

2020-2021

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en PSYCHIATRIE**

**EVALUATION DE L'IMPACT  
PSYCHOLOGIQUE DU  
TRAVAIL CHEZ LE  
PERSONNEL DU SAMU 72**

**DECOUVELAERE Antoine**

Né le 11 mai 1992 à Lille (59)

**JULIENNE Adèle**

Née le 24 septembre 1994 à Paris XVIIème (75)

**Sous la direction de Mme MUGNIER Gabrièle**

Membres du jury

Madame la Professeure GOHIER Bénédicte | Présidente

Madame la Docteure MUGNIER Gabrièle | Directrice

Madame la Docteure DECIRON Florence | Membre

Monsieur le Docteur DENES Damien | Membre

Madame la Docteure RAZAFIMANANTSOA Griselda | Membre

Soutenue publiquement le :  
22 octobre 2021



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné Antoine DECOUVELAERE déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **10/09/2021**



Je, soussignée Adèle JULIENNE déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **16/09/2021**



# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS**

---

**Doyen de la Faculté : Pr Nicolas LEROLLE**

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :**

Pr Frédéric LAGARCE

**Directeur du département de médecine : Pr Cédric ANNWEILER**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie

FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie

RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine

CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine

ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
<b>PAST</b>		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
<b>ATER</b>		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
<b>AHU</b>		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

# REMERCIEMENTS

## Remerciements d'Antoine DECOUVELAERE

Au Professeur GOHIER, qui nous fait l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre accompagnement, votre écoute et votre disponibilité tout au long de mon internat.

A ma directrice de thèse, Docteure Gabrièle MUGNIER, pour son soutien et son accompagnement durant ce travail. Merci de nous avoir transmis ton savoir et d'avoir été si souvent présente.

Aux Docteurs DECIRON et RAZAFIMANANTSOA qui nous font l'honneur de participer au jury de notre thèse, mais aussi à Benjamin, et toutes les équipes du SAMU 72 pour cette aventure qui nous lie depuis deux ans. Merci d'avoir apporté des perspectives de travail entre la psychiatrie et les urgences.

Au Docteur Damien DENES qui nous fait l'honneur de participer au jury de notre thèse, mais aussi au Dr DEWI LE GAL, qui à eux deux m'ont donné le goût de la psychiatrie d'urgence et de liaison. Merci pour votre pédagogie.

A Adèle, ma co-thésarde mais surtout mon amie, de m'avoir supporté jusqu'au bout de ce travail. Sans toi, nous ne serions pas là ensemble et cette aventure nous a soudés. Merci de m'avoir témoigné ta confiance et ton amitié.

A tous les médecins de Caen et d'Angers, qui m'ont accompagné depuis le premier jour de mes études et m'ont donné goût à la psychiatrie.

A mes co-internes, qui m'accompagnent depuis l'internat. Merci de m'avoir soutenu.

A mes amis de Normandie : Adèle, Fabien, Flavie, Clarisse, Vincent, Moni, Laura et Juliette qui me connaissent depuis si longtemps et qui m'ont soutenu dans les moments difficiles.

A mes colocataires de rêve : Sarah, Anaïs, Camille, Jean, et Mikaël avec qui j'ai partagé des moments inoubliables. La maison des internes est devenue la maison du bonheur grâce à vous, et la chanson d'Allonnes continuera de résonner au milieu de la nuit.

A Noémie, pour ta bonne humeur, ton sourire permanent, et ta sagesse d'esprit.

A Édith, pour sa joie de vivre et son optimisme sans faille. Merci pour ton amitié et de m'avoir soutenu dans les moments importants.

A mes grands-parents, modèles de médecins, toujours soucieux de mon bonheur.

A mes parents, ma sœur Clara et mon frère Clément qui m'ont soutenu jusqu'à ce jour et sans qui rien n'aurait été possible. Merci de votre accompagnement depuis le début et d'avoir cru en mes rêves.

A Pierre, qui m'accompagne dans cette aventure. Merci pour ta présence, ta patience, et ton soutien, sans faille depuis le début, dans les moments heureux comme difficiles qui sont passés ou à venir.

# REMERCIEMENTS

## Remerciements d'Adèle JULIENNE

A Madame la Professeure Bénédicte GOHIER, merci pour votre accompagnement et votre enseignement tout au long de l'internat.

A Gabrièle, la meilleure des directrices, tout d'abord merci de m'avoir proposé ce projet pour la thèse, et de nous avoir si bien soutenus et accompagnés. Merci pour ta disponibilité, ta gentillesse, ta patience et pour ton accompagnement lors de mes stages à l'EPSM. Il me tarde de venir dans ton service pour terminer mon internat à tes cotés.

A Madame la Docteure Florence DECIRON, à Griselda et Benjamin, merci de votre confiance et de votre accueil au SAMU. J'ai pris beaucoup de plaisir et d'intérêt à travailler avec vous sur ce sujet.

A Monsieur le Docteur Damien DENES, merci d'avoir accepté de faire partie de notre jury, et merci de m'avoir apporté tes connaissances sur les urgences lors de mon premier semestre.

Au personnel du SAMU 72, merci d'avoir répondu au questionnaire et d'avoir rendu ce travail possible.

A Antoine, merci d'avoir été mon co-thésard, mon co-interne, mais avant tout mon ami. Je suis très heureuse d'avoir mené à bien ce projet avec toi.

A Monsieur le Professeur CAMUS, à Marion, Johanne et François, merci pour votre accueil à Tours, votre gentillesse, votre confiance mais surtout merci de votre soutien lors de l'écriture de la thèse dans les bons moments comme dans les plus difficiles.

A tous mes co-internes angevins, merci pour votre soutien et les bons souvenirs de l'internat.

A toute l'équipe de Loire D, merci pour votre accueil lors de mon stage, et merci pour l'amitié que vous me portez au-delà des portes du CESAME.

A Nasrine, Lucile et Cyrielle, merci pour votre amitié et votre soutien durant l'externat.

A la Dream Team, Rami et Claire, merci pour votre amitié, votre écoute, et à tous les bons moments passés ensemble.

A Mélissandre, merci de ton accueil, de ta bonne humeur et d'avoir été la meilleure co-interne dans une ville et un hôpital qui m'étaient inconnus. J'espère sincèrement te revoir et poursuivre cette amitié.

A tous mes amis Manceaux, Angevins, Parisiens et mes récents amis Tourangeaux qui se reconnaîtront, merci d'être là tout simplement.

A Juliette, « The Renard », merci pour toutes ces soirées just-dance, snk et sushis, j'ai hâte de te retrouver.

A Rita, merci d'être ma grande sœur italienne et pour ton soutien éternel.

A Sara et Camille, merci de votre amitié depuis le début de cette longue aventure de la médecine, j'ai beaucoup de chance de vous avoir rencontrées et d'avoir partagé plein de beaux moments en France et au-delà des frontières.

A Yoann, merci de m'avoir accueilli chez toi qui est the good place sur cette planète, merci de m'avoir convaincu que le chou n'est pas un aliment de l'enfer et merci d'être mon meilleur ami.

A toute la famille Cichon, merci mes chouffes de votre amour et de faire partie de ma vie.

A Papy et Mamyvonne, merci d'avoir toujours cru en moi.

A Emile et à mes parents, merci, c'est grâce à vous que je suis là aujourd'hui.

## Liste des abréviations

ARM	Agent de Régulation Médicale
CAH	Conducteur Ambulancier Hospitalier
COVID-19	COronaVIrus Disease 2019
DSM-5	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders-5
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EMS	Emergency Medical Services
ESA	Etat de Stress Aigu
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IES-R	Impact of Event Scale-Revised
LEC	Life Event Checklist
MBI	Maslach Burnout Inventory
PCL-S	Posttraumatic stress disorder Checklist Scale
ProQOL-V	Professional Quality of Life Scale-V
PSS	Perceived Stress Scale
QSPT	Questionnaire de Stress Post-Traumatique
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SEPS	Syndrome d'épuisement professionnel des soignants
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TSPT	Trouble de Stress Post-Traumatique

# **Plan**

## **INTRODUCTION**

## **MÉTHODES**

## **RÉSULTATS**

- 1. Caractéristiques de la population étudiée**
- 2. Recherche d'exposition à un événement traumatogène**
- 3. Facteurs de risque de fatigue compassionnelle**
- 4. ProQOL-V**
- 5. PSS-10**
- 6. PCL-S**
- 7. IES-R**

## **DISCUSSION**

- 1. Limites de l'étude**
- 2. La fatigue compassionnelle**
  - 2.1. Prévalence et spécificités de la médecine d'urgence
  - 2.2. Facteurs de risque
- 3. Le psycho-traumatisme**
  - 3.1. L'ESA et le TSPT
  - 3.2. Les traumatismes indirects
- 4. Contexte et perspectives**
  - 4.1. Contexte sanitaire de la pandémie de la COVID-19
  - 4.2. La violence comme événement traumatogène
  - 4.3. Prévention et prise en charge précoce

## **CONCLUSION**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **LISTE DES TABLEAUX**

## **TABLE DES MATIERES**

## **ANNEXES**

- 1. Critères diagnostiques du DSM-5 pour l'ESA**
- 2. Critères diagnostiques du DSM-5 pour le TSPT**
- 3. Questionnaire diffusée auprès des participants**
- 4. Avis du groupe d'éthique du centre hospitalier du Mans**

# **Évaluation psychologique de l'impact du travail chez le personnel du SAMU 72**

**Auteurs :** Antoine DECOUVELAERE<sup>a,d</sup>, Adèle JULIENNE<sup>a,d</sup>, Benjamin WINTENBERGER<sup>b</sup>, Griselda RAZAFIMANANTSOA<sup>b</sup>, Gabrièle MUGNIER<sup>c</sup>, Bénédicte GOHIER<sup>a,d</sup>

Affiliations :

- (a) Centre Hospitalier Universitaire Angers
- (b) Centre Hospitalier du Mans
- (c) Établissement Public de Santé Mentale de la Sarthe
- (d) Faculté de Santé de l'Université d'Angers

Répartition du travail :

## **DECOUVELAERE Antoine**

Participation à la recherche bibliographique

Création et diffusion du questionnaire

Rédaction des parties communes (introduction, méthodologie, résultats, discussion, conclusion)

## **JULIENNE Adèle**

Participation à la recherche bibliographique

Création et diffusion du questionnaire

Rédaction des parties communes (introduction, méthodologie, résultats, discussion, conclusion)

## **RESUME**

**Introduction** : L'exercice de la médecine d'urgence expose à un risque de fatigue compassionnelle et à des évènements traumatogènes, pouvant entraîner une symptomatologie invalidante et des répercussions importantes. Notre objectif est d'évaluer l'impact psychologique du travail parmi le personnel du SAMU 72.

**Sujets et Méthodes** : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle et transversale à visée descriptive réalisée sur une période de 4 mois auprès du personnel du SAMU 72, au moyen de la passation d'un auto-questionnaire.

**Résultats** : 44 des 123 professionnels du service (36%) ont participé. 75% présentent au moins deux facteurs de risque de fatigue compassionnelle. 75% ont une satisfaction de compassion élevée. 75% ont un stress perçu faible. 95% ont été exposés à « une mort brutale et violente, accidentelle ou non » au travail. La moitié présente un épuisement professionnel et un stress traumatique secondaire modéré. 16% ont une probabilité élevée de TSPT.

**Conclusion** : La fatigue compassionnelle et le psycho traumatisme sont des éléments retrouvés dans notre échantillon. Des formations spécifiques sur les risques psychotraumatiques de l'activité au SAMU éviteraient la constitution ou l'aggravation d'éventuels troubles. Des dépistages systématiques permettraient d'orienter les soignants et de proposer une prise en charge adaptée de manière précoce.

# INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, l'impact du psycho traumatisme ne cesse de faire l'objet d'articles, notamment dans le domaine du soin.

Selon le DSM-5, l'événement traumatisant se définit comme une exposition à la mort, une menace de mort, des blessures graves, ou des violences sexuelles (1). L'exposition peut survenir de plusieurs façons et notamment au travail : soit le sujet est exposé directement à l'événement ; soit il en est le témoin direct sur une autre personne ; soit il en est le témoin indirect en apprenant ce qui est arrivé à un proche (l'événement doit avoir été violent ou accidentel) ; soit il est exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatisants. Un événement traumatisant peut être à l'origine de troubles psychiatriques. Le DSM-5 fait la distinction entre l'état de stress aigu (ESA) et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Annexes 1 et 2).

