), qui sont des activités personnelles, et la stratégie de relativiser (n=3), faisant partie de l'évitement. L'activité « manger » ainsi que la pratique du bouddhisme sont quant à elles citées à deux reprises.

Les stratégies relevant de la recherche de soutien social sont retrouvées à T2, où sont relatés la recherche de soutien auprès d'amis et le suivi d'une thérapie avec un psychiatre, ainsi qu'à T6, où un interne témoigne avoir recherché du soutien auprès de sa famille et un autre avoir suivi une psychothérapie.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer dans quelle mesure les stratégies de coping des internes évoluent avec le temps. Pour cela, une exploitation des données de l'étude Intern'life a été réalisée. Il s'agit d'une étude prospective de suivi de cohorte, dont la population était ici constituée d'une promotion d'internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux.

Les trois catégories de stratégies de coping que sont le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion et la recherche de soutien social, étaient évaluées à la fin de chaque semestre d'internat (sauf au cinquième semestre où cette évaluation n'a pas été proposée).

Vingt-trois internes ont répondu à la fin de leur premier semestre (T1), à la fin de leur troisième semestre (T3) et à la fin de leur sixième et dernier semestre (T6).

L'analyse statistique des moyennes de leurs réponses concernant chaque catégorie de coping ne retrouve pas de différence significative d'évolution de ces stratégies au cours du temps.

Dans leur étude, Ferguson et al. n'avaient pas montré non plus de différence de stratégies de coping en fonction des années d'internat (19).

Il semble donc que chacune des trois catégories de stratégie de coping, coping sur le problème, coping sur l'émotion et recherche de soutien, est stable entre le début, le milieu et la fin de l'internat.

Une explication possible à cette stabilité concernerait les niveaux de stress également stables aux différents temps de mesure. Les scores de stress perçu dans notre échantillon de 23 internes restent stables au cours du temps, et élevés à 12,4 sur 16 de moyenne. Ce chiffre est bien supérieur aux scores obtenus en population générale. Cohen et al ont en effet déterminé une moyenne à 4.49 sur 16 au PSS-4 chez 2387 personnes âgées de plus de 18 ans, aux Etats-Unis en 1988 (20).

Roux et Paultre (13) ont également analysé les niveaux de stress perçus dans l'étude Intern'life et ont retrouvé un stress perçu élevé et stable dans cette population tout au long de l'internat.

Le niveau de stress perçu est donc haut mais contrôlé, il n'augmente pas malgré la succession de situations stressantes vécues dans cette population spécifique. On peut donc penser que les stratégies de coping auxquelles les internes ont recours leur permettent de réguler ce niveau de stress, dès le début de l'internat. Plus encore, le deuxième cycle des études médicales durant lequel ils ont acquis de nombreuses connaissances théoriques et ont été en stage pratique à mi-temps devrait leur avoir permis de s'organiser, de planifier, de suivre les protocoles, c'est-à-dire de recourir à des stratégies centrées sur le problème.

Ils ont aussi utilisé le coping sur l'émotion et la recherche de soutien dès le début de leur internat, au milieu et à la fin. Ces stratégies sont également retrouvées dans les études qualitatives de Liu et al. et Doulougeri et al. en 2016 (21,22). Les copings ne semblent pas évoluer de façon erratique en fonction des types de stress, mais semblent être stables, permettant à l'interne de ne pas ou plus dépendre des aléas du contexte de sa situation spécifique.

Ce niveau de stress perçu continuellement élevé pendant l'internat constitue cependant un problème de santé publique. Les nouvelles situations stressantes se succèdent, empêchant les internes de témoigner d'une baisse de leur stress perçu. Ce niveau élevé tout au long de l'internat est néfaste pour leur santé physique et psychique puisque facteur de pathologies somatiques et d'épuisement professionnel (23,24).

Des évolutions erratiques des différents types de coping ont été suspectées lors de l'analyse descriptive des coping chez tous les répondants. Le même pattern est retrouvé pour la recherche de soutien et le coping émotionnel. Mais lors de l'appariement des données, l'évolution des coping chez les 23 internes à avoir répondu à T1, T3 et T6 est lissée, ce qui confirme que les coping restent stables au cours du temps.

Concernant les prédicteurs potentiels du coping, les seuls résultats significatifs retrouvés portent sur le nombre de gardes et le type de stage. Plus le nombre de gardes mensuelles à T1 est élevé, plus le niveau de coping sur le problème à T6 est élevé. On peut alors penser que la fréquence des gardes en premier semestre favorise les stratégies actives pour faire face au stress telles que la recherche d'informations, car les internes ont appris à développer ces stratégies au fil des gardes et des situations stressantes qui leur sont inhérentes.

A T1, les internes en stage libre utilisent plus la recherche de soutien et le coping sur l'émotion que les internes en stage en « médecine adulte », et que ceux aux urgences (et en pédiatrie ou gynécologie pour la recherche de soutien). Or, les stages disponibles pour les internes de premier semestre sont ceux laissés vacants par les internes des promotions supérieures. La majorité sont des stages libres dans des hôpitaux de périphérie car les internes plus âgés ont dû choisir les stages permettant de valider leur maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisée de Médecine Générale. On peut alors penser que beaucoup d'internes de premier semestre n'ont pas eu d'autre choix que d'effectuer leur début d'internat en stage libre dans un hôpital éloigné de chez eux ou de déménager. Ceci pourrait expliquer que, face aux situations stressantes alors rencontrées, les internes en stage libre ont plus utilisé des stratégies de coping passives — mobilisant moins de moyens — et le soutien de tierces personnes, que les internes sûrement classés devant eux et qui ont donc pu choisir des stages validant leur maquette.

Nous n'avons pas identifié de différences significatives en analysant les autres prédicteurs susceptibles d'influencer l'évolution des stratégies de coping. Cela peut être dû au fait que les niveaux de coping semblent rester stables au cours de l'internat, il n'existerait alors nécessairement pas de prédicteurs.

Au niveau qualitatif, les réponses apportées à la fin des questionnaires traitant des stratégies de coping montrent que les réactions face au stress citées librement par les internes font en grande majorité partie du coping passif tout au long de l'internat. L'analyse qualitative de la revue de littérature précédemment menée retrouvait également une prédominance de ce type de stratégies chez les internes en médecine. L'analyse qualitative dans notre effectif d'internes de la promotion 2013-2016 est donc concordante sur ce point avec la littérature sur le coping des internes en médecine générale, en France et à travers le monde.

Parmi les coping les plus évoqués, « faire du sport » figure la stratégie la plus citée (25% des occurrences). Cette stratégie de coping passif est également retrouvée parmi les trois stratégies de coping prédominantes dans l'étude observationnelle transversale de Hoonpongsimanont et al. (25). Cette stratégie est également citée par des internes en médecine interrogés dans cinq études qualitatives entre 2003 et 2013 (26–30). Le fait qu'elle apparaisse autant dans ce type d'étude démontre qu'elle est primordiale pour les internes pour réguler leur stress.

L'effet protecteur de l'activité physique sur le stress professionnel est retrouvé dans l'étude de Boudet et al. (31) chez les salariés. Ce n'est donc sans doute pas par hasard que les internes disent avoir recours prioritairement à cette stratégie pour faire face aux situations stressantes spécifiques de leur période d'internat.

Limites

Cette étude n'est pas sans limites. Concernant l'échantillon, 23 internes seulement ont répondu à T1, T3 et T6, amenuisant de sorte considérablement la puissance statistique $1-\beta$ des tests inférentiels, et augmentant par voie de conséquence l'erreur de type II (i.e., de ne pas rejeter l'hypothèse nulle H_0 alors qu'il existe bien un effet dans la réalité). La faiblesse de l'échantillon a par ailleurs écarté d'emblée le recours à des modélisations statistiques avancées gourmandes en répondants — type modélisation par équations structurales (en particulier les modèles longitudinaux croisés bivariés et les modèles de développement latent) — qui aurait pu permettre une analyse plus en profondeur des processus psychologiques à l'œuvre chez les internes.

