

Mémoire

Les répercussions psychologiques des interventions
médicales urgentes sur le personnel SAMU.
Étude portant sur 50 intervenants SAMU

The psychological repercussions of emergency medical interventions
by emergency medical assistance service (SAMU) members.
Study of 50 SAMU staff

A. Laurent ^{a,*}, K. Chahraoui ^b, P. Carli ^c

^a Psychologue clinicienne, Doctorante de Psychologie, Pôle AAFE,

Laboratoire de Psychologie Clinique et Sociale, Université de Bourgogne, 21000 Dijon, France

^b Professeur de Psychologie Clinique, Pôle AAFE, Laboratoire de Psychologie Clinique et Sociale, Université de Bourgogne, 21000 Dijon, France

^c Chef de service du département d'Anesthésie et de Réanimation de l'hôpital Necker,

Directeur médical du SAMU de Paris, Hôpital Necker-Enfants-Malades, 75743 Paris, France

Reçu le 2 mars 2005 ; accepté le 10 juin 2005

Disponible sur internet le 22 décembre 2005

Résumé

Cette étude menée dans un Service d'Aide Médicale Urgente a pour but d'évaluer les facteurs de stress chez le personnel SAMU et d'en mesurer les conséquences psychologiques.

Méthode. – Les données ont été obtenues auprès de 50 intervenants, au cours d'un entretien durant lequel étaient proposées six échelles cliniques : l'inventaire de stress professionnel (JSS), le *Maslach Burnout Inventory* (MBI), l'échelle de stress perçu, le questionnaire de santé générale (GHQ-12), l'échelle d'impact de l'événement (IESR) et le questionnaire d'évaluation du stress post-traumatique (QSPT) puis un entretien clinique.

Résultats. – Cette étude montre que l'activité d'aide médicale urgente est marquée par un stress professionnel important. La présence du stress aigu et des symptômes répétitifs indique que certaines interventions ont un impact psychologique, mais cela n'implique pas pour autant un effet désorganisateur sur la santé psychique des intervenants. En effet, l'étude relève un seul état de stress post-traumatique et un très faible pourcentage de problèmes de santé mentale.

Conclusion. – Ces résultats nous amènent à nous interroger sur l'importance des capacités à faire face du personnel SAMU. La distanciation de la relation au patient semble être une des stratégies pour faire face aux situations de stress.

© 2005 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

This study was conducted in the pre-hospital emergency department (SAMU) of Paris hospitals in order to evaluate stress factors among SAMU staff and to measure their psychological consequences.

Method. – The data was obtained from 50 service members during interviews in which they were asked to respond to six clinical scales - the Job Stress Survey (JSS), the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Perceived Stress Scale, the General Health Questionnaire (GHQ-12), the Event Impact Scale (IESR) and the Post-Traumatic Stress Questionnaire (PTSQ) - followed by a clinical interview.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alexandraurent@yahoo.fr (A. Laurent).

Results. – This study confirmed that emergency medical assistance