Il existe également des traumatismes secondaires qui sont les conséquences d'une exposition traumatisante de façon directe ou indirecte dans le milieu professionnel. Ils peuvent être de deux types : le traumatisme vicariant qui est l'effondrement purement cognitif des croyances qui impacte le soignant sur le plan professionnel et personnel (2,3) ; et l'état de stress traumatisant secondaire qui est la réaction comportementale et émotionnelle lors de l'exposition à un traumatisme au travail, c'est-à-dire en apportant de l'aide à une personne traumatisée (4).

L'épuisement professionnel, encore appelé « *burnout* », est défini dans la littérature comme une « fatigue physique et émotionnelle qui amène l'individu à une conception négative de soi, à des attitudes négatives au travail et à une diminution progressive et importante de son implication ». Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) est composé

de 3 facteurs qui sont l'épuisement émotionnel, la distanciation et la perte de sens d'accomplissement de soi au travail (5-9).

L'association d'un épuisement professionnel et d'un traumatisme secondaire sont les composantes directes de la fatigue compassionnelle (10). Elle est basée sur le concept de la qualité de vie du professionnel, qui influence les soins qu'il procure au patient. Le professionnel de santé peut tirer une satisfaction de compassion, ou au contraire éprouver une véritable détresse (11,12).

Une étude de 2016 (13) a modélisé les processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux tels que la surcharge de travail, la perte de sens au travail, ou la surexposition à l'empathie. Les soignants étant soumis au stress en lien avec la prise en charge d'êtres humains souffrant de pathologies diverses et variées, parfois en grande détresse ou en fin de vie, sont donc une population à risque d'épuisement professionnel. La médecine d'urgence est l'une des professions les plus exposées à ce stress qui s'installe quand les « capacités d'adaptation de l'individu sont dépassées, avec des situations qui perdurent » (5,8,14). Les personnels soignants du service d'aide médicale d'urgence (SAMU) sont particulièrement confrontés à des situations pouvant être traumatogènes ou de stress multiple, intense et répété (8,14).

L'épuisement professionnel, les traumatismes secondaires et les TSPT sont encore des sujets peu étudiés sur cette population avec peu de données sur la prévalence. La proposition de soins psychiatriques et psychologiques n'est pas systématique alors qu'un dépistage précoce et une prise en charge sont essentiels pour éviter le maintien ou l'aggravation des troubles et leurs conséquences. A ce jour, il n'existe pas de prise en charge spécifique ni d'outils de prévention dans l'équipe du SAMU de la Sarthe. L'objectif de cette étude est donc de mesurer l'impact psychologique du travail chez le personnel du SAMU de la Sarthe.

## MÉTHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique monocentrique, observationnelle et transversale, portant sur des variables quantitatives. Elle a été menée auprès du personnel du SAMU 72 intervenant dans la prise en charge de patients.

Les critères d'inclusion étaient : exercer la profession de médecin, infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE), conducteur ambulancier hospitalier (CAH) ou assistant de régulation médical (ARM) au sein du SAMU 72 ; avoir plus de 18 ans ; être affilié ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale. Les critères de non-inclusion étaient : personne privée de liberté par décision judiciaire ou administrative ; personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement ; personne faisant l'objet d'une mesure de protection légale ; personne hors d'état d'exprimer son consentement.

Les données ont été recueillies sur une période de 4 mois, à l'aide d'un questionnaire (Annexe 3) rempli en présence d'un psychiatre. Le recueil des données s'est effectué de manière anonyme, chaque participant s'étant vu attribuer un numéro d'anonymat.

Les données recueillies à l'entretien se divisaient en différentes parties :

- le recueil des données démographiques incluant le sexe, l'âge, la situation personnelle, la profession, et l'ancienneté au SAMU ;
- l'exposition à un ou des événements potentiellement pourvoyeuses de stress (liste inspirée de la *Life Event Checklist*) ;
- la présence ou non de facteurs de risque de fatigue compassionnelle ;

- quatre échelles psychométriques validées dans la littérature portant sur l'évaluation des symptômes de stress, d'ESA, et de TSPT : le risque de fatigue compassionnelle évalué par l'échelle *Professional Quality Of Life version V* (ProQOL-V) (12), l'état de stress perçu évalué par la *Perceived Stress Scale 10* (PSS-10) (13), les symptômes de stress post-traumatiques dépistés par l'échelle *Posttraumatic stress disorder Checklist Scale* (PCL-S) (14-16) et les conséquences semi-retardées d'un événement stressant par l'échelle *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R) (17,18).

Un TSPT est évoqué lorsqu'il y a : un score supérieur ou égal à 44 à la PCL-S (15-17) et/ou un score supérieur ou égal à 36 à l'IES-R (18,19). Nous avons défini un état de vulnérabilité par : un risque d'épuisement professionnel élevé et/ou une satisfaction de compassion faible et/ou un risque de traumatisme secondaire élevé pour la ProQOL-V (20) ; un score compris entre 34 et 43 à la PCL-S (15-17) ; et un score compris entre 22 et 35 à l'IES-R (18,19). En cas d'état de vulnérabilité et/ou de suspicion de TSTP, les participants ont été orientés vers une prise en charge psychologique ou psychiatrique.

Une analyse descriptive a été réalisée. Les variables catégorielles sont exprimées en nombre et pourcentage. Les données ont été interprétées avec le logiciel XLSTAT®.

Un avis favorable a été donné par le comité d'éthique du CHM le 23 janvier 2020. De plus, les réponses aux questionnaires font suite à un accord éclairé des participants et un accord oral de non-opposition a été sollicité auprès de chaque sujet (Annexe 4).

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques de la population étudiée

Parmi les 123 professionnels du SAMU 72, 44 (36%) ont participé à l'étude. Le tableau I représente le taux de participation en fonction de la profession. Les caractéristiques de la population de l'étude sont détaillées dans le tableau II.

Tableau I : Taux de répondants par profession

PROFESSION	Nombre de répondants (n)	Nombre au SAMU 72 (N)	Proportion des répondants (%)
ARM	5	28	18%
CAH	7	15	47%
IADE	16	47	34%
MEDECIN	16	33	48%
TOTAL	44	123	36%

Tableau II : Caractéristiques de la population de l'étude

VARIABLE		n (%)
SEXÉ	Homme	21 (48%)
	Femme	23 (52%)
AGE	18-29 ans	3 (7%)
	30-49 ans	31 (70%)
	50-65 ans	10 (23%)
PROFESSION	ARM	5 (11%)
	CAH	7 (16%)
	IADE	16 (36,5%)
	MEDECIN	16 (36,5%)
	Moins de 1 an	1 (2%)
VARIABLE		n (%)
EXPERIENCE AU SAMU	Plus de 10 ans	19 (43%)
	5 à 10 ans	15 (34%)
	1 à 5 ans	9 (21%)
	Plus de 10 ans	19 (43%)
STATUT MARITAL	Célibataire sans enfant	6 (14%)
	En couple sans enfant	7 (16%)
	En couple avec enfant	31 (70%)

## 2. Recherche d'exposition à un événement traumatisant

L'ensemble des réponses au questionnaire inspiré de la *Life Event Checklist* se trouve dans le tableau III.

Tableau III : Réponses au questionnaire inspiré de la *Life Event Checklist*

	Catastrophe naturelle	Accident de transport	Grave accident domestique ou accident durant un loisir	Agression physique	Agression sexuelle	Viol	Exposition à une maladie ou une blessure avec menace vitale	Exposition à une souffrance humaine sévère	Exposition à une mort brutale et violente, accidentelle ou non	Exposition à une blessure grave, ou un décès dont vous êtes à l'origine	Autre expérience ou événement que vous jugez stressant
<b>ARM (n=5)</b>											
<b>Personnellement</b>	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)							1 (20%)	
<b>A un proche</b>	1 (20%)	3 (60%)	3 (60%)	3 (60%)	3 (60%)	3 (60%)	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)		1 (20%)
<b>Au travail</b>	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	2 (40%)	2 (40%)	5 (100%)	5 (100%)		2 (40%)
<b>Non concerné</b>	4 (80%)									5 (100%)	3 (60%)
<b>CAH (n=7)</b>											
<b>Personnellement</b>	1 (14%)	3 (43%)	1 (14%)	2 (29%)					2 (29%)	2 (29%)	1 (14%)
<b>A un proche</b>	3 (43%)	2 (29%)	(0%)					2 (29%)	1 (14%)		
<b>Au travail</b>	1 (14%)	4 (57%)	3 (43%)	2 (29%)	1 (14%)	5 (71%)	6 (86%)	6 (86%)	6 (86%)		1 (14%)
<b>Non concerné</b>	5 (71%)	2 (29%)	2 (29%)	3 (43%)	7 (100%)	6 (86%)	1 (14%)	1 (14%)	1 (14%)	7 (100%)	5 (71%)
<b>IADE (n=16)</b>											
<b>Personnellement</b>	3 (19%)	6 (38%)	3 (19%)	4 (25%)				3 (19%)	9 (56%)	6 (38%)	4 (25%)
<b>A un proche</b>	2 (13%)	8 (50%)	2 (13%)	2 (13%)	1 (6%)	1 (6%)	8 (50%)	10 (63%)	3 (19%)		3 (19%)
<b>Au travail</b>	3 (19%)	9 (56%)	8 (50%)	9 (56%)	1 (6%)	2 (13%)	16 (100%)	14 (88%)	15 (94%)		3 (19%)
<b>Non concerné</b>	10 (63%)	2 (13%)	6 (38%)	5 (31%)	14 (88%)	14 (88%)	(0%)	(0%)	1 (6%)	16 (100%)	10 (63%)
<b>MÉDECIN (n=16)</b>											
<b>Personnellement</b>	4 (25%)	8 (50%)	2 (13%)	8 (50%)	1 (6%)		2 (13%)	8 (50%)	4 (25%)	1 (6%)	5 (31%)
<b>A un proche</b>	3 (19%)	5 (31%)	3 (19%)	5 (31%)	1 (6%)		5 (31%)	9 (56%)	6 (38%)		3 (19%)
<b>Au travail</b>	5 (31%)	10 (63%)	9 (56%)	10 (63%)	3 (19%)	4 (25%)	12 (75%)	16 (100%)	16 (100%)	2 (13%)	8 (50%)
<b>Non concerné</b>	6 (38%)	2 (13%)	6 (38%)	6 (38%)	11 (69%)	12 (75%)	2 (13%)		13 (81%)	8 (50%)	
<b>ENSEMBLE DES PARTICIPANTS (n=44)</b>											
<b>Personnellement</b>	8 (18%)	17 (39%)	6 (14%)	14 (32%)	1 (2%)		5 (11%)	20 (45%)	12 (27%)	1 (2%)	11 (25%)
<b>A un proche</b>	6 (14%)	17 (39%)	10 (23%)	7 (16%)	2 (5%)	1 (2%)	17 (39%)	21 (48%)	10 (23%)		7 (16%)
<b>Au travail</b>	10 (23%)	26 (59%)	23 (52%)	24 (52%)	7 (16%)	10 (23%)	38 (86%)	41 (93%)	42 (95%)	2 (5%)	14 (32%)
<b>Non concerné</b>	25 (57%)	7 (16%)	15 (34%)	16 (35%)	34 (77%)	3 (7%)	1 (2%)	2 (5%)	41 (93%)	26 (59%)	

### 3. Facteurs de risque de fatigue compassionnelle

Le tableau IV détaille l'ensemble des réponses des participants sur la recherche des facteurs de risque de fatigue compassionnelle. La proportion des différents facteurs de risque de fatigue compassionnelle selon la catégorie professionnelle et pour l'ensemble des participants est représentée dans la figure 1.