Cette forte attrition — jusqu'à 94% (189/201) entre les temps T1 et T6 — s'explique par des biais de passation. Les internes ont signalé la longueur du questionnaire qui leur a été soumis à T1 et ont de moins en moins répondu au fil de l'internat (sauf à T6 car ils ont eu un temps dédié de réponse défini par les enseignants lors des cours obligatoires de médecine générale), ce qui explique cette forte attrition et le fait que seulement 23 personnes aient répondu à T1, T3 et T6.

Par ailleurs, cet échantillon de 23 internes n'est peut-être pas nécessairement représentatif de la population des internes de toute la promotion. La proportion de femmes dans notre échantillon est de 83% alors qu'elle est de 64% dans l'ensemble de la promotion. Nous pouvons donc penser que les autres caractéristiques de notre échantillon ne sont pas non plus représentées dans les mêmes proportions que dans la promotion entière.

Etant donné que 201 internes ont répondu au moins une fois à un questionnaire de l'étude Intern'life, une grande majorité connaissait l'existence de cette étude avant le dernier semestre. Ne pas y répondre — au-delà des biais relatifs à la passation — pourrait ainsi être à considérer comme de l'évitement ; stratégie de coping centré sur l'émotion. On peut donc penser que la proportion de ce type de coping est sous-estimée dans notre étude.

Comme dans 53% des articles de la revue de littérature, nous constatons avec cette étude que les situations stressantes déclenchant les stratégies de coping ne sont pas demandées et ne sont donc pas identifiées. Lors de la passation du questionnaire WCC, il est demandé aux internes de répondre s'ils ont eu les réactions citées, pour faire face au stress de l'internat, lors des trois mois précédents. Or, si l'on considère comme certains auteurs que le coping possède des déterminants situationnels, il aurait été intéressant de connaître chacune des situations stressantes rencontrées et les réactions de coping qu'elles ont engendrées.

Conclusion

L'objectif de cette étude était d'évaluer dans quelle mesure les stratégies de coping des internes évoluent avec le temps. L'analyse des moyennes des réponses des internes ayant répondu en début, en milieu et en fin d'internat concernant chaque catégorie de coping ne retrouve pas de différence significative d'évolution de ces stratégies au cours du temps.

Malgré la succession de situations stressantes pendant cette période et dans cette population toutes deux spécifiques, le coping ne semble pas évoluer de façon erratique en fonction des types de stress, mais semble être stable, permettant à l'interne de ne plus dépendre des aléas du contexte.

Ce résultat semble indiquer que les internes ne font pas varier les types de stratégies de coping auxquelles ils ont recours en acquérant de l'expérience au fur et à mesure de l'internat. Ils vivent pourtant des situations stressantes et leurs réactions ont des répercussions sur leur santé mentale et sur la prise en charge de leurs patients.

Dans l'hypothèse de l'existence de déterminants situationnels du coping, avancée par certains auteurs, il paraîtrait bénéfique, pour une prochaine étude, d'identifier précisément ces situations stressantes et les stratégies de coping correspondantes à chacune de ces situations afin de comprendre dans quelle mesure leurs réactions face au stress sont peut-être dysfonctionnelles et se réitèrent.

Références Bibliographiques

1. Faivre J-C, Agopiantz M, Loeb E, Cassinari K, Wack M, Catoire P, et al. Évaluation nationale de l'enseignement théorique du troisième cycle des études médicales en France. *Rev Médecine Interne*. 2015;36(9):579–587.
2. Diplôme d'études spécialisées de Médecine Générale [En ligne]. [Consulté le 5 août 2018]. Disponible sur: <http://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/Diplome-d-etudes-specialisees-de-Medecine-Generale>.
3. Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité.
4. Abdulghani HM, Al-harbi MM, Irshad M. Stress and its association with working efficiency of junior doctors during three postgraduate residency training programs. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 10 déc 2015;11:3023-9.
5. Lourel M, Guéguen N. L'interface "vie privée ? vie au travail ? Effets sur l'implication organisationnelle et sur le stress perçu. *Cah Int Psychol Soc*. 2007;Numéro 74(2):49.
6. Roger A, Tremblay M. Plafonnement objectif et subjectif de carrière, satisfaction et stress au travail. Cirano; 1998.
7. Sutherland VJ, Cooper CL. Job stress, satisfaction, and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. *BMJ*. 13 juin 1992;304(6841):1545-8.
8. Blais M, Hess U, Bourbonnais J, Saintonge J, Riddle A. Mens sana ad corpus sanum : Un modèle de motivation-stress-santé appliqué au couple et au travail. *Santé Ment Au Qué*. 1995;20(2):139.
9. Suls J, Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychol*. 1985;4(3):249-88.
10. House JS. Work stress and social support. Addison-Wesley Pub. Co. 1981.
11. Haidar S. Les stratégies d'ajustement face au stress des internes de médecine générale. *Hum Health Pathol*. 2014.
12. Belaube C. Etude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016.
13. Roux J, Paultre U. Étude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2015.
14. Poissant F. Relations entre le genre, le stress, les stratégies de coping et la consommation d'alcool chez les internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016.

15. Carret V. Environnement professionnel et troubles du comportement alimentaire au cours de l'internat de Médecine Générale en Aquitaine [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2018.
16. Warttig SL, Forshaw MJ, South J, White AK. New, normative, English-sample data for the short form perceived stress scale (PSS-4). *J Health Psychol.* 2013;18(12):1617–1628.
17. Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivar Behav Res.* 1985;20(1):3–26.
18. Cousson F, Bruchon-Schweitzer M, Quintard B, Nuissier J, Rascle N. Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist). *Psychol Fr.* 1996;41(2):155–164.
19. Ferguson KB, Drotar D. Coping styles and health-related behaviors in pediatric and internal medicine house staff: The role of personality styles, gender, and year in training. *J Dev Behav Pediatr.* 1994.
20. Cohen S. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: *The social psychology of health.* Thousand Oaks, CA, US. Sage Publications, Inc; 1988. p. 31-67.
21. Liu C-H, Tang W-R, Weng W-H, Lin Y-H, Chen C-Y. The process of coping with stress by Taiwanese medical interns : a qualitative study. *BMC Med Educ.* 12 janv 2016;16:10.
22. Doulougeri K, Panagopoulou E, Montgomery A. (How) do medical students regulate their emotions? *BMC Med Educ.* 12 déc 2016;16(1):312.
23. Moisan M-P, Le Moal M. Le stress dans tous ses états. *Med Sci (Paris).* 1 juin 2012;28(6-7):612-7.
24. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale.* 1 déc 2004;33(22):1569-74.
25. Hoonpongsimanont W, Murphy M, Kim CH, Nasir D, Compton S. Emergency medicine resident well-being: stress and satisfaction. *Occup Med Oxf Engl.* janv 2014;64(1):45-8.
26. Hurst C, Kahan D, Ruetalo M, Edwards S. A year in transition: a qualitative study examining the trajectory of first year residents' well-being. *BMC Med Educ.* 10 juill 2013;13:96.
27. Satterfield JM, Becerra C. Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups. *Med Educ.* sept 2010;44(9):908-16.
28. Lam TP, Wong JGWS, Ip MSM, Lam KF, Pang SL. Psychological well-being of interns in Hong Kong: what causes them stress and what helps them. *Med Teach.* 2010;32(3):120-6.
29. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents' responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* janv 2006;81(1):86-93.

30. Boulé R, Girard G. Residency in family medicine: problems and solutions. *Can Fam Physician*. avr 2003;49:472-82.
31. Boudet G, Paris C, Simond-Rigaud M-L, Ambroise-Pivert I, Desheulles J, Chamoux A. Effet protecteur de l'activité physique sur le stress professionnel : prise en compte des différents facteurs de variation du stress. *Arch Mal Prof Environ*. 1 déc 2005;66(5):427-37.

VI. Conclusion

Les internes sont confrontés à des situations stressantes propres à leur rôle, en raison de leurs nouvelles responsabilités dans la prise en charge des patients, de leur temps de travail en stage et lors des gardes, de leur statut d'étudiants. Les stratégies de coping qu'ils utilisent pour faire face au stress sont donc également spécifiques à leur statut.

L'objectif de cette étude était d'évaluer dans quelle mesure les stratégies de coping des internes évoluent avec le temps.

La revue de littérature a permis d'identifier les facteurs de stress et les situations stressantes majoritaires dans cette population à travers le monde, à savoir la surcharge de travail et la confrontation au décès d'un patient. Les stratégies de coping appartenant au coping passif, apparenté au coping centré sur l'émotion, avec en premier lieu celles relevant de l'évitement, étaient les plus retrouvés dans les articles sélectionnés.

Les données qualitatives de l'étude Intern'life portant sur une promotion d'internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux concernent également en majorité des stratégies de coping passif. Quant à l'analyse des données quantitatives, elle n'a pas mis en évidence de différence significative d'évolution des différentes catégories de coping auxquelles ces internes ont recours tout au long de leur cursus. Leur coping semble être stable, en dépit des nombreuses situations stressantes qu'ils rencontrent.

Leur stress perçu semble se maintenir à un niveau élevé, mais les situations stressantes auxquelles ils ont fait face n'ont pas été identifiées dans cette étude, comme dans la plupart des études de la revue de littérature. Ces précisions seraient nécessaires, dans l'hypothèse de l'existence de déterminants situationnels du coping, avancée par certains auteurs, afin d'envisager des solutions pour diminuer leur niveau de stress. Ce dernier est en effet délétère pour leur santé physique et mentale. Des actions sur leur coping pourraient être envisagées, telles que des formations à la gestion du stress et des séances de debriefing, déjà expérimentées et démontrées bénéfiques (42,43). Les Groupes d'Echange et d'Analyse des Pratiques (GEAP), réunions au cours desquelles les participants présentent des situations cliniques à tour de rôle permettant une analyse collective de la prise en charge et des problèmes rencontrés, ont été démontrés efficaces pour diminuer le risque d'épuisement professionnel des étudiants en médecine (44). Ce risque d'épuisement professionnel, conséquence du stress professionnel chronique, est également diminué chez les médecins généralistes et chez les internes en

oncologie prenant part à des groupes Balint (45,46). Ces réunions visent à réfléchir à la relation médecin-malade autour de présentations de situations cliniques par les participants, en présence d'un psychologue. Le développement de ces deux types de groupes au sein des promotions d'internes en médecine générale pourrait ainsi leur permettre d'étudier et de modifier, si besoin, les stratégies auxquelles ils recourent pour faire face aux situations stressantes rencontrées.

Références bibliographiques

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress, coping and appraisal. New York: Springer; 1984.
2. Moisan M-P, Le Moal M. Le stress dans tous ses états. *Med Sci (Paris)*. 1 juin 2012;28(6-7):612-7.
3. Milczarek M, Schneider E, González ER. OSH in figures: stress at work - facts and figures. Luxembourg: Office for Official Publ. of the Europ. Communities; 2009. 132 p.
4. Parent-Thirion A. Fourth European working conditions survey. Luxembourg: Office for Official Publ. of the European Communities.; 2007. 134 p.
5. Gabriel P, Liimatainen M-R. Mental Health in the Workplace. Geneva: International Labour Organization; 2000.
6. Cohidon C, Geoffroy-Perrez B, Fouquet A, Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. Institut de Veille Sanitaire; 2010.
7. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. 1 déc 2004;33(22):1569-74.
8. Isaksson Ro KE, Tyssen R, Hoffart A, Sexton H, Aasland OG, Gude T. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*. 27 avr 2010;10:213.
9. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York, NY, US: McGraw-Hill; 1966.
10. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *The Lancet*. 1979;314(8146):785–787.
11. Quintard B. Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Rech Soins Infirm*. déc 2001;(67):46-67.
12. Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*. juill 1936;138(3479):32.
13. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Allergy*. nov 1946;17(6):358-98.
14. Szabo S, Tache Y, Somogyi A. The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of *Nature*. *Stress*. 1 sept 2012;15(5):472-8.
15. Lazarus RS, Deese J, Osler SF. The effects of psychological stress upon performance. *Psychol Bull*. 1952;49(4):293-317.

16. Bruchon-Schweitzer M. Concepts, stress, coping. *Rech Soins Infirm.* déc 2001;67:68-83.
17. Perry JC. An Empirical Study of Defense Mechanisms: I. Clinical Interview and Life Vignette Ratings. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mai 1989;46(5):444.
18. Suls J, Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychol.* 1985;4(3):249-88.
19. Bruchon-Schweitzer M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Rech Soins Infirm.* déc 2001;67:16.
20. McCrae RR, Costa PT. Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *J Pers.* juin 1986;54(2):385-404.
21. McCrae RR. Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *J Pers Soc Psychol.* 1984;46(4):919-28.
22. Bolger N. Coping as a personality process: A prospective study. *J Pers Soc Psychol.* 1990;59(3):525-37.
23. Terry DJ. Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *J Pers Soc Psychol.* 1994;66(5):895-910.
24. Vitaliano PP, DeWolfe DJ, Maiuro RD, Russo J, Katon W. Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *J Pers Soc Psychol.* 1990;59(3):582-92.
25. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Les publications statistiques sur l'enseignement supérieur, la recherche et l'innovation [En ligne]. [Consulté le 6 août 2018]. Disponible sur: <https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/FR/>
26. Faivre J-C, Agopiantz M, Loeb E, Cassinari K, Wack M, Catoire P, et al. Évaluation nationale de l'enseignement théorique du troisième cycle des études médicales en France. *Rev Médecine Interne.* 2015;36(9):579-587.
27. Diplôme d'études spécialisées de Médecine Générale [En ligne]. [Consulté le 5 août 2018]. Disponible sur: <http://sante.u-bordeaux.fr/Espace-etudiant/Tout-sur-vos-etudes/Medecine/DES-de-Medecine-generale/Diplome-d-etudes-specialisees-de-Medecine-Generale>
28. Abdulghani HM, Al-harbi MM, Irshad M. Stress and its association with working efficiency of junior doctors during three postgraduate residency training programs. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 10 déc 2015;11:3023-9.
29. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ.* mai 2000;34(5):374-84.
30. Prins JT, Hoekstra-Weebers JEHM, van de Wiel HBM, Gazendam-Donofrio SM, Sprangers F, Jaspers FCA, et al. Burnout among dutch medical residents. *Int J Behav Med.* sept 2007;14(3):119-25.

31. Boujut E, Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois M-L. La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2009;167(9):662-8.
32. InterSyndicale Nationale des Internes. Enquête Santé Mentale [En ligne]. 2017 [Consulté le 12 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.isni.fr/enquete-sante-mentale/>
33. Hoonpongsimanont W, Murphy M, Kim CH, Nasir D, Compton S. Emergency medicine resident well-being: stress and satisfaction. *Occup Med Oxf Engl.* janv 2014;64(1):45-8.
34. Doulougeri K, Panagopoulou E, Montgomery A. (How) do medical students regulate their emotions? *BMC Med Educ.* 12 déc 2016;16(1):312.
35. Bigot P, Lefevre J-H, Drouin S-J, Bastien L, Guillotreau J, Rouprêt M. Formation et avenir des internes et chefs de clinique d'urologie en France : résultats d'une enquête nationale auprès de 154 urologues en formation. *Prog En Urol.* févr 2011;21(2):139-45.
36. Gaucher S, Thabut D. L'enseignement et l'enseignant influencent le choix de la spécialité médicale. Enquête auprès de 207 étudiants. *Presse Médicale.* avr 2013;42(4):e89-95.
37. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL. Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am.* juill 2004;86-A(7):1579-86.
38. Belaube C. Etude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecine générale d'Aquitaine (promotion 2013) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016.
39. Roux J, Paultre U. Étude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2015.
40. Poissant F. Relations entre le genre, le stress, les stratégies de coping et la consommation d'alcool chez les internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2016.
41. Carret V. Environnement professionnel et troubles du comportement alimentaire au cours de l'internat de Médecine Générale en Aquitaine [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2018.
42. Kuhlmann SM, Huss M, Bürger A, Hammerle F. Coping with stress in medical students: results of a randomized controlled trial using a mindfulness-based stress prevention training (MediMind) in Germany. *BMC Med Educ.* 28 déc 2016;16:316.
43. Eng J, Schulman E, Jhanwar SM, Shah MK. Patient Death Debriefing Sessions to Support Residents' Emotional Reactions to Patient Deaths. *J Grad Med Educ.* sept 2015;7(3):430-6.
44. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical Student Distress: Causes, Consequences, and Proposed Solutions. *Mayo Clin Proc.* déc 2005;80(12):1613-22.