Tableau IV : Facteurs de risque de fatigue compassionnelle

	Absence de mode de vie sain		Absence de soutien social de bonne qualité		Mauvaises gestions des émotions, bonne capacité d'adaptation		Absence de satisfaction personnelle de venir en aide à des individus, sentiment d'inefficacité		Temps de vacances ou de récupération estimés comme insuffisants		Charge de travail estimée comme démesurée	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>ARM</b>	1	20%	0	0%	0	0%	0	0%	1	20%	1	20%
<b>CAH</b>	1	14%	0	0%	0	0%	0	0%	2	29%	0	0%
<b>IADE</b>	4	25%	0	0%	1	6%	1	6%	5	31%	7	44%
<b>MEDECIN</b>	4	25%	1	6%	0	0%	0	0%	11	69%	8	50%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>23%</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>19</b>	<b>43%</b>	<b>16</b>	<b>36%</b>
	Soutien des supérieurs et des pairs de mauvaise qualité		Epuisement professionnel antérieur		Pas d'accès à des séances de débriefing ou de supervision fréquentes et régulières		Absence de connaissance et informations des risques psychosociaux liés à votre exercice		Pas d'accès à des consultations de médecine du travail régulières		Pas d'accessibilité à des cours/formations jugée comme satisfaisante	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>ARM</b>	0	0%	2	40%	4	80%	3	60%	2	40%	0	0%
<b>CAH</b>	3	43%	1	14%	6	86%	2	29%	3	43%	3	43%
<b>IADE</b>	8	50%	6	38%	14	88%	4	25%	7	44%	7	44%
<b>MEDECIN</b>	1	6%	8	50%	11	69%	7	44%	12	75%	4	25%
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>27%</b>	<b>17</b>	<b>39%</b>	<b>35</b>	<b>80%</b>	<b>16</b>	<b>36%</b>	<b>24</b>	<b>55%</b>	<b>14</b>	<b>32%</b>

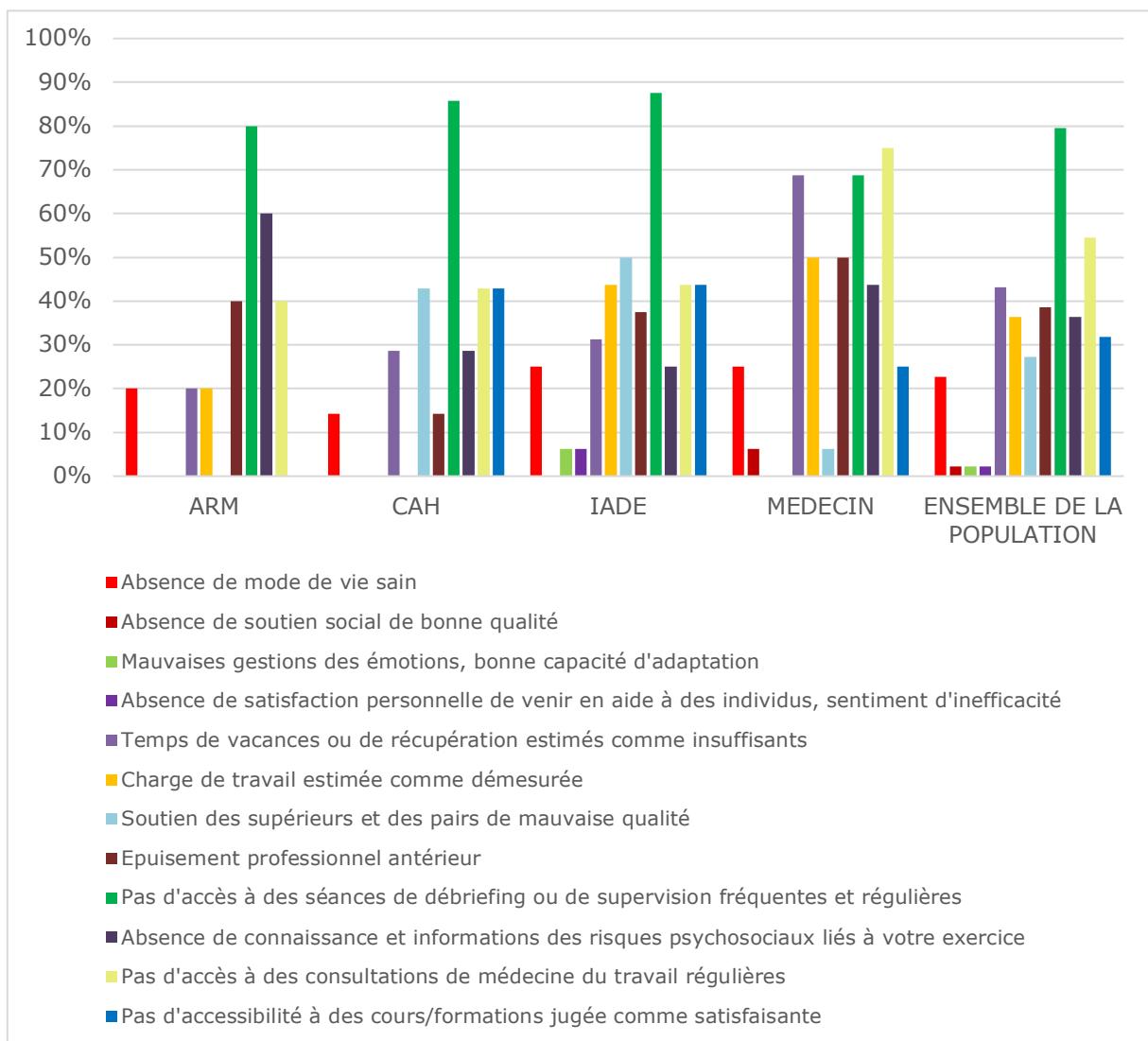


Figure 1 : Présence des facteurs de risque de fatigue compassionnelle

Sur l'ensemble de l'échantillon, la médiane du nombre de facteurs de risque de fatigue compassionnelle était de 4. Le premier quartile est 2 et le troisième est 5. La répartition des scores selon la catégorie professionnelle est représentée dans la figure 2.

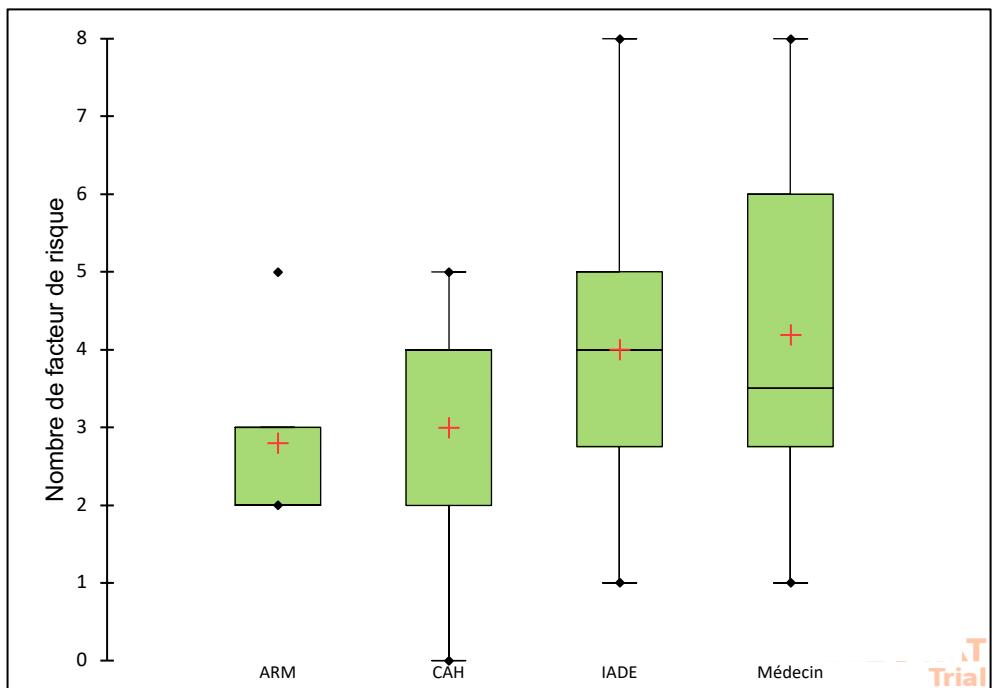


Figure 2 : Nombre de facteurs de fatigue compassionnelle

#### 4. ProQOL-V

Les résultats de l'échelle psychométrique PRoQOL-V de l'ensemble de l'échantillon sont représentés dans le tableau V. Les répartitions en fonction de la catégorie professionnelle sont représentées dans les figures 3, 4 et 5.

Tableau V : Analyse descriptive du questionnaire PRoQOL-V

	1ER QUARTILE	MEDIANE	3E QUARTILE
<b>SATISFACTION DE COMPASSION</b>	36	40	43
<b>EPUISEMENT PROFESSIONNEL</b>	18	22,5	25,8
<b>STRESS TRAUMATIQUE SECONDAIRE</b>	18,75	23	26,25

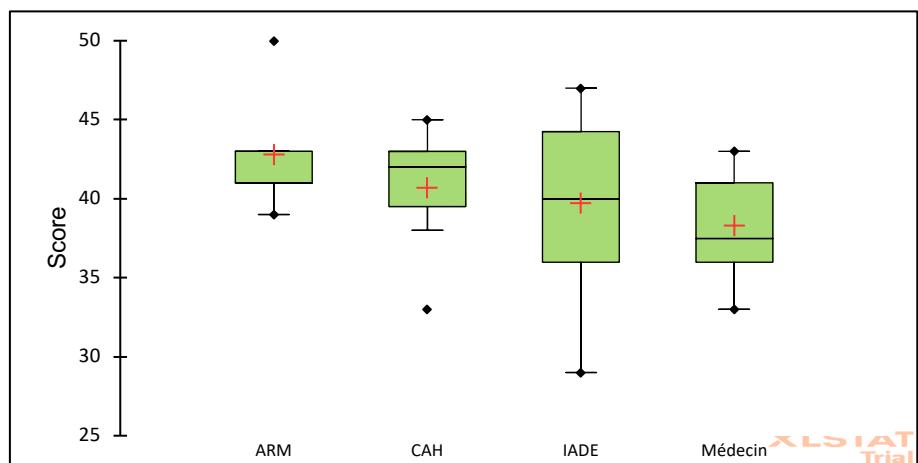


Figure 3 : Sous-catégorie « satisfaction de compassion » de la PRoQOL-V

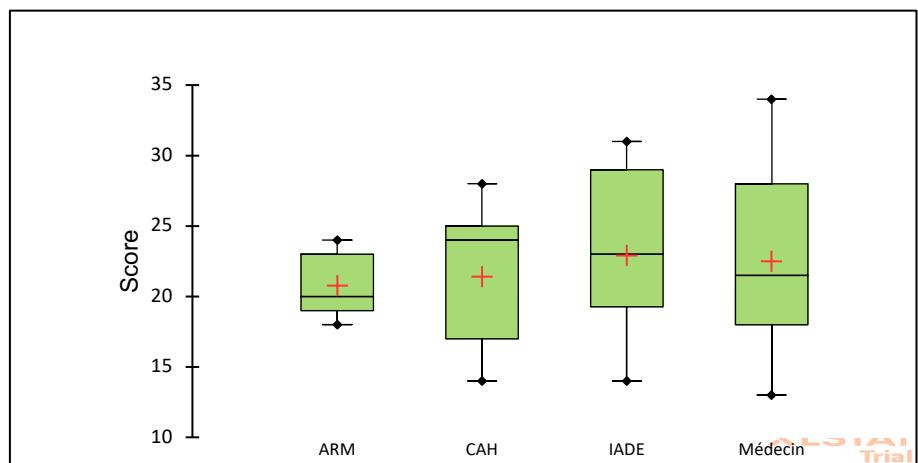


Figure 4 : Sous-catégorie « épuisement professionnel » de la PRoQOL-V

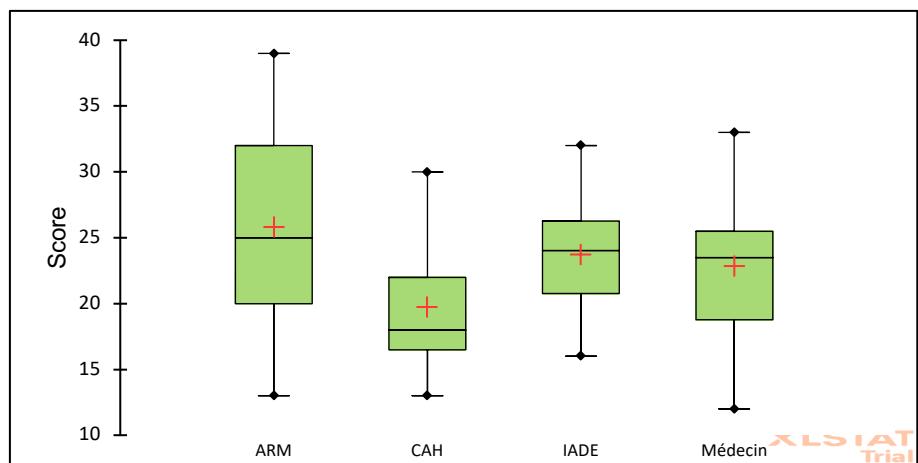


Figure 5 : Sous-catégorie « stress traumatique secondaire » de la PRoQOL-V

La répartition des scores des 3 sous catégories de l'échelle en fonction de la catégorie socio-professionnelle est détaillée dans la figure 6.