45. Kjeldmand D, Holmstrom I. Balint Groups as a Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners. *Ann Fam Med.* 1 mars 2008;6(2):138-45.
46. Bar-Sela G, Lulav-Grinwald D, Mitnik I. “Balint Group” Meetings for Oncology Residents as a Tool to Improve Therapeutic Communication Skills and Reduce Burnout Level. *J Cancer Educ.* déc 2012;27(4):786-9.

Annexes

**Annexe 1 : Tableau complet d'analyse des articles inclus dans la revue de littérature
(Ordre chronologique du plus récent au plus ancien)**

	Pays	Type d'étude	Population	Objectif	Outil de mesure du coping	Situation stressante pour analyse	Stratégies de coping citées pour analyse
Chun-Hao et al. 2016	Taiwan	Étude qualitative	21 internes en fin de formation	Etudier les stratégies de coping face au stress parmi les internes à Taiwan.	Entretiens semi-dirigés	Ne pas se sentir prêt pour le niveau de responsabilités, pour gérer les incertitudes, relations conflictuelles avec supérieurs et infirmiers	Autoapprentissage et évitement, comme stratégies de coping : évitement moins efficace
Doulougeri et al. 2016	Grèce	Étude qualitative	54 étudiants dont 47 en années cliniques	Etudier les émotions induites par des incidents rapportés par les étudiants en médecine et les stratégies de régulation des émotions associées.	Entretiens avec questions ouvertes : citer un événement survenu en stage hospitalier, quelles ont été vos émotions et réactions ?	Lors d'un premier contact avec un patient en souffrance, un patient en fin de vie, le décès d'un patient, lors d'interactions entre médecins et patient, médecin et étudiant et entre deux médecins, lors d'un geste technique clinique.	Inaction/perception d'une incapacité à réagir car sentiment d'un manque de connaissances et de compétences et position basse dans la hiérarchie, essayer de soulager le patient, essayer de changer la situation, se concentrer sur une mission pour échapper à l'émotion négative, être dans le déni, réévaluer la situation pour justifier un mauvais comportement, prendre de la distance avec la situation, supprimer ses émotions, discuter avec ses collègues.
Kuhlmann et al. 2016	Allemagne	Étude expérimentale : essai prospectif randomisé	183 étudiants en années cliniques et pré-cliniques ont répondu avant les formations, 112 en post-formation, 80 à 1 an. 3 groupes d'internes : pas de formation, formation à la prévention du stress basée sur la pleine conscience étudiée et une technique de relaxation déjà évaluée	Evaluer l'influence d'une formation à la prévention du stress basée sur la pleine conscience, sur la mesure de l'anxiété, des stratégies de coping et de la morbidité psychologique.	brief COPE : 28 items qui évaluent 14 composantes de stratégies de coping fonctionnelles et dysfonctionnelles.	Exemples de situations : évaluations, importante charge de travail.	Pas de précisions sur les types de stratégies de coping : Pas de différence significative de stratégies de coping selon le traitement entre les 3 groupes. Les internes avec les plus hauts taux de morbidité psychologiques ont plus arrêté de répondre aux questionnaires avant la fin des évaluations. Les étudiants du groupe " formation pleine conscience" ont moins de symptômes psychologiques à 1 an.
Picard et al.	France	Étude qualitative	22 internes en médecine générale	Etudier les facteurs et processus sous-jacents aux	Entretiens semi-dirigés : une des propositions était :	Internat	12 étudiants ont répondu que l'empathie favorise l'épuisement professionnel à cause d'un épuisement de la compassion, et deux l'ont

2016				liens entre empathie et épuisement professionnel.	"l'empathie favorise l'épuisement professionnel à cause d'un épuisement de la compassion"		expliqué par un manque de stratégies de coping. Discussion : être empathique peut provoquer une surcharge de travail, quand les internes ne peuvent plus utiliser de stratégies de coping face aux situations. Des internes mentionnent que des stratégies de coping régulées permettraient de ne pas aller trop loin et de ne pas perdre l'équilibre psychologique et relationnel.
Spataro et al. 2016	Etats Unis	Étude observationnel le rétrospective transversale	Internes en médecine interne et pédiatrie	Mieux comprendre les différences de taux de burnout et les stratégies de coping entre les genres.	brief COPE:	Internat, pendant les deux semaines précédentes	Recherche de soutien émotionnel et de conseils et le coping actif. Plus de recherche de soutien social émotionnel et instrumental et de blâme chez les filles. Plus d'utilisation de l'humour chez les garçons.
Eng et al. 2015	Etats Unis	Étude observationnel le transversale	Internes en service d'oncologie	Evaluer si des sessions de debriefing après le décès d'un patient sont pédagogiques et peuvent améliorer l'aisance des internes à parler de leurs réactions émotionnelles lors d'un décès.	Questionnaire sur l'influence de debriefings sur leur réactions émotionnelles à la mort d'un patient.	Décès d'un patient	Les internes répondent que les sessions de debriefing les aident à réguler leurs émotions face à la mort d'un patient. Pas de précisions sur le type de stratégies de coping.
Hampton et al. 2015	Etats-Unis	Étude qualitative	26 internes de pédiatrie	Décrire les expériences et points de vue des internes sur formation en santé mentale, l'état idéal de cette formation et des idées pour améliorer cette formation.	Focus groups, entretiens dirigés	Patient avec pathologie mentale	Ignorer la pathologie mentale, faire abstraction des médicaments pour pathologie mentale.
Hoonpong simanont et al. 2013	Etats-Unis	Étude observationnel le transversale	109 internes dont 28 internes en médecine d'urgence en 1ere année, 41 en 2e, 40 en 3e.	Evaluer leurs perceptions de l'influence des situations stressantes sur leur bien-être ainsi que la prévalence des stratégies de coping bonnes et mauvaises pour leur santé.	Questionnaire avec 8 coping proposés face au stress de l'internant en général.	Internat en service d'urgences en général : charge de travail importante.	Parmi une liste exhaustive de 8 stratégies de coping : "faire du sport" et "pratiquer leur loisir favori" et "consommer de l'alcool" (72% des répondants pour alcool) sont les 3 plus fréquemment utilisés, puis consommer des médicaments.
Hurst et al. 2013	Canada	Étude qualitative	17 internes en 1ere année dont 5 en médecine générale	Etudier l'évolution du bien-être des internes en premières années, et les facteurs affectant cette évolution. Etudier les stratégies de coping utilisées par les internes.	Entretiens : quelles difficultés avez-vous rencontré, quelles ont été vos stratégies de coping face à ces difficultés ?	Internat sans situation précise mais facteurs de stress : manque de soutien de l'équipe, temps de travail, gardes, manque de connaissance et de compétences techniques	Réflexion, recadrage cognitif (diminuer ses attentes), dialogue intérieur, ne pas penser au travail, activités pour se distraire, planification, recherche soutien social de famille amis et conjoint, faire du sport, dormir, cuisiner plats sains, religion, méditation, avoir des loisirs, minorité consomme alcool, nourriture comme récompense plus fréquent.
Prabhakar et al.	Etats Unis	Étude observationnel	167 internes en psychiatrie	Tester un nouveau programme visant à aider les internes à	Questionnaire avec question " si un de	Suicide d'un patient	Les internes reçoivent une formation sur le suicide des patients : la probabilité qu'ils