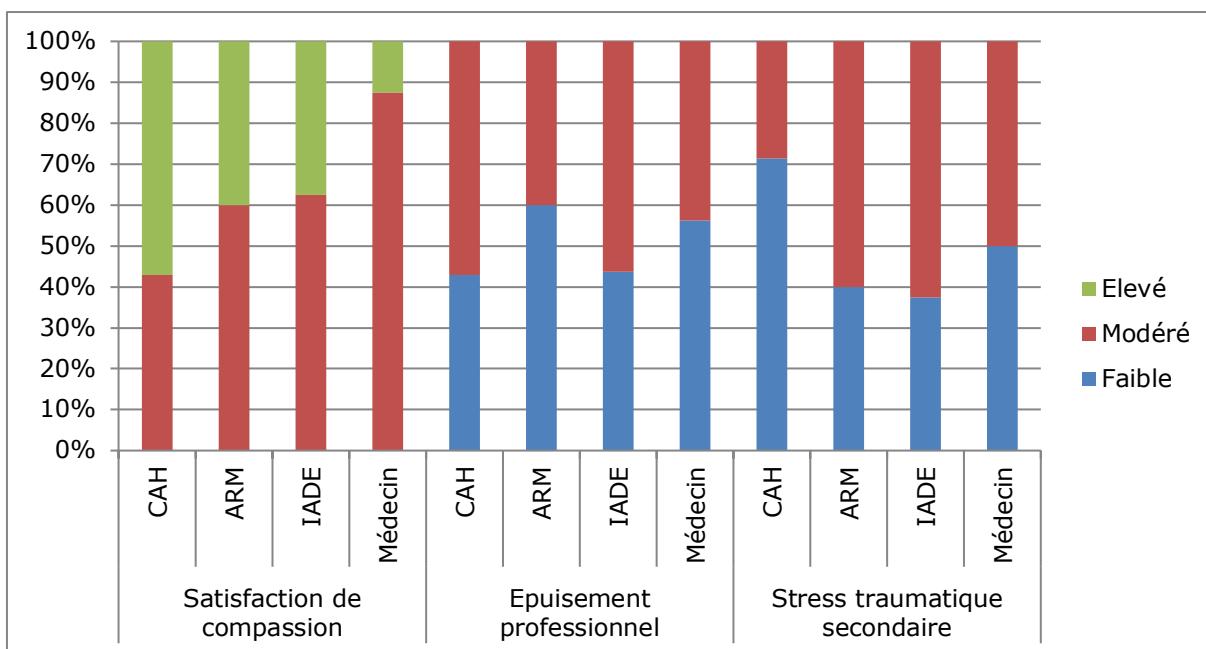


Figure 6 : Répartition des sous-scores de la PRoQOL-V

## 5. PSS-10

La médiane pour l'ensemble de l'échantillon est 14. Le premier et le troisième quartile sont respectivement 9 et 20,5. La répartition des scores de l'échelle selon la catégorie professionnelle est représentée dans la figure 7.

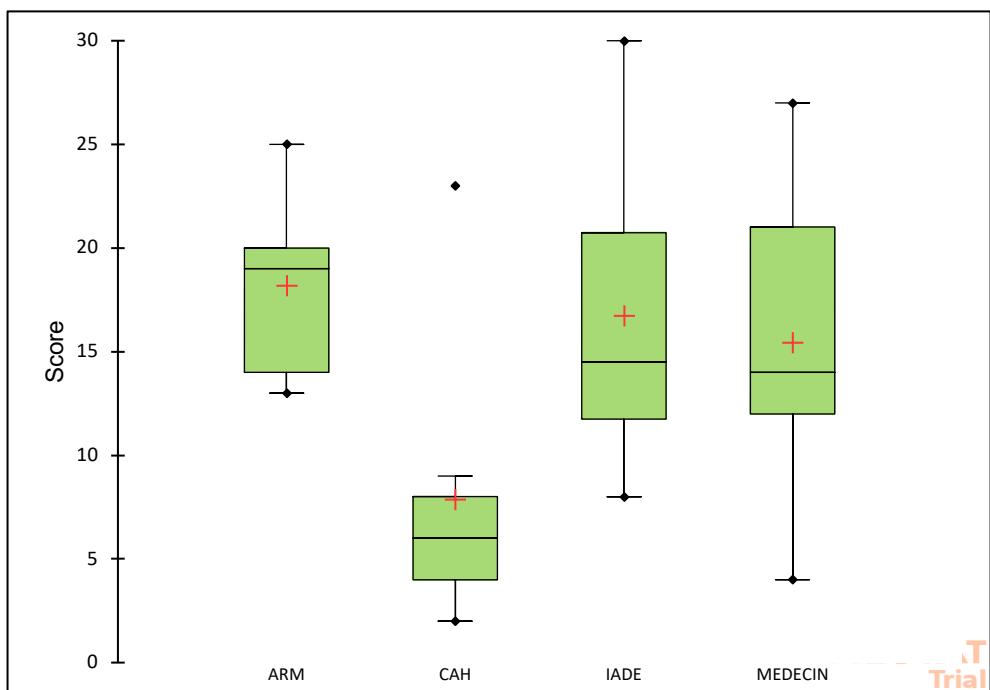


Figure 7 : Scores de la PSS-10

## 6. PCL-S

La médiane de l'échelle psychométrique PCL-S pour l'ensemble de l'échantillon est 27,5. Le premier et le troisième quartile sont respectivement 19 et 37. Le score selon la catégorie professionnelle est représenté dans la figure 8.

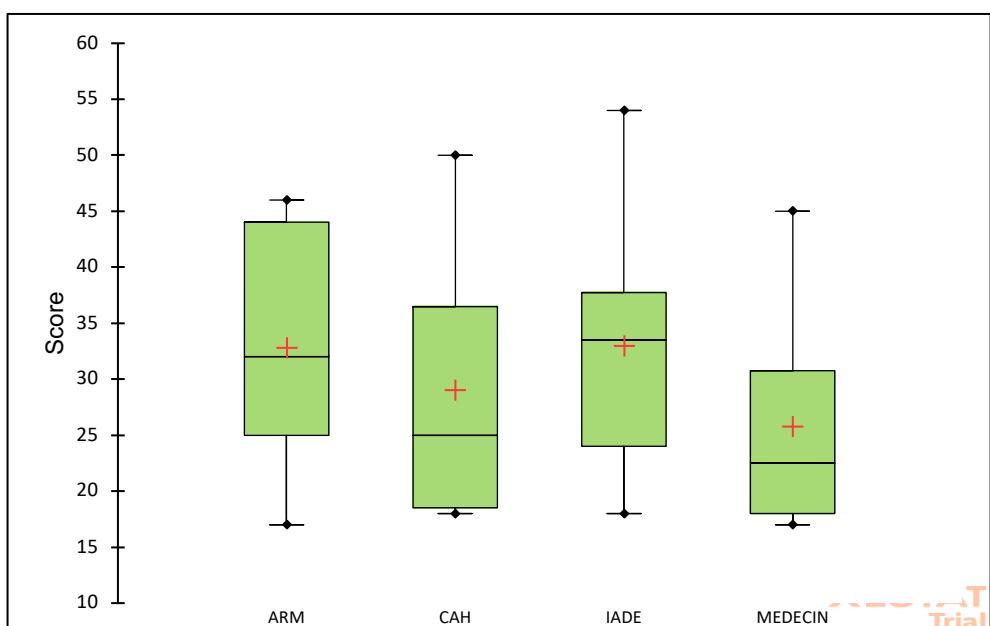


Figure 8 : Scores de la PCL-S

La figure 9 représente la répartition des scores de la PCL-S selon les intervalles décrits dans la littérature :

- Probabilité faible de TSPT pour un score inférieur à 34 ;
- Probabilité intermédiaire pour un score entre 34 et 43 ;
- Probabilité élevée d'un TSPT pour un score supérieur à 43.

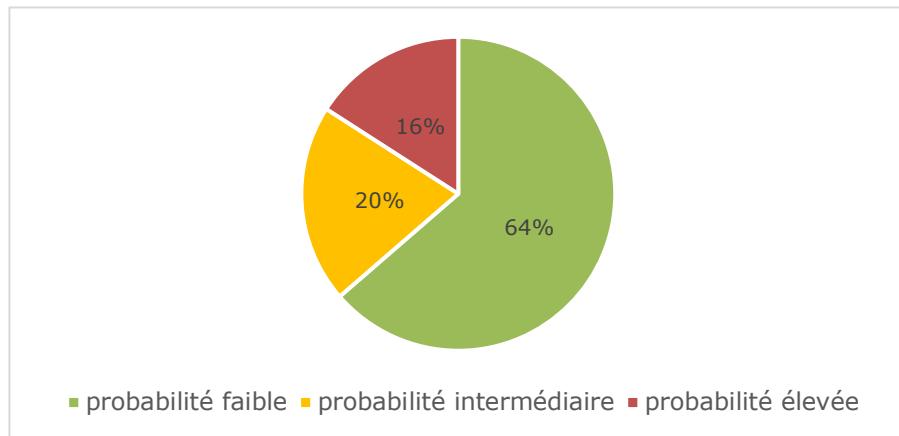


Figure 9 : Probabilité de la présence d'un TSPT selon les résultats de la PCL-S

## 7. IES-R

La médiane de l'échelle IES-R pour l'ensemble de l'échantillon est 7,5. Le premier et le troisième quartile sont respectivement 0 et 21,25. La répartition des scores selon la catégorie professionnelle est représentée dans la figure 10.

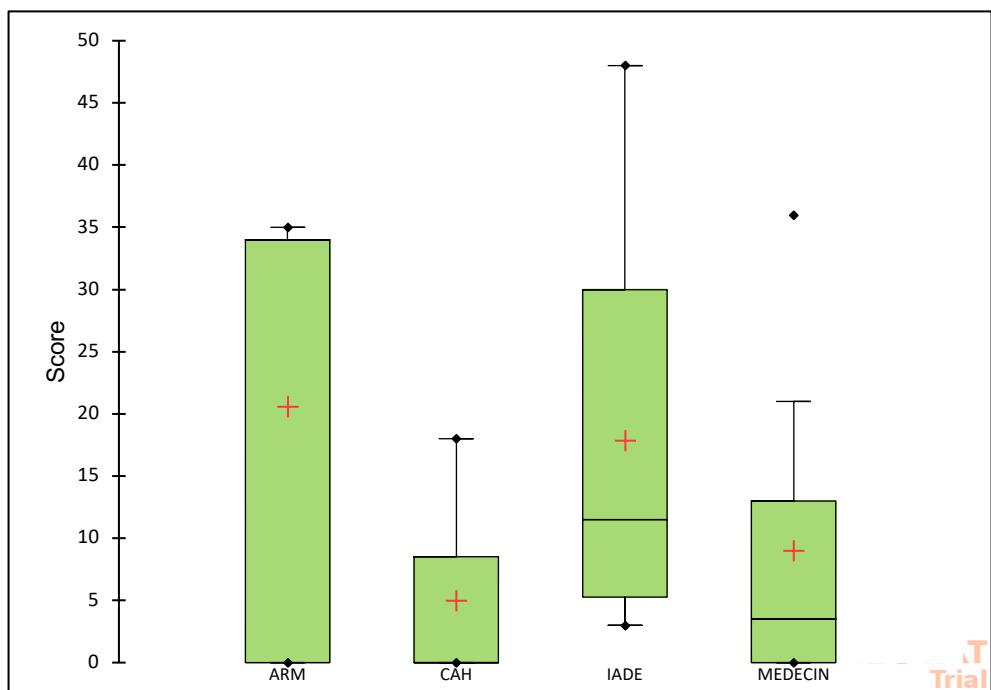


Figure 10 : Scores de l'IES-R

La figure 11 représente la répartition des scores de l'IES-R selon les intervalles définis par les auteurs :

- Non significatif pour un score inférieur à 22 ;
- Évocateur d'un stress aigu pour un score compris entre 22 et 35 ;
- Suspect d'un TSPT pour un score supérieur à 35.