2012		le longitudinale		avoir plus de connaissances sur le suicide, les réactions courantes face au suicide d'un patient, les réactions et ressources utiles à mettre en place dans un premier temps.	vos patients se suicide, allez-vous consulter un supérieur ?"		recherchent du soutien social avec leurs supérieurs est plus élevée après la formation. 80% recherchent du soutien auprès d'un supérieur
Salamati et al. 2012	Iran	Étude observationnel le transversale	316 internes et étudiants en 1ere année	Etudier et comparer les attitudes, préoccupations, effets perçus et stratégies de coping des internes en première année en cas de grippe aviaire.	Questionnaire dont 5 questions sur coping.	Pandémie de grippe aviaire	77% recherchent informations sur pandémie, 72% ne penseraient pas trop aux risques, 53% ne pensent pas qu'ils pourraient rester positifs et penser ne pas être malades, 85% suivront les protocoles pour contrôler l'infection
Grebot et al. 2011	France	Étude observationnel le transversale	62 internes (10% de réponses)	Etude du lien entre activisme professionnel, suractivation des schémas précoces inadaptés et tendance à s'imposer des exigences élevées et à l'assujettissement. Voir si les schémas précoces inadaptés et la tendance compulsive à travailler sont des antécédents psychologiques alors que les stratégies de coping sont des variables transactionnelles de l'épuisement professionnel.	Version française du Ways of Coping Checklist validée par Cousson et al. Et questionnaire évaluant la présence et l'intensité de 15 schémas précoces inadaptés.	Internat surcharge de travail résultant de contraintes organisationnelles et du double rôle docteur et étudiant	Le score des schémas précoces inadaptés est corrélé positivement au coping centré sur l'émotion et négativement au coping centré sur le problème. La « tendance compulsive » est significativement et négativement liée au coping sur le problème lui-même négativement lié à l'épuisement professionnel.
Khot et al. 2011	Etats-Unis	Étude observationnel le transversale	26 internes en neurologie	Etudier la perception des formations "Death Rounds" par les internes par rapport à l'enseignement sur la fin de vie et au soutien émotionnel.	Questionnaire avec 10 propositions à propose de la fin de vie et du décès, après deux ans de formation mensuelles sur ces sujets.	Décès d'un patient	Une formation mensuelle à propos de la fin de vie et du décès de patients est proposée aux internes en neurologie. 65% des internes interrogés ont répondu que ces formations les ont aidés à faire face au décès d'un patient. 69% qu'elles apportent un soutien émotionnel.
Satterfield et al. 2010	Etats Unis	Étude qualitative	20 internes en 1ere année suivis pendant 2 ans.	Déterminer les défis, facteurs de stress, émotions et stratégies de coping des internes au cours de leur internat	Entretiens	Internat sans précision de situation mais sources de stress : décès d'un patient, isolement social, problème de confiance en soi, érosion d'une vision idéale de la médecine.	1ere année : se rappeler du prestige de devenir médecin, recadrer, relativiser, changer ses exigences, se plaindre, penser au futur puis réponses comportementales : faire du sport, voir sa famille et amis, dormir, déplacer sa colère sur les infirmiers, les membres de la famille ou des étrangers. 2e année d'internat : recherche de soutien professionnel et social, consommation d'antidépresseurs, lecture de

							littérature médicale, prendre du temps pour s'occuper de sa santé, planifier des activités sociales.
Haoka et al. 2010	Japon	Étude observationnel le transversale	257 internes en 1ere année	Caractériser les interprétations objectives et subjectives des environnements de travail, les sentiments de cohérence (SOC) en tant que mesure de la capacité à s'ajuster au stress et les réponses au stress.	29 item Sence of coherence(SOC)	Internat	Moins de fille dans le groupe avec score élevé au SOC, donc moins d'aptitude d'ajustement au stress. Les conditions de vie et de travail ne font pas varier le score au SOC.
Lam et al. 2010	Chine	Étude qualitative	23 internes	Evaluer si les pathologies mentales sont fréquentes parmi les internes, évaluer leur source de souffrance et les types de support dont ils ont besoin.	Entretiens	Internat sans précision de situation mais sources de stress : appels les nuits de garde, nombres d'heures, charge de travail.	Prendre des vacances, demander conseils aux collègues, dormir, avoir des loisirs, avoir du soutien de sa famille et de ses amis, faire du sport, la religion, avoir l'aide d'un sénior, consommer de l'alcool, voir un psychologue, voir son médecin.
Lerner et al. 2010	Etats-Unis	Étude expérimentale	39 internes en psychiatrie	Une formation pour gérer les conséquences émotionnelles et logistique suite au suicide d'un patient a été proposée aux internes. Décrire la formation et l'évaluation cherchant si la participation à cette formation biannuelle est associée avec une augmentation des connaissances sur les compétences perçus et les stratégies de coping face au suicide d'un patient.	Questionnaire avant et après la formation sur leur aisance à aider un collègue confronté au suicide d'un patient et à participer activement à une discussion après un suicide. Ils répondent également à des cas cliniques dont une question concerne le processus émotionnel du médecin.	Suicide d'un patient	La participation à la formation augmente les connaissances des internes sur les stratégies de coping face au suicide d'un patient.
Kasi et al. 2007	Pakistan	Étude observationnel le transversale	312 internes	Chercher une association entre le nombre d'heures de travail, le stress, et l'augmentation des stratégies de coping dysfonctionnelles	brief COPE-28: test sur la fréquence de 4 stratégies de coping dysfonctionnelles utilisées durant les deux dernières semaines.	Internat sans précision mais source de stress : charge de travail.	Plus le temps de travail est important et plus le stress est important, plus les internes utilisent des stratégies de coping dysfonctionnelles : dire des choses pour évacuer les sentiments désagréables, déni, se désengager et dans une moindre mesure consommer alcool ou médicaments.
Engel et al.	Etats-Unis	Étude qualitative	26 internes dont 17 de spécialités	Etudier les perceptions des erreurs médicales et les	Entretiens	Erreur médicale	Le plus fréquent : parler avec collègues et famille. Puis apprendre sur leur pratique,

2006			médicales dont médecine générale	réponses des internes à ces situations.			changer de pratiques, agir pour aider le patient, faire du sport, se retirer, être dans le déni.
Earle et al. 2005	Canada	Étude observationnel le transversale	254 internes en médecine générale	Évaluer les stratégies de coping et estimer la prévalence de la dépression et de l'anxiété.	Patient Health Questionnaire avec questions pour évaluer le coping ajoutées.	Internat	Le taux de réponse était de 46% pour les internes en début d'internat et de 30% pour ceux qui terminaient (taux de réponse global de 37%). Les internes ont souvent cherché du secours auprès de leurs amis ou parents (43,7% des répondants). Environ 17,3% se sont adressés à leur médecin de famille, 15,4% à un conseiller et 7,9% à un psychiatre. Quelques-uns (13,4%) ont eu recours à une médication pour mieux contrôler leurs symptômes affectifs, 7,1% ont entrepris une thérapie cognitivo-comportementale et 8,3% ont dû interrompre leur internat, Plus de la moitié (61,8%) ont déclaré avoir fait un usage récréatif d'alcool et de drogues, dont 1,2% par addiction, et 5,9% prenaient des drogues pour mieux face à leurs problèmes.
Boulé et al. 2003	Canada	Étude qualitative	31 internes en médecine générale	Définir les difficultés rencontrées par les internes, et les solutions qu'ils proposent.	Entretiens	Internat	Par ordre décroissant : Prendre des vacances et congés réguliers et stratégiques, accepter ses limites, faire du sport, discuter avec ses amis internes à propos des difficultés, voir ses amis hors médecine, hygiène de vie, investir dans son couple, avoir une liste de personnes ressources, prioriser, humour.
Neimeyer et al. 2003	Etats Unis	Étude observationnel le transversale	25 internes en pédiatrie	Rechercher si les relations personnelles des internes envers la mort influencent leurs façons de gérer le décès d'un patient.	Questionnaire comprenant deux situations cliniques. Les internes devaient indiquer le comportement qu'ils pensaient avoir face à ces situations parmi 14 comportements et 20 réactions psychologiques issues de la littérature et de l'expérience clinique des auteurs.	Décès d'un patient	Parler avec son conjoint, revoir le dossier médical, se reprendre, devenir investi dans son travail, chercher une aide professionnelle, assister aux obsèques, changement d'appétit, changement de modèle de sommeil.