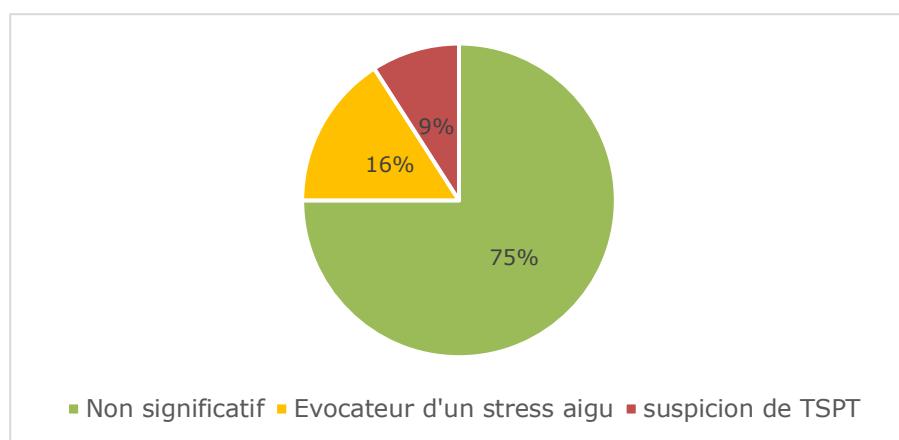


Figure 11 : Probabilité diagnostique selon les résultats de l'IES-R

# **DISCUSSION**

75% de l'échantillon présentent au moins 2 facteurs de risque de fatigue compassionnelle, 80% décrivent l'absence d'accès à des séances de débriefing ou de supervision fréquente et régulière. La satisfaction de compassion est élevée pour les ¾ de l'échantillon, mais avec un épuisement professionnel et un stress traumatique secondaire modéré pour la moitié d'entre eux. Toutefois, le stress perçu est faible pour les ¾ de l'échantillon. Concernant le psycho-traumatisme, 95% ont été exposés à « une mort brutale et violente, accidentelle ou non » au travail. Entre 9 et 16% ont une probabilité élevée de TSPT. Les ARM et les IADE semblent les deux sous-échantillons les plus à risque de fatigue compassionnelle et de TSPT.

## **1. Limites de l'étude**

La petite taille (36% du personnel du SAMU 72) de l'échantillon ne permet pas de réaliser d'analyses comparatives sur les données recueillies avec une puissance satisfaisante.

Comme la participation des sujets est basée sur le volontariat et que les proportions des catégories professionnelles ne sont pas représentatives, ce sont des biais de sélection. Il est important de souligner l'évitement qui est un symptôme de l'ESA et du TSTP et qui pourrait potentiellement conduire à une moindre participation.

Les différentes échelles psychométriques utilisées dans le questionnaire sont des auto-évaluations à remplir par le sujet lui-même, ce qui crée un biais d'information. Bien qu'une information médicale fût donnée pendant cet entretien afin de limiter ce biais, la réponse dépend de la compréhension du sujet et donc influe sur le recueil de l'information.

Nous ne pouvons pas écarter la possibilité d'un biais de désirabilité sociale. Les participants de l'étude ont pu remplir les différents questionnaires avec l'envie de gagner une

évaluation positive des examinateurs. De plus, cette étude pouvant avoir des répercussions sur leurs conditions de travail de manière positive, cela a pu majorer ce potentiel biais.

Enfin, les questionnaires portant sur la recherche d'événements passés, cela demande une remémorisation biographique pouvant induire un biais de rappel.

## 2. La fatigue compassionnelle

### 2.1. Prévalence et spécificités de la médecine d'urgence

Dans notre travail, nous avons évalué la perception du stress par les participants via la PSS-10. La moitié des participants avaient un score au moins égal à 14 témoignant d'un stress modéré ou élevée. Une corrélation a été démontrée dans l'étude de Laurent et *al.* entre l'intensité du stress professionnel et l'intensité de l'épuisement professionnel. Leurs résultats confirment que les intervenants SAMU/SMUR sont à haut risque de développer un syndrome d'épuisement professionnel (14), ce que nous retrouvons dans notre étude avec la moitié des participants ayant un épuisement professionnel. L'information et la prévention sur ce sujet s'imposent.

Dans notre étude, la moitié des participants ont une fatigue compassionnelle modérée (épuisement professionnel et stress traumatique secondaire modérés). Cependant aucun participant ne présente un score élevé et 75% de l'échantillon ont une satisfaction de compassion élevée. Dans la littérature, c'est l'épuisement professionnel qui est principalement étudié, à l'aide notamment du questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI) qui explore les trois dimensions du SEPS. Girault-Lidvan parle d'un épuisement professionnel plus spécifique à la médecine d'urgence caractérisé par : un faible niveau d'épuisement émotionnel (censure des réactions émotionnelles considérées comme « professionnellement indésirables »), un niveau élevé de la déshumanisation de la relation (en lien avec la détresse du patient

nécessitant une grande technicité) et enfin un niveau moyen de baisse de l'accomplissement de soi qui est marquée par une démotivation, un doute sur ses compétences et une dévalorisation (8). Laurent et Chahraoui retrouvent des résultats similaires sur le SEPS dans leur étude réalisée auprès de 69 intervenants SMUR (5). Ils détaillent aussi que les intervenants SMUR présenteraient des capacités d'adaptation supérieures aux autres spécialités hospitalières.

Il est difficile de faire un comparatif avec notre étude et les données de la littérature du fait d'un échantillon plus petit et de l'utilisation d'outils de mesures diagnostiques différents. La présence d'une proportion importante d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire modérés pourraient être contrebalancée par une satisfaction de compassion élevée chez 75% des intervenants montrant de bonnes capacités d'adaptation.

## 2.2. Facteurs de risque

Selon la littérature, les facteurs de risque de fatigue compassionnelle sont individuels ou organisationnels (21). Les facteurs de risque qui sont les plus souvent retrouvés sont : le manque de soutien, l'ambiguïté des rôles dans le travail, la charge de travail excessive, et la désorganisation du travail notamment par les interruptions de tâches (9,21,22). Dans notre étude, 75% des participants ont au moins 2 facteurs de risque de fatigue compassionnelle. Ceux qui ont été retrouvés le plus fréquemment ont été : l'absence « d'accès à des séances de débriefing ou de supervision fréquentes et régulières » (80%), l'absence « d'accès à des consultations de médecine du travail régulières » (55%) et l'absence « d'un temps de vacances ou de récupération estimés comme suffisants » (43%).

Kalboussi et al. (22) ont réalisés une enquête transversale multicentrique portant sur 129 intervenants SAMU/SMUR. Ils ont identifié différents facteurs de risque associés à l'épuisement professionnel sévère de manière significative ( $p<0,001$ ) : âge < 35 ans,

célibataire, troubles du sommeil, insomnie, ancienneté professionnelle < 10 ans, travail au poste d'intervention, charge de travail, volume horaire effectué par semaine, non-profit d'un repos compensateur, mauvaises conditions de travail, score de demande psychologique élevé.

En comparant avec nos résultats, la population est majoritairement en couple (86%) avec une expérience professionnelle supérieure à 10 ans (43%). Ce sont donc principalement des facteurs organisationnels qui sont mis en avant chez les professionnels du SAMU 72. Le sous-échantillon des IADE présente le plus de facteurs de risque de fatigue compassionnelle avec une médiane à 4, un premier et un troisième quartile à respectivement 2,5 et 5. Les facteurs individuels (comme le mode de vie sain ou la bonne gestion des émotions) à l'inverse ne semblent pas prédominants.

### 3. Le psycho-traumatisme

#### 3.1. L'ESA et le TSPT

95% des participants ont été exposé à « une mort brutale et violente, accidentelle ou non » au travail. De même, 93% ont été exposées au travail à « une souffrance humaine sévère », et 86% à « une maladie ou une blessure avec menace vitale ». L'activité au sein du SAMU pourrait donc être considérée comme pourvoyeuse de traumatismes en tant que telle dans toutes les catégories professionnelles étudiées.

Dans notre étude, nous pouvons voir que 16% ont un score compris entre 22 et 35 sur l'échelle IES-R suggérant la présence d'un ESA. Selon l'étude de Laurent et al., environ 38% des intervenants SAMU souffrent d'un ESA à la suite d'une intervention (14). Ces différences constatées entre nos résultats et ceux de Laurent et al. pourraient s'expliquer par un biais d'information lié à l'interprétation de la consigne de cette échelle, qui, à notre sens, paraît peu précise.

16% des participants ont un score supérieur à 43 à la PCL-S, et 9% ont un score supérieur à 35 à l'IES-R. Nous retrouvons un total de 20% sur l'ensemble de l'échantillon ayant potentiellement un TSPT. Cependant, il s'agit d'échelles de dépistage ne pouvant se substituer à une évaluation médicale en entretien et il est probable que la prévalence réelle soit plus basse. Les catégories professionnelles qui semblent plus impactées sont les ARM et les IADE.

De Stefano et *al.* ayant travaillés sur l'impact des attaques terroristes de 2015, concluaient que les primo-intervenants des attentats du Bataclan avaient 2,76 fois plus de risque de présenter un diagnostic de TSPT par rapport à leurs collègues qui ne sont pas intervenus sur cet événement (23). Dans l'étude de Laurent et *al.*, la présence d'un TSPT a été recherchée par le Questionnaire de Stress Post-Traumatique (QSPT). 48 soignants sur les 50 ont été exposés à un événement traumato-gène, 8 d'entre eux présentaient un seul critère de TSPT (soit la présence de symptômes de répétition, de symptômes d'évitement ou de symptômes d'hyper vigilance), 1 soignant présentait un tableau de TSPT complet avec tous les critères. Selon l'auteur, les tableaux incomplets seraient expliqués par la répétition des événements traumato-gènes du fait d'interventions similaires. Les différences constatées avec notre étude peuvent s'expliquer par l'utilisation d'échelles psychométriques différentes. De plus, leur étude ne prend pas en compte les ARM ce qui pourrait avancer l'hypothèse que ces derniers semblent associés à un risque de souffrance psychique plus important.

### **3.2. Les traumatismes indirects**

Dans notre étude, il semblerait que la sous-population des ARM soit plus suspecte de TSPT que les autres catégories professionnelles. Les médianes sont bien plus élevées pour la PCL-S et l'IES-R avec respectivement 32 et 34, mais aussi des quartiles plus élevés. De même, la recherche de stress traumatisante secondaire par la PRoQOL-V retrouve des scores importants, avec une médiane à 25, la plus élevée des catégories professionnelles.

Une étude publiée en 2020 de Hilaire Schneider et al. (24) s'est intéressée plus spécifiquement aux ARM, sur la gestion des appels de détresse et l'impact psychologique. Leurs résultats montrent que tous les participants ont été confrontés à la mort via les appels reçus. Ils présentaient principalement des symptômes de reviviscence et d'intrusion, en lien avec la répétition des évènements pourvoyeurs de traumatismes. Les principales émotions ressenties par les ARM lors des appels étaient les mêmes que pour les personnels SAMU au contact des patients : colère, tristesse, impuissance, horreur ou peur intense. 11% présentaient des symptômes de TSPT complet, 15% des symptômes de TSPT incomplet. Ces résultats sont similaires à ceux concernant 171 opérateurs du numéro d'urgence 911 aux États-Unis (25). L'étude conclue qu'il n'y a pas nécessairement besoin d'une exposition directe et physique pour augmenter le risque de développer un TSPT.

Ainsi, même si les ARM ne sont pas directement exposés aux situations, nos résultats et les éléments retrouvés dans la littérature suggèrent qu'il existerait un risque au moins aussi important de développer un TSPT avec une exposition indirecte. De ce fait, une vigilance particulière doit être portée sur les populations non confrontées aux événements traumatogènes directement.

## 4. Contexte et perspectives

### 4.1. Contexte sanitaire de la pandémie de la COVID-19

Nos résultats ont été collectés pendant la crise de la COVID-19, ce qui a potentiellement majoré l'environnement stressant du personnel du SAMU 72 et influencé les réponses des participants. En effet, la crise a créé un climat anxiogène et impacté l'organisation des soins : manque de matériel, manque de communication, réaffectations de postes, surcharge de travail, crainte de contaminer un proche, isolement ou stigmatisation sociale, et haut niveau

de stress au travail. Dans ce contexte, les soignants présentent un risque augmenté de développer une pathologie psychiatrique telle qu'une dépression, de l'anxiété, de l'épuisement, un trouble addictif, et notamment un TSPT (26–28). Ceci peut soutenir notre hypothèse d'une plus grande fragilité psychique du personnel du SAMU 72 dans ce contexte particulier.