Tyssen et al. 1998	Norvège	Étude observationnel le transversale	522 internes en 1ere année d'internat, 396 internes en 4e année d'internat	Etudier la consommation d'alcool en tant que stratégie de coping face au stress, et le lien avec la consommation dangereuse d'alcool.	Questionnaires	Internat	Consommation d'alcool pour faire face au stress chez 10,5% des étudiants, 9% chez les filles, 12,5% chez les garçons. 8,7% en début d'internat, 11,9% en fin d'internat.
Cantwell et al. 1997	Royaume-Uni	Étude qualitative	42 internes dont 20 en médecine générale	Evaluer les perceptions des internes de leurs compétences en communication, de leurs capacités à gérer les problèmes psychologiques des patients, de l'utilité de leur formation initiale à acquérir des compétences en communication.	Entretiens semi-dirigés dont questions sur le soutien social des internes, sur leurs compétences en communication et l'explication s'ils ont été distants.	Cancer chez un patient	Un quart des internes ont évité d'aborder l'aspect psychologique avec les patients pour se protéger eux-mêmes. 75% peuvent rechercher du soutien auprès de leurs collègues, 95% auprès de leurs amis, 83% ne voudraient pas en parler à un thérapeute.
Robert et al. 1996	Royaume-Uni	Étude de cas	Deux internes en médecine en cardiologie	Etudier les différences individuelles dans les modèles de travail et des réponses biopsychologiques à ces modèles.	Questionnaires et dosages de cortisol et adrénaline quotidiens pendant sept semaines.	Internat : travail demandé faisable et tâches difficiles demandées	La sécrétion d'adrénaline est associée au coping actif, aux efforts et challenge, le cortisol au coping passif, à l'anxiété et à la dépression. Chez les 2 internes : si tâches faisables, coping actif (peu de fatigue et de sécrétion de cortisol, plus d'adrénaline et d'efforts). Si tâches difficiles, différences entre les 2 : un avec haut taux d'adrénaline, d'efforts, anxiété et fatigue. Chez l'autre, haut taux de cortisol et anxiété, pas d'effort/adrénaline=coping passif.
Ferguson et al. 1994	Etats-Unis	Étude observationnel le transversale	191 internes de pédiatrie et médecine interne	Décrire le rôle du type de personnalité, du genre, de l'année d'internat sur les stratégies de coping et les comportements relatifs à la santé.	L'échelle de coping Cope Scale: 60 items	Internat	Pas de différence de stratégies de coping en fonction des années d'internat. Stratégies regroupées en 3 groupes ; groupe 1 (coping actif, planification) plus fréquent que groupe 2 : recherche de soutien social, et que groupe 3 : déni, désengagement.
Wu et al. 1993	Etats-Unis	Étude observationnel le transversale	114 internes en médecine interne	Etudier les stratégies de coping face à une erreur médicale, et la relation entre ces stratégies, les changements de pratiques et la détresse émotionnelle.	Version courte du WCC avec 6 des 8 échelles	Erreur médicale	Accepter la responsabilité, planifier la résolution du problème, puis recherche soutien social et contrôler ses émotions puis évitement et prendre de la distance.
McCue et al. 1991	Etats-Unis	Étude expérimentale	64 internes en pédiatrie et médecine	Evaluer une formation à la gestion du stress pour aider les internes à mieux comprendre leur stress, augmenter leur résistance aux effets chroniques du stress et leur	ESSI: Stress Systems Instrument : 21 items dont certains sur stratégies de coping	Internat	Le groupe ayant eu la formation à la gestion du stress utilise plus des stratégies de coping centrée sur le problème. Les stratégies citées sont : prendre soin de soi, agir directement, organiser son temps.

				présenter des stratégies de coping plus fonctionnelles.			
Archer et al. 1991	Etats-Unis	Étude observationnel le transversale	165 internes sans précision spécialité	Etudier les liens entre les caractéristiques démographiques des internes, leur niveau de stress quotidien et leur niveau de détresse émotionnelle.	Ways of Coping Questionnaire	Internat sans précision de situation mais sources de stress : manque de temps et endettement	Les internes qui n'ont pas de soutien social aidant ont plus de stratégies de coping dysfonctionnelles échappement-évitement. Les femmes utilisent plus le soutien social et la réévaluation positive.
Firth-Cozens et al. 1989	Royaume-Uni	Étude observationnel le transversale	173 internes en première année d'internat	Etudier l'utilité des stratégies de coping et les stratégies de coping utilisées immédiatement avec le facteur de stress professionnel signalé.	Questionnaire à réponses ouvertes demandant de décrire un événement récent stressant et les stratégies de coping mises en place pour lui faire face.	Évènement stressant récent : décès d'un patient, fin de vie d'un patient, interactions avec les supérieurs et les familles de patients ; surcharge de travail, fatigue, mauvaise alimentation.	Affronter la situation, demander de l'aide, relativiser l'évènement, échouer à trouver une stratégie de coping, rejeter l'évènement. Les femmes demandent plus de l'aide que les hommes (non significatif) ; Les internes les plus stressés relatent plus une erreur récente comme évènement (significatif) et plus de rejet de l'évènement (significatif).
Matthews et al. 1988	Etats-Unis	Étude observationnel le transversale	57 internes sans précision spécialité	Décrire une formation visant à augmenter le développements personnel et professionnel, conçu pour analyser et résoudre leurs importants problèmes.	Classement de 17 stratégies de coping selon leur importance	1ere année d'internat	Prendre des vacances/du temps de repos, soutien social avec collègues internes, avec conjoint, compréhension de soi, loisirs, consommation alcool et drogues
Hurwitz et al. 1987	Canada	Étude observationnel le transversale	215 internes	Déterminer le bien-être psychologique des internes et identifier ceux qui ont connu une défaillance. Identifier les facteurs responsables de défaillances et les stratégies de coping face au stress perçu pendant l'internat.	Questionnaires rédigés après consensus entre les auteurs comprenant des questions sur les stratégies de coping utilisées pour faire face au stress de l'internat.	Charge de travail, fatigue, nombre de gardes	54% auto-apprentissage, 35% demandent conseil à leur conjoint, 30% demandent conseil à leurs collègues, 7% effectuent une psychothérapie avec un professionnel, 6% se tournent vers la religion, 5% consomment de l'alcool, 4% consomment des médicaments sur ordonnance prescrits par un médecin, 2% des médicaments qu'ils se sont prescrits eux-mêmes.
Young 1987	Etats-Unis	Étude observationnel le transversale	466 internes en médecine générale	Recherche de différence significative entre les genres dans comportements considérés comme des stratégies de coping dysfonctionnelles	Items adaptés du questionnaire National Survey of personal Health Practicies and Consequences.	Internat : charge de travail, manque de temps, responsabilités, isolement social, manque de confiance, manque de soutien, fatigue	Plus de consommation d'alcool chez filles, même quotidien, et plus depuis 2 ans, que les hommes. Plus les problèmes personnels sont sévères plus la consommation d'alcool et le tabagisme sont importants et plus les internes font des efforts alimentaires pour perdre du poids.
Alexander et al. 1985	Etats-Unis	Étude observationnel le transversale	155 internes en médecine générale en 1ere 2e et 3e année	Rechercher des différences au niveau du stress professionnel, du stress personnel, et des stratégies de coping, entre les	L'échelle d'environnement professionnel, l'échelle des	Internat	Les internes 1eres années ont moins de coping loisirs et prendre soin de soi que les étudiants. En 3e position, prendre soin de soi au lieu de loisirs en 3e année d'internat.