## 4.2. La violence comme événement traumatogène

Dans notre étude, l'événement « agression physique » est retrouvé fréquemment chez les participants : 32% ont été exposés personnellement dans leur vie privée et 55% au travail.

Une étude réalisée par Labourel et *al.* en 2014 auprès du SAMU 15 avait retrouvé que 100% des 17 ARM interrogés avait été confrontés au phénomène d'agression verbale, et que 35% d'entre eux présentaient un retentissement psychologique important (29). Dans une autre étude réalisée par Duchateau et *al.* portant sur l'évaluation de la violence en SMUR, 23% des 276 membres des équipes médicales du SMUR ont déclaré l'existence d'une ou plusieurs agressions (30). Les auteurs concluent que la violence est fréquente et que le personnel est peu préparé (9% avaient eu une formation sur le sujet). Une étude réalisée en Californie chez les prestataires des services médicaux d'urgence retrouvait quant à elle que 61% de l'échantillon (n=490) ont subi une agression physique au travail (31).

La sévérité et le type d'événement traumatogène, notamment les violences interpersonnelles, peuvent augmenter le risque de développer un TSPT (32,33). Des recherches plus poussées au sein des unités SAMU seraient donc intéressantes à entreprendre à l'avenir afin d'évaluer plus précisément son importance et l'utilité de mesures préventives.

#### **4.3. Prévention et prise en charge précoce**

Malgré l'attention portée aux conditions de travail, nous constatons que les solutions proposées aux personnels du SAMU 72 sont limitées pour la prise en charge d'un épuisement professionnel ou d'un tableau de psycho traumatisme. En effet, le personnel n'a à disposition que deux acteurs de soins : leur médecin traitant ou la médecine du travail. L'accès à cette dernière semble peu perceptible par les professionnels, dont 55% d'entre eux témoignent de l'absence « d'un accès à des consultations de médecine du travail régulières ».

Il existe très peu de formation à l'heure actuelle sur le TSPT et sa prévention chez les soignants. Une étude réalisée sur les intervenants urgentistes de première ligne exposés aux attentats de novembre 2015 montrait que le risque de développer un TSPT était associé au manque de formation sur les psycho traumatismes, à une faible éducation et à un isolement social (34). Hilaire Schneider et al. (24) détaillent aussi que la seule différence significative entre les ARM présentant un TSPT complet et incomplet était la formation professionnelle. Ceux ayant un faible niveau d'étude (baccalauréat et moins) étaient plus à risque de développer un TSPT complet. De plus, les ARM avec une symptomatologie de TSPT complet adoptent des stratégies d'atténuation de l'événement par la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments. Ils modifient aussi leurs habitudes alimentaires, présentent plus de troubles du sommeil et d'anxiété. Ces comorbidités contribueraient à l'augmentation des arrêts de travail et à la désorganisation au sein des équipes SAMU.

Des travaux ont pu être menés sur des actions à entreprendre sur la prévention des professionnels de santé. Nous pouvons citer l'étude de DESBIENDRAS (2) qui détaille des facteurs de protection à mettre en place chez les intervenants de première ligne : avant de participer aux soins, il est important d'avoir une hygiène de vie saine, avec un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle. Il préconise aussi de prendre en charge les événements traumatogènes vécus dans la vie privée qui pourraient impacter le travail et les prises en

charge. L'auteur continue à développer des stratégies mentales de protections pendant une intervention avec notamment « la scotomisation volontaire », c'est-à-dire d'éviter de porter le regard sur des stimuli traumatogènes dont l'acteur de soins ne pourrait aider. Après les interventions, selon la nature et les traumatismes potentiellement vécus, il existe différentes psychothérapies centrées sur le traumatisme de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou thérapie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR).

Le travail de Lehnung et de Shapiro paraît particulièrement intéressant dans ce contexte (35). Ils proposent la réalisation de thérapie EMDR de groupe portant le nom de *Group Traumatic Episode Protocol* (G-TEP). Ce protocole consiste notamment à la réalisation d'EMDR en groupe auprès de professions en contact avec des interventions difficiles (policiers, gendarmes et pompiers). Ils ont pu montrer l'efficacité de cette thérapie EMDR sur la prévention du TSPT et des symptômes dépressifs.

Aux vues des données retrouvées dans la littérature, et des constatations faites sur l'offre de soins proposée au personnel du SAMU 72, il serait intéressant de réfléchir à un protocole de dépistage et de prise en charge des soignants souffrant d'un épuisement professionnel et de répercussions psychotraumatiques des interventions.

D'une manière préventive, la formation des soignants devrait être plus systématisée au cours de leurs études et de manière régulière tout au long de leur exercice. Ainsi, une formation sur les risques psycho-sociaux, notamment autour des symptômes du stress, de même que des évaluations psychologiques plus régulières par la médecine du travail permettraient de dépister les différents troubles avant leurs consolidations ou leurs aggravations.

Quelle que soit l'intervention, l'intérêt de séances de psychothérapie de groupe protocolisées, semble cohérent pour permettre de prévenir des symptômes de stress à la suite

de prises en charge traumatisantes. De même, l'utilisation d'outils standardisées (comme l'IES-R ou la PCL-S), pourrait faciliter le dépistage.

Enfin, l'accès à des prises en charge psychologiques directement sur le lieu de travail pourrait être un outil intéressant, notamment pour faciliter l'accès à des thérapies spécifiques des psycho-traumatismes, tel que l'EMDR. Cela permettrait encore une fois d'agir au plus tôt de l'événement traumatisant et d'éviter l'aggravation d'un trouble psychique. Ainsi, un futur travail de recherche pourrait porter sur l'évaluation de l'intervention psychologique spécialisée dans l'épuisement professionnel et les psycho-traumatismes, pour connaître l'impact d'une telle intervention sur les symptômes décrits.

## **CONCLUSION**

L'évaluation psychologique des répercussions du travail au sein de la population du personnel du SAMU 72 a permis de mettre en évidence la présence de symptômes évocateurs de fatigue compassionnelle et de psycho-traumatismes (ESA, TSPT) quelle que soit la catégorie professionnelle. L'activité au SAMU jouerait un rôle dans la constitution éventuelle de troubles psychiques.

Des mesures pourraient permettre de diminuer ces répercussions psychologiques. La mise en place de prévention par des formations spécifiques sur les risques liés à leur métier et la manière de s'en protéger éviterait la constitution ou l'aggravation d'éventuels troubles. Des dépistages systématiques permettraient d'orienter les soignants et de proposer une prise en charge adaptée de manière précoce.

Il serait intéressant au travers d'études ultérieures d'analyser les effets sur les troubles psychiques des mesures de prévention et d'une prise en charge adaptée précoce au sein d'une unité SAMU.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e édition. Elsevier Masson; 2015. 1176 p.
2. Desbiendras N. Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico-psychologique. European Journal of Trauma & Dissociation. 1 sept 2019;3(3):151-6.
3. Bouvier G. Les traumatismes vicariants : définition, contexte et propositions de prise en charge. European Journal of Trauma & Dissociation. 1 sept 2019;3(3):163-9.
4. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel; 1995. xxii, 268 p. (Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized).
5. Laurent A, Chahraoui K. L'impact du stress professionnel sur les intervenants SMUR. Pratiques Psychologiques. 1 déc 2012;18(4):413-28.
6. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior. 1981;2(2):99-113.
7. V. Langevin, S. Boini, M. François, et al. Maslach Burnout Inventory (MBI). Référence en santé au travail. [cité 10 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%2026>
8. Girault N. Burnout : émergence et stratégies d'adaptation, le cas de la médecine d'urgence [Internet] [These de doctorat]. Paris 5; 1989 [cité 10 juin 2021]. Disponible sur: <http://theses.fr/1989PA05H068>
9. Canouï P. La souffrance des soignants: un risque humain, des enjeux éthiques. InfoKara. 2003;Vol. 18(2):101-4.
10. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual, 2nd Edition. 2010;74.
11. Salmon L, Egretteau L. Fatigue compassionnelle et exposition traumatique : enquête auprès des internes de l'UFR santé d'Angers. [Angers]: Université Angers; 2018. p. 89.
12. Zawieja P. Fatigue compassionnelle. :22.
13. Chapelle FG. Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : burn out, bore out, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. sept 2016;26(3):111-22.

14. Laurent A, Chahraoui K, Carli P. Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. oct 2007;165(8):570-8.
15. Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. Évaluation des états de stress post-traumatique: Validation d'une échelle, la PCLS. [Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: Validation of a measure, the PCLS.]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*. 2003;29(3):232-8.
16. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*. déc 2015;28(6):489-98.
17. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS One*. 2016;11(10):e0161645.
18. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. mai 1979;41(3):209-18.
19. Weiss DS. The Impact of Event Scale-Revised. In: Assessing psychological trauma and PTSD, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2004. p. 168-89.
20. Hundall Stamm B. Professional Quality of Life Measure: Compassion, Satisfaction, and Fatigue Version 5 (ProQOL). 2009 [cité 10 juin 2021]; Disponible sur: <https://ncvc.dspacedirect.org/handle/20.500.11990/1329>
21. Lee R, Ashforth B. A Meta-Analytic Examination of the Correlates of the Three Dimensions of Job Burnout. *The Journal of applied psychology*. 1 mai 1996;81:123-33.
22. Kalboussi H, Bouhoula M, Kraiem H, Maoua M, Maatoug J, El Guedri S, et al. Épuisement professionnel chez les intervenants de Samu/Smur. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 1 nov 2020;81(6):820-9.
23. De Stefano C, Orri M, Agostinucci JM, Zouaghi H, Lapostolle F, Baubet T, et al. Early psychological impact of Paris terrorist attacks on healthcare emergency staff: A cross-sectional study. *Depress Anxiety*. mars 2018;35(3):275-82.
24. Hilaire Schneider C, Saint-Cast A, Michelland L, de Stefano C, Radou L, Chouied T, et al. Répercussions psychologiques de la prise en charge des appels d'urgence sur les assistants de régulation médicale (ARM) d'un

SAMU–Centre 15. L'Encéphale. nov 2020;S0013700620302013.

25. Pierce H, Lilly MM. Duty-related trauma exposure in 911 telecommunicators: considering the risk for posttraumatic stress. *J Trauma Stress*. avr 2012;25(2):211-5.
26. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S73-80.
27. Derome M, Wargny E, Fuchet N. Conséquences psychologiques de la crise du Covid-19 sur les soignants. *Laennec*. 26 nov 2020;Tome 68(4):21-32.
28. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Jaafari N. COVID-19 et trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les professionnels de santé. *Rev Mal Respir*. févr 2021;38(2):216-9.
29. Labourel H, Mausset V, Bihoreau A, Nardi J-M, Forel A, Gautier T, et al. Assistant de régulation médicale Samu: une profession exposée aux agressions verbales téléphoniques ? *Ann Fr Med Urgence*. 1 janv 2014;4(1):18-22.
30. Duchateau FX, Bajolet-Laplante MF, Chollet C, Ricard-Hibon A, Marty J. Exposition à la violence en Smur. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 1 déc 2002;21(10):775-8.
31. Corbett SW, Grange JT, Thomas TL. Exposure of prehospital care providers to violence. *Prehosp Emerg Care*. juin 1998;2(2):127-31.
32. Sareen J. Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. *Can J Psychiatry*. sept 2014;59(9):460-7.
33. Perrin M, Vandeleur CL, Castelao E, Rothen S, Glaus J, Vollenweider P, et al. Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 mars 2014;49(3):447-57.
34. Motreff Y, Baubet T, Pirard P, Rabet G, Petitclerc M, Stene LE, et al. Factors associated with PTSD and partial PTSD among first responders following the Paris terror attacks in November 2015. *Journal of Psychiatric Research*. 1 févr 2020;121:143-50.
35. Lehnung M, Shapiro E, Schreiber M, Hofmann A. Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol with refugees: A field study. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2017;11(3):129-38.