				étudiants en médecine et les internes en 1ere, 2e, 3e années.	ressources personnelles et l'échelle et l'échelle d'efforts personnels de Osipow et Spokane		
Rudner 1984	Canada	Étude observationnel le transversale	76 internes en médecine générale	Etudier les facteurs de stress et les stratégies de coping dans un groupe d'internes en médecine générale.	Questions à choix multiples : Le plus souvent, quelles sont vos stratégies de coping face au stress de l'internat ?	Internat sans situation précise mais facteurs de stress : manque de temps, fatigue, peur de faire des erreurs/manque de confiance en soi.	40% répondent recherche de soutien avec collègues famille et amis.26% changent leur comportement et ressenti face au facteur de stress, 19% font listes de priorités, gèrent leur temps. 13% expriment colère pleurs ou sentiment dépressif.2% consomment alcool.
Blackwell et al. 1984	Etats-Unis	Étude observationnel le transversale	200 internes dont 107 internes en spécialités médicales.	Etudier l'environnement de travail, l'appropriation de la fonction, la vie personnelle ainsi que les attitudes, facteurs de stress et stratégies de coping dans chacun de ces domaines.	Questionnaire de 60 items rédigé par les auteurs	Responsabilités, charge de travail.	Dans la prise de responsabilités : consulter les collègues pour des décisions compliquées, partager les décisions de traitement et à propos de la mort avec le patient et sa famille. Dans la vie privée, ils essayent d'avoir plus de temps avec les autres. Les internes plus avancés partagent plus les décisions à propos de la mort avec les patients et leurs familles. Les internes filles ont une plus grande attente de variété de soutien social provenant de la formation.

Annexe 2 : Protocole de l'étude Intern'life à T1.

1. Note d'information aux participants

Chers participants,

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

Objectif de l'étude : Connaître votre vécu pendant vos années d'internat.

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

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

Confidentialité et anonymat : Cette recherche est confidentielle et anonyme : toutes vos réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude, et ne seront ni montrées ni dites à quiconque. Un numéro d'étude (code qui comprendra votre date de naissance et les trois premières lettres du prénom de votre mère) vous sera attribué et la partie nominative nécessaire à la gestion de l'étude ne sera pas saisie lors de l'informatisation des données. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet d'une publication ou d'une communication scientifique, mais votre anonymat sera bien entendu respecté. Tous les documents et les données en lien avec cette recherche seront conservés, pour une période de cinq ans après la fin de l'étude, par les responsables de l'étude dans une armoire de leur bureau fermée à clé à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, puis seront détruits.

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

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

2. Questionnaires

Questionnaire socio-biographique

Sexe : Homme Femme Age : ____
Statut marital actuel : Célibataire En couple et vivant ensemble
En couple mais vivant séparément Divorcé(e)

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

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

Père :

Mère :

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

Veillez écrire votre réponse ici :

Concernant votre travail

Dans quel stage êtes-vous actuellement ?

Stage ambulatoire Urgences Pédiatrie Gynécologie médecine adulte stage libre

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

Au cours de ce semestre :

Quel a été le nombre d'heures travaillées par semaine (gardes incluses) : ____

Quel a été le nombre de gardes effectuées par mois : ____

Quel a été le nombre de WE libres par mois : ____

Quel a été le nombre de semaine(s) de vacances durant ce semestre : ____

Avez-vous eu les congés que vous désiriez durant ce semestre ? Oui Non

Quelles ont été les parts en pourcentage de :

Clinique ____% Administrative ____% Autres ____%

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

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

Avez-vous été agressé(e) physiquement / moralement ? Oui Non

Avez-vous subi du harcèlement moral ? Oui Non

Si oui, de la part de : équipe soignante hiérarchie patient

Avez-vous subi du harcèlement sexuel ? Oui Non

Si oui, de la part de : équipe soignante hiérarchie patient

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

Satisfaire et écouter le patient

Trouver les bons diagnostics et traitement

Être efficace dans un temps imparti

Assurer votre bien-être et vous protéger

Concernant votre alimentation

- 1- Durant votre vie, avez-vous suivi un régime ? oui non
Si oui, combien de fois ? 1 2 3 ou plus
- 2- Durant ce semestre, avez-vous suivi un régime ? oui non
Si oui, combien de fois ? 1 2 3 ou plus
- 3- Pensez-vous manger équilibré ? oui non
- 4- Combien de fois par semaine sautez-vous des repas ? ----
- 5- Grignotez-vous ? oui non
- 6- Taille (en cm) :
- 7- Poids (en kg) :

SCOFF: Sick Control One Fast Food (Morgan et al., 1999)

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

Concernant vos loisirs

A quelle fréquence, en moyenne, pratiquez-vous une activité sportive ?

- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une à deux fois par mois
- Une fois par trimestre
- Jamais

A quelle fréquence, en moyenne, allez-vous au restaurant ou dans des bars ?

- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une à deux fois par mois
- Une fois par trimestre
- Jamais

A quelle fréquence, en moyenne, allez-vous au cinéma / théâtre / dans des concerts ?

- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par semaine
- Une à deux fois par mois
- Une fois par trimestre
- Jamais

Concernant votre formation	jamais	rarement	parfois	souvent	Très souvent
La formation « informelle » à l'hôpital (visites, discussions de couloir, staffs...) est prédominante par rapport à mes cours « officiels » pour ma future pratique	<input type="checkbox"/>				
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan bio-médical	<input type="checkbox"/>				
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan humain	<input type="checkbox"/>				
J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan bio-médical	<input type="checkbox"/>				
J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan humain	<input type="checkbox"/>				
J'ai été encouragé(e) pendant mon cursus par mes collègues	<input type="checkbox"/>				
J'ai reçu une formation spécifique sur la relation médecin-malade Si oui, sous quelle forme était-ce ? Cours théoriques <input type="checkbox"/> Jeux de rôles <input type="checkbox"/> Groupes d'échanges (balint ou autre) <input type="checkbox"/> Séniorisation <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Cet enseignement était : facultatif <input type="checkbox"/> obligatoire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Bien-être : La SWLS (Satisfaction With Life Scale) de Diener et al., 1985

Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou désaccord. À l'aide de l'échelle de 1 à 7 ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en encerclant le chiffre approprié à **votre état des 3 derniers mois** à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses. L'échelle de sept points s'interprète comme suit :

- 1 – Fortement en désaccord
- 2 – En désaccord
- 3 – Légèrement en désaccord
- 4 – Ni en désaccord ni en accord
- 5 – Légèrement en accord
- 6 – En accord
- 7 – Fortement en accord

1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux. ____
2. Mes conditions de vie sont excellentes. ____
3. Je suis satisfait(e) de ma vie. ____
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie ____
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien. ____

**Empathie clinique : JSPE (Jefferson Scale of Physician's Empathy, Hojat, 2002),
traduit et validé par Zenasni et al. (2012)**

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

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

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

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

12. Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.	<input type="checkbox"/>						
13. J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.	<input type="checkbox"/>						
14. Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.	<input type="checkbox"/>						
15. L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.	<input type="checkbox"/>						
16. Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.	<input type="checkbox"/>						
17. J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.	<input type="checkbox"/>						
18. Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.	<input type="checkbox"/>						
19. Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.	<input type="checkbox"/>						
20. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.	<input type="checkbox"/>						

Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression) de Zigmond et Snaith

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

- Je me sens tendu(e) ou énervé(e)
 - La plupart du temps
 - Souvent
 - De temps en temps
 - Jamais
- Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois
 - Oui, tout autant qu'avant
 - Pas autant
 - Un peu seulement
 - Presque plus
- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver
 - Oui, très nettement

- Oui, mais ce n'est pas trop grave
 - Un peu mais cela ne m'inquiète pas
 - Pas du tout
4. Je ris et vois le bon côté des choses
- Autant que par le passé
 - Plus rarement qu'avant
 - Vraiment moins qu'avant
 - Plus du tout
5. Je me fais du souci
- Très souvent
 - Assez souvent
 - Occasionnellement
 - Très occasionnellement
6. Je suis de bonne humeur
- Jamais
 - Rarement
 - Assez souvent
 - La plupart du temps
7. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée
- Oui, quoiqu'il arrive
 - Oui, en général
 - Rarement
 - Jamais
8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
- Presque toujours
 - Très souvent
 - Parfois
 - Jamais
9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- Jamais
 - Parfois
 - Assez souvent
 - Très souvent
10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence
- Plus du tout
 - Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais
 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
 - J'y prête autant d'attention que par le passé
11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- Oui, c'est tout à vrai
 - Un peu
 - Pas tellement
 - Pas du tout
12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses
- Autant qu'avant
 - Un peu moins qu'avant
 - Bien moins qu'avant
 - Presque jamais
13. J'éprouve des sensations soudaines de panique
- Vraiment très souvent

- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

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

- Souvent
- Parfois
- Rarement

QCAE (Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy)

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

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

13.	Je suis heureux(se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.				
14.	Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.				
15.	Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.				
16.	Je me rends compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.				
17.	Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.				
18.	Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.				
19.	Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.				
20.	Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.				
21.	Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.				
22.	Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.				
23.	Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).				
24.	Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.				
25.	J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.				
26.	Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.				
27.	Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.				
28.	Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.				
29.	Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.				
30.	J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.				
31.	Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.				