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Présence des facteurs de risque de fatigue compassionnelle .....	10
Figure 2 : Nombre de facteurs de risque de fatigue compassionnelle.....	11
Figure 3 : Sous-catégorie « satisfaction de compassion » de la PRoQOL-V .....	12
Figure 4 : Sous-catégorie « épuisement professionnel » de la PRoQOL-V .....	12
Figure 5 : Sous-catégorie « stress traumatique secondaire » de la PRoQOL-V .....	12
Figure 6 : Répartition des sous-scores de la PRoQOL-V .....	13
Figure 7 : Scores de la PSS-10 .....	14
Figure 8 : Scores de la PCL-S .....	14
Figure 9 : Probabilité de la présence d'un TSPT selon les résultats de la PCL-S .....	15
Figure 10 : Scores de l'IES-R.....	16
Figure 11 : Probabilité diagnostique selon les résultats de l'IES-R.....	16

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Taux de répondants par profession .....	7
Tableau II : Caractéristiques de la population de l'étude .....	7
Tableau III : Réponses au questionnaire inspiré de la <i>Life Event Checklist</i> .....	8
Tableau IV : Facteurs de risque de fatigue compassionnelle.....	9
Tableau V : Analyse descriptive du questionnaire PRoQOL-V.....	11

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>5</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>7</b>
1. <b>Caractéristiques de la population étudiée .....</b>	<b>7</b>
2. <b>Recherche d'exposition à un événement traumatogène .....</b>	<b>8</b>
3. <b>Facteurs de risque de fatigue compassionnelle.....</b>	<b>9</b>
4. <b>ProQOL-V.....</b>	<b>11</b>
5. <b>PSS-10.....</b>	<b>13</b>
6. <b>PCL-S .....</b>	<b>14</b>
7. <b>IES-R .....</b>	<b>15</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>17</b>
1. <b>Limites de l'étude .....</b>	<b>17</b>
2. <b>La fatigue compassionnelle.....</b>	<b>18</b>
2.1.    Prévalence et spécificités de la médecine d'urgence .....	18
2.2.    Facteurs de risque.....	19
3. <b>Le psycho-traumatisme .....</b>	<b>20</b>
3.1.    L'ESA et le TSPT.....	20
3.2.    Les traumatismes indirects .....	21
4. <b>Contexte et perspectives .....</b>	<b>22</b>
4.1.    Contexte sanitaire de la pandémie de la COVID-19 .....	22
4.2.    La violence comme événement traumatogène .....	23
4.3.    Prévention et prise en charge précoce.....	24
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>28</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>31</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>32</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>33</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>I</b>
1. <b>Critères diagnostiques du DSM-5 pour l'ESA .....</b>	<b>I</b>
2. <b>Critères diagnostiques du DSM-5 pour le TSPT.....</b>	<b>IV</b>
3. <b>Questionnaire diffusée auprès des participants .....</b>	<b>VIII</b>
4. <b>Avis du groupe d'éthique du centre hospitalier du Mans .....</b>	<b>XIX</b>

## **ANNEXES**

### **1. Critères diagnostiques du DSM-5 pour l'ESA**

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.

2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.

3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. **N.B. :** Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

4. En étant exposés de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par ex. : intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). **N.B. :** Cela ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants de n'importe laquelle des cinq catégories suivantes : symptômes envahissants, humeur négative, symptômes dissociatifs, symptômes d'évitement et symptômes d'éveil, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

#### **Symptômes envahissants**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

3. Réactions dissociatives (par ex. : *flashbacks* (scènes rétrospectives)) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

### **Humeur négative**

5. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par ex. : incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

### **Symptômes dissociatifs**

6. Altération de la perception de la réalité, de son environnement ou de soi-même (par ex. : se voir soi-même d'une manière différente, être dans un état d'hébétude ou percevoir un ralentissement de l'écoulement du temps).

7. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas en raison d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

### **Symptômes d'évitement**

8. Efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

9. Efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversation, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

## **Symptômes d'éveil**

10. Perturbation du sommeil (par ex. : difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).
11. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
12. Hypervigilance.
13. Difficultés de concentration.
14. Réaction de sursaut exagérée.

C. La durée de la perturbation (des symptômes du critère B) est de 3 jours à 1 mois après l'exposition au traumatisme.

**N.B. :** Les symptômes débutent typiquement immédiatement après le traumatisme mais ils doivent persister pendant au moins 3 jours et jusqu'à 1 mois pour répondre aux critères diagnostiques ou trouble.

D. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (par ex. : médicament ou alcool) ou à une autre affection médicale (par ex. : lésion cérébrale traumatique légère), et n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref.

## 2. Critères diagnostiques du DSM-5 pour le TSPT

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plus) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques est/sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. **N.B. :** Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposés de manière répétée ou extrême à des caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par ex. : intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants). **N.B. :** Cela ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.
3. Réactions dissociatives (par ex. : *flashbacks* (scènes rétrospectives)) au cours desquelles l'individu se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se

reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (par ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à

personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. État émotionnel négatif persistant (par ex. : crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (par ex. : incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiment affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (par ex. : difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. : médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

*Spécifier le type :*

**Avec symptômes dissociatifs :** Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

**1. Dépersonnalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (par ex. : sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

**2. Déréalisation :** Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (par ex. : le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

**N.B. :** Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (par ex. : période d'amnésie (blackouts), manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (par ex. : épilepsie partielle complexe).

*Spécifier si :*

**A expression retardée :** Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

### 3. Questionnaire diffusée auprès des participants

4. Quelle est votre situation personnelle ?

Une seule réponse possible.

- Célibataire sans enfant
- En couple sans enfant
- Célibataire avec enfant(s)
- En couple avec enfant(s)

Nous allons notifier le fait que vous ne nous opposez donc pas à la réalisation de l'entretien, ainsi qu'au recueil des données et à leur analyse dans un second temps.

Afin que l'évaluation soit la plus fiable, il est nécessaire de répondre aux questions de la façon la plus spontanée, possible. Ces questions concernent principalement votre ressentie, vos émotions et vos pensées autour de votre travail et dévénements potentiellement pourvoyeur de traumatisme. Nous vous accompagnerez afin de faciliter la démarche. La durée de l'entretien est approximativement entre 20 et 45 min selon la progression dans les différentes questions.

En fonction des résultats vous serez orientés soit dans :

- une prise en charge spécialisée si un état de stress post-traumatique est avéré avec un impact sur votre vie importante
- Prise en charge psychologique en cas d'éléments évocateurs d'un stress lié à l'activité professionnelle
- Surveillance si pas d'éléments évocateur de stress ou d'état de stress

Avant de commencer, nous pouvons prendre quelques minutes pour répondre à vos questions.

Nous allons donc pouvoir commencer.

\*Obligatoire

Données démographiques

Cette partie a pour objectif de recueillir des données épidémiologiques. Celles-ci et la suite de l'entretien sont anonymisées comme mentionnées dans la formulaire de consentement.

1. Numéro d'anonymat \*

2. Sexe \*

- Une seule réponse possible.
- Homme
  - Femme

3. Tranche d'âge \*

- Une seule réponse possible.
- 18-30 ans
  - 30-50 ans
  - 50-65 ans

Dans le cadre de votre activité au SAMU :

7. Avez vous été impliqués dans les différentes prises en charge ci-dessous ? (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- La prise en charge d'une mort subite du nourrisson
- Un jeune patient décédé lors de l'intervention
- Une victime décédée au cours de la prise en charge
- Les situations violentes ou mort violentes (pendaison, arme à feu, rixe)
- Un événement multivictime avec nombreuses victimes gravement blessées ou décédées
- Un événement à caractère terroriste
- Une situation de détresse psychologique de l'entourage après intervention
- Un sauveteur blessé ou décédé
- Un proche dans une situation dramatique, ou blessé ou décédé
- Un patient ou un entourage agressif physiquement ou verbalement envers vous
- Un patient profitant des menaces à votre égard

#### Entretien de l'étude IPSy 72

Nous allons vous poser quelques questions et vous accompagner pour remplir les différentes échelles sur ordinateur. Les données recueillies serviront pour l'étude IPSy 72 mise en place par les équipes du SAMU 72 afin d'évaluer l'impact psychologique de votre travail.

Nous allons notifier le fait que vous ne nous opposez donc pas à la réalisation de l'entretien, ainsi qu'au recueil des données et à leur analyse dans un second temps.

Afin que l'évaluation soit la plus fiable, il est nécessaire de répondre aux questions de la façon la plus spontanée, possible. Ces questions concernent principalement votre ressentie, vos émotions et vos pensées autour de votre travail et dévénements potentiellement pourvoyeur de traumatisme. Nous vous accompagnerez afin de faciliter la démarche. La durée de l'entretien est approximativement entre 20 et 45 min selon la progression dans les différentes questions.

En fonction des résultats vous serez orientés soit dans :

- une prise en charge spécialisée si un état de stress post-traumatique est avéré avec un impact sur votre vie importante
- Prise en charge psychologique en cas d'éléments évocateurs d'un stress lié à l'activité professionnelle
- Surveillance si pas d'éléments évocateur de stress ou d'état de stress

Avant de commencer, nous pouvons prendre quelques minutes pour répondre à vos questions.

Nous allons donc pouvoir commencer.

\*Obligatoire

Données démographiques

Cette partie a pour objectif de recueillir des données épidémiologiques. Celles-ci et la suite de l'entretien sont anonymisées comme mentionnées dans la formulaire de consentement.

1. Numéro d'anonymat \*

2. Sexe \*

- Une seule réponse possible.
- Homme
  - Femme

3. Tranche d'âge \*

- Une seule réponse possible.
- 18-30 ans
  - 30-50 ans
  - 50-65 ans

8. Avez-vous des désaccords avec votre équipe SMUR ou en salle de régulation lors des prises en charge précédentes ? \*

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non

**Life Event Checklist**

Voici une liste d'événements stressants auxquels vous avez pu être confronté au cours de votre vie. Pour chaque événement, cochez la ou les cases suivante(s). "cela m'est arrivé personnellement", "cela est arrivé à un de mes proches", "cela m'est arrivé dans le cadre de mon travail", "cela ne me concerne pas".

Plusieurs réponses possibles.

	Personnellement	A un proche	Au travail	Non concerné
Catastrophe(s) naturelle(s) (tornade, ouragan, tremblement de terre, tempête, inondation, incendie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident de transport (voiture, train, bateau, avion...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grave accident domestique ou accident durant un loisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggression physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggression sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition à une maladie ou une blessure avec menace vitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition à une souffrance humaine sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition à une mort brutale et violente, accidentelle ou non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition à une blessure grave, ou un décès dont vous êtes à l'origine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre expérience ou événement que vous jugez stressant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chaque item, cocher la réponse "oui" ou "non"

**Facteurs de risque de fatigue compassionnelle**

10. Mode de vie sain (exercice physique, activités sociales, sommeil de bonne qualité, période de détente) \*

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non

11. Soutien social de bonne qualité \*

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non

12. Bonnes gestions (extériorisation) des émotions, bonne capacité d'adaptation \*

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non

13. Satisfaction personnelle de venir en aide à des individus, sentiment d'efficacité \*

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non

14. Temps de vacances ou de récupération estimés comme suffisants \*

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non

15. Charge de travail estimée comme non démesurée \*

Une seule réponse possible.

Oui  
 Non



26. 5. Je sursaute ou suis surpris par des bruits inattendus \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 6. Travailier avec ceux que je soigne me donne de l'énergie \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. 7. Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession de soignant \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. 8. Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait des expériences traumatisantes d'une personne que je soigne \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. 9. Je pense que j'ai pu être affecté par le stress traumatique des personnes que je soigne \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. 10. Je me sens pris au piège par mon travail de soignant \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. 11. En raison de mon travail d'aîtant, je me suis senti "sur les nerfs" pour diverses raisons \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. 12. J'aime mon travail de soignant \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. 13. Je me sens déprimé du fait des expériences traumatisantes des personnes que je soigne \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. 14. J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'une personne que j'ai aidée \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. 15. Mes croyances/convictions me soutiennent \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Très souvent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. 16. Je suis satisfait de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles de la médecine \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	○	○	○	○

38. 17. Je suis la personne que j'ai toujours voulu être \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Très souvent	○	○	○	○

39. 18. Mon travail me procure de la satisfaction \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	○	○	○	○

40. 19. Je me sens épousé par mon travail de soignant \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	○	○	○	○

41. 20. J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les personnes que je soigne et la façon dont j'ai pu les aider \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	○	○	○	○

42. 21. Je me sens submergé parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	○	○	○	○

43. 22. Je crois que mon travail me permet de faire la différence \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	○	○	○	○

44. 23. J'évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des gens que j'aide \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	○	○	○	○

45. 24. Je suis fier de ce que je peux faire pour offrir des soins \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	○	○	○	○

46. 25. Du fait de mon travail de soignant, je suis envahi par des pensées effrayantes \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	○	○	○	○

47. 26. Je me sens "coincé(e)" par le système \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. 27. J'ai le sentiment de réussir dans mon travail de soignant \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. 28. Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. 29. Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Très souvent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. 30. Je suis heureux d'avoir choisi de faire ce travail \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52. 1. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. 2. Au cours du dernier mois combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54. 3. Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e) ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
Jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. 6. Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
Très souvent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. 7. Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le voulez ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
Très souvent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Attention : la valeur change en fonction des items :

Pour les items 1, 2, 3, 11 et 14 :

La valeur 0 correspond à "jamais", la valeur 1 à "presque jamais", la valeur 2 à "parfois", la valeur 3 à "assez souvent" et la valeur 4 à "très souvent".

Pour les items 6, 7, 9 et 10 :  
La valeur 0 correspond à "très souvent", la valeur 1 à "assez souvent", la valeur 2 à "presque souvent", la valeur 3 à "presque jamais" et la valeur 4 à "jamais".

Pour les items 4, 5, 8 et 12 :  
La valeur 0 correspond à "jamais", la valeur 1 à "assez jamais", la valeur 2 à "presque jamais", la valeur 3 à "assez souvent" et la valeur 4 à "très souvent".

PSS-10 (Echelle de  
stress perçu)

57. 8. Au cours du derniers mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
<input type="radio"/>				
Jamais	○	○	○	○

58. 9. Au cours du derniers mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
<input type="radio"/>				
Très souvent	○	○	○	○

59. 10. Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
<input type="radio"/>				
Très souvent	○	○	○	○

60. 11. Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
<input type="radio"/>				
Jamais	○	○	○	○

64. 2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				
Pas du tout	○	○	○	○

65. 3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre) \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				
Pas du tout	○	○	○	○

61. 14. Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ? \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4	5
<input type="radio"/>					
Jamais	○	○	○	○	○

66. 4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				
Pas du tout	○	○	○	○

Veillez trouver ci-dessous une liste de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant. Veuillez lire chaque question avec soin puis enrouer le chiffre qui vous semble le plus juste pour vous : théoriquement à quel point avez vous été perturbé par ce problème dans le mois précédent et, plus largement, si il s'agit d'événements plus anciens, voire très anciens, à combien ils restent perturbants à l'heure actuelle.

Il peut arriver qu'il n'y ait aucune mémoire d'un événement quelconque : dans ce cas, noter comme perturbant tous les comportements, sensations, gestes, émotions qui se manifestent de façon souvent incompréhensible ou inopinée (er : brusque saute d'humeur, réactions démesurées d'abattement ou de colère, sentiment aigu d'impuissance, d'incapacité à changer, etc).

La valeur 1 correspond à "pas du tout", la valeur 2 à "un peu", la valeur 3 à "parfois", la valeur 4 à "souvent", et la valeur 5 à "très souvent".

PCL-S-  
5

62. Date de l'événement (s'il y en a un) : \_\_\_\_\_  
  
Exemple : 7 Janvier 2019
63. 1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				
Pas du tout	○	○	○	○

64. 2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				
Pas du tout	○	○	○	○

65. 3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre) \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				
Pas du tout	○	○	○	○

67. 5. Avoir des réactions physiques, par exemple, battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

68. 6. Eviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

69. 7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

70. 8. Avoir des difficultés à se souvenir des parties importantes de l'expérience stressante \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

71. 9. Perte d'intérêt pour des activités qui habituellement vous faisaient plaisir \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

72. 10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

73. 11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

74. 12. Se sentir comme si l'avenir était raccourci ou bouché \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

75. 13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormie(e) \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

76. 14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère \*

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5
Pas du tout <input type="radio"/>				
Très souvent <input type="radio"/>				

77. 15. Avoir des difficultés à vous concentrer \*

*Une seule réponse possible.*

1	2	3	4	5
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Très souvent				

78. 16. Être en état de super-alarme, sur la défensive en permanence \*

*Une seule réponse possible.*

1	2	3	4	5
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Très souvent				

79. 17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement \*

*Une seule réponse possible.*

1	2	3	4	5
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Très souvent				

**IES-R**  
(conséquences  
semi-retardé d'un  
événement  
stressant)

Voici une liste de difficultés que les gens éprouvent parfois à la suite d'un événement stressant. Veuillez lire attentivement chaque item et indiquer à quel point vous avez été bouleversé(e) pour chacune de ces difficultés au cours de ces 7 derniers jours, en ce qui concerne l'événement suivant.  
La valeur 0 correspond à "pas du tout", la valeur 1 à "un peu", la valeur 2 à "moyennement", la valeur 3 à "beaucoup" et la valeur 4 à "énormément".

80. 1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments face à l'événement \*

*Une seule réponse possible.*

0	1	2	3	4
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enormément				

81. 2. Je me suis réveillé la nuit \*

*Une seule réponse possible.*

0	1	2	3	4
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enormément				

82. 3. Différentes choses m'y faisaient penser \*

*Une seule réponse possible.*

0	1	2	3	4
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enormément				

83. 4. Je me sentais irritable et en colère \*

*Une seule réponse possible.*

0	1	2	3	4
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enormément				

84. 5. Quand j'y repensais ou qu'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser \*

*Une seule réponse possible.*

0	1	2	3	4
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enormément				

85. 6. Sans le vouloir, j'y repensais \*

*Une seule réponse possible.*

0	1	2	3	4
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enormément				

86. 7. J'ai eu l'impression que l'événement n'était jamais arrivé ou n'était pas réel \*

*Une seule réponse possible.*

0	1	2	3	4
Pas du tout	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enormément				

87. 8. Je me suis tenu(e) loin de tout ce qui m'y faisait penser \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

88. 9. Des images de l'événements surgissaient dans ma tête \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

89. 10. J'étais nerveux (nervouse) et je sursautais facilement \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

90. 11. J'essayais de ne pas y penser \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

91. 12. J'étais conscient(e) d'avoir encore beaucoup démotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

92. 13. Mes sentiments à propos de l'événement étaient comme figés \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

93. 14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

94. 15. J'avais du mal à dormir \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

95. 16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'événement \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

96. 17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

97. 18. J'avais du mal à me concentrer \*

Une seule réponse possible.

0	1	2	3	4
0	0	0	0	0
Pas du tout	○	○	○	○

98. 19. Ce qui me rappelait l'élevage me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations.\*

Une seule réponse possible.

Pas du tout	<input type="radio"/>				
	0	1	2	3	4

99. 20. J'ai rêvé de l'élevement.\*

Une seule réponse possible.

Pas du tout	<input type="radio"/>				
	0	1	2	3	4

100.. 21. J'étais aux aguets et sur mes gardes.\*

Une seule réponse possible.

Pas du tout	<input type="radio"/>				
	0	1	2	3	4

101.. 22. J'ai essayé de ne pas en parler.\*

Une seule réponse possible.

Pas du tout	<input type="radio"/>				
	0	1	2	3	4

Merci de votre participation à l'étude l'Pay 72 !

Vous serez tenu au courant régulièrement par téléphone si une autre spécialité est indiquée ou si un de pourra être l'étude.

Pour tenir à jour et faire tenir les données sont anonymisées via votre numéro d'enquête. Aucun des acteurs de l'étude, en dehors de la personne en charge de l'analyse des données, n'a accès à votre identité.

Vous nous pourrez nous appeler par téléphone si vous avez la moindre question.

Fin de  
l'enquête

## 4. Avis du groupe d'éthique du centre hospitalier du Mans



Remarque générale : Le Comité d'éthique n'a pas pour mission de donner un avis sur les aspects scientifiques du protocole, en particulier sur l'adéquation de la méthodologie aux objectifs poursuivis par l'étude. Le Comité ne tient compte des données d'ordre scientifique et méthodologique que dans la mesure où elles ont des implications d'ordre éthique.

Nom du protocole	Evaluation psychologique des personnels soignants du SAMU 72.
Investigateur principal	Dr JULIENNE Adèle
Lieu de l'étude	CH Le Mans /SAMU 72 / Centre 15
Type d'étude	Interventionnelle / prospective / Monocentrique
Type patients/participants	Personnel SAMU 72/ Centre 15
Nombre de patients/participants prévus	>20
Objectif principal	Evaluer l'intérêt d'une intervention psychologique auprès du personnel du SAMU 72 Etude prospective, interventionnelle avant après, se déroulant de MAI 2020 à MAI 2021, au SAMU 72, en partenariat avec les équipes de l'EPSM et de la santé au travail.
Objectif secondaire	Evaluer l'impact du travail sur l'état psychologique des soignants du SAMU 72
Documents communiqués	<input checked="" type="checkbox"/> Protocole / résumé de l'étude <input checked="" type="checkbox"/> Lettre d'information <input type="checkbox"/> Autres :

### Confidentialité

Confidentialité des données	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anonymat	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avis du CCTIRS	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Avis de la CNIL	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

Commentaires :

### Information et recueil de non opposition

Lettre d'information précisant

Titre de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui
But de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déroulement de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge courante inchangée	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possibilité de refus	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Possibilité de recevoir les résultats de l'étude	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

#### Recueil de non opposition

Recueil nécessaire	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de consentement	<input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Ecrit
Traçabilité dans le dossier	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

#### Conclusion

Avis favorable	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Révision nécessaire selon commentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Avis défavorable	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

Tenu en séance le 23/01/2020

Docteur Florence DECIRON-DEBIEUVRE  
Présidente du Groupe Ethique du Centre  
Hospitalier du Mans



### RÉSUMÉ

**Introduction :** L'exercice de la médecine d'urgence expose à un risque de fatigue compassionnelle et à des événements traumatogènes, pouvant entraîner une symptomatologie invalidante et des répercussions importantes. Notre objectif est d'évaluer l'impact psychologique du travail parmi le personnel du SAMU 72.

**Sujets et Méthodes :** Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle et transversale à visée descriptive réalisée sur une période de 4 mois auprès du personnel du SAMU 72, au moyen de la passation d'un auto-questionnaire.

**Résultats :** : 44 des 123 professionnels du service (36%) ont participé. 75% présentent au moins deux facteurs de risque de fatigue compassionnelle. 75% ont une satisfaction de compassion élevée. 75% ont un stress perçu faible. 95% ont été exposés à « une mort brutale et violente, accidentelle ou non » au travail. La moitié présente un épisode professionnel et un stress traumatique secondaire modéré. 16% ont une probabilité élevée de TSPT.

**Conclusion :** La fatigue compassionnelle et le psycho traumatisme sont des éléments retrouvés dans notre échantillon. Des formations spécifiques sur les risques psychotraumatiques de l'activité au SAMU éviteraient la constitution ou l'aggravation d'éventuels troubles. Des dépistages systématiques permettraient d'orienter les soignants et de proposer une prise en charge adaptée de manière précoce.

**Mots-clés :** Psychotraumatisme ; fatigue compassionnelle ; médecine d'urgence

## Psychological evaluation of the impact of work on the EMS' personnel in Sarthe (France)

### ABSTRACT

**Introduction:** The practice of emergency medicine exposes to a risk of compassion fatigue and traumatogenic events, which can lead to disabling symptomatology and important repercussions. Our aim is to evaluate the psychological impact of work among the personnel of the EMS 72.

**Subjects and Methods:** This is an observational and transversal epidemiological study with a descriptive aim carried out over a period of 4 months among the personnel of the EMS 72, by means of a self-questionnaire.

**Results:** 44 of the 123 professionals of the service (36%) participated. 75% had at least two risk factors for compassion fatigue. 75% had high compassion satisfaction. 75% had low perceived stress. 95% had been exposed to "a brutal and violent death, accidental or not" at work. Half have burnout and moderate secondary traumatic stress. 16% have a high probability of PTSD.

**Conclusion:** Compassion fatigue and psycho-trauma are elements found in our sample. Specific training on the psychotraumatic risks of EMS activity would prevent the development or aggravation of possible disorders. Systematic screening would allow the carers to be oriented and to propose an adapted treatment in an early way.

**Keywords:** Stress disorders; compassion fatigue; emergency medicine