**Adaptation de la WCC (Ways of Coping Checklist) de Vitaliano et al. (1985)
(Version française : Cousson-Gélie et al., 1996)**

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

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.				
4. Je me suis battu pour ce que je voulais.				
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.				
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.				
7. J'ai changé positivement.				
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
10. J'ai pris les choses une par une.				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait.				
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
14. Je me suis culpabilisé(e).				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
16. Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.				
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.				
18. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.				
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.				

20. J'ai essayé de tout oublier.				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler.				
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.				
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.				
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.				
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.				
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).				
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.				

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

Si Oui : lesquelles ?

**MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach et al. (1996)
Adaptation de la version française du MBI de Dion & Tessier (1994)**

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

Jamais : 0

Quelque fois par année, au moins : 1

Une fois par mois, au moins : 2

Quelques fois par mois : 3

Une fois par semaine : 4

Quelque fois par semaine : 5

Chaque jour : 6

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

Item	Fréquence
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	0 1 2 3 4 5 6

4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail.	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie.	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e).	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients.	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau.	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	0 1 2 3 4 5 6

PSS-4 (Perceived Stress Scale)

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

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

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

DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool)

Au cours de votre vie,

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

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

Critères de Goodman (1990)

Indiquez pour chacune de ces affirmations si elles correspondent à une(des) consommation(s) et/ou à un(des) comportement(s) dans lesquels vous vous reconnaissez : cochez la case correspondante pour OUI.

	Alcool	Tabac	Cannabis	Psychotropes
1. Lorsque j'ai envie de consommer ... , il m'est impossible de résister.				
2. J'éprouve une sensation de tension interne croissante juste avant de consommer du(des)				
3. J'éprouve du plaisir ou du soulagement pendant que je consomme du(des)				
4. J'ai parfois une sensation de « perte de contrôle » pendant que je consomme du(des)				
5. Je pense fréquemment au fait de consommer du(des)				
6. Les moments que je consacre au(x) ... et les effets que je ressens avec le/les... sont plus intenses, plus fréquents et plus longs que je n'aurais pu l'imaginer.				
7. J'ai déjà essayé plusieurs fois de réduire, éviter ou abandonner le/les				
8. Je consacre beaucoup de temps à consommer du(des) et/ou j'ai parfois besoin de temps pour m'en remettre.				
9. J'ai l'impression que je consomme davantage du(des)/ au(x) ... lorsque je dois faire face à des contraintes ou des obligations.				
10. Le fait de consommer du(des)... m'a déjà empêché de remplir mes activités sociales, familiales, professionnelles ou, en tout cas, m'a conduit à les restreindre.				
11. Je continue à consommer du(des) ... bien que je sache que cela cause aggrave des problèmes dans ma vie.				
12. J'ai besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence de ma/mes consommation de ... pour obtenir les mêmes effets.				
13. Je me sens tendu(e), agité(e), irritable ou angoissé(e) si je ne peux pas consommer du(des)				
14. Certains de ces éléments ressentis ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.				

MERCI pour votre participation ! Indépendamment de vos réponses, sachez qu'il existe une association professionnelle pour les médecins libéraux, numéro non surtaxé 7j/7 24h/24: 0826004580.

Annexe 3 : Le questionnaire WCC et son interprétation

1. Questionnaire

La version française suivante de la WCC (Ways of Coping Checklist), validée en 1996 par Cousson et al. a été utilisée pour évaluer les stratégies de coping.

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

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.				
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.				
4. Je me suis battu pour ce que je voulais.				
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.				
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.				
7. J'ai changé positivement.				
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
10. J'ai pris les choses une par une.				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait.				
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
14. Je me suis culpabilisé(e).				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
16. Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.				
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.				

18. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.				
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.				
20. J'ai essayé de tout oublier.				
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler.				
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.				
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.				
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.				
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.				
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).				
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.				

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

Si Oui : lesquelles ?

2. Interprétation

Ce questionnaire comprend 10 items mesurant le coping centré sur le problème, 9 items concernant le coping centré sur l'émotion et 8 items évaluant la recherche de soutien social.

Les items mesurant le coping sur le problème sont les items 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, et 27. Les items concernant le coping sur l'émotion sont les items 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23 et 26.

Les items évaluant la recherche de soutien social sont les items 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24.

Une cotation croissante de 1 à 4 est attribuée à chaque réponse, allant de 1 pour la réponse « NON » à 4 pour la réponse « OUI », sauf pour l'item 15 dont la cotation est décroissante, de 4 pour « NON » à 1 pour « OUI ».

Afin d'évaluer le coping du participant, les cotations correspondant aux réponses aux items mesurant chaque catégorie de coping sont additionnés et ainsi, un score total est obtenu pour chacune de ces catégories.

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME : Les stratégies de coping chez les internes en Médecine Générale : 1) Revue systématique de la littérature, 2) Etude Intern'life, promotion 2013-2016.

Les internes en médecine sont confrontés à des situations stressantes propres à leur statut et ont recours à des stratégies de coping face au stress spécifiques. Des études montrent que la prévalence des pathologies mentales, dont le stress est un facteur favorisant, est élevée dans cette population. L'objectif de cette étude était d'évaluer dans quelle mesure les stratégies de coping des internes en médecine évoluent avec le temps. Une revue de littérature traitant des stratégies de coping des internes en médecine a permis d'identifier que la confrontation au décès d'un patient et la surcharge de travail sont les situations stressantes et facteurs de stress majoritaires dans cette population à travers le monde. Les stratégies de coping relevant de l'évitement étaient les plus retrouvées, dans les articles sélectionnés. La majorité de ces articles ne précisait pas à quelles situations stressantes les internes étaient confrontés. Une étude prospective évaluant les stratégies de coping et leurs prédicteurs potentiels a été réalisée chez les internes en médecine générale aquitains tout au long de leur internat. L'analyse des données quantitatives a montré qu'il semble que chacune des trois catégories de stratégies de coping étudiées, coping sur le problème, coping sur l'émotion et recherche de soutien, reste stable entre le début, le milieu et la fin de l'internat. L'analyse des données qualitatives retrouve une prédominance des stratégies de coping passif. Des études précisant les situations stressantes rencontrées permettraient de les relier aux stratégies de coping utilisées pour y faire face et d'identifier les contextes des stratégies de coping dysfonctionnelles.

ABSTRACT : Coping strategies among general practice residents : 1) Systematic literature review, 2) Intern'life study, year group 2013-2016.

Medical residents face stressful situations unique to their status and use specific strategies to cope with this stress. Studies show high prevalence of psychological disorders in this population in which stress is a contributing factor. The aim of this study was to assess the extent to which coping strategies among residents change over time. A literature review of coping strategies among residents identified that confrontation with a patient's death and overwork were the most common stress factors and stressful situation among residents around the world. In selected articles, avoidance as a coping strategy was the most described. Majority of articles did not specify stressful situations. A prospective study evaluating coping strategies and their potential predictors was conducted among general practice residents of Aquitaine throughout their internship. Quantitative data analysis revealed that each-of the three coping strategy categories studied, problem-based coping, emotion-based coping, and seeking support, remain stable between beginning, middle and end of internship. Qualitative data analysis revealed passive coping strategies were prevailing. Studies highlighting the stressful situations encountered would be useful to link them to the coping strategies used and identify the contexts of dysfunctional coping mechanisms to manage stress.

DISCIPLINE: Médecine Générale

MOTS-CLES : internes en médecine, stratégies de coping, situations stressantes, facteurs de stress.

**Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales,
146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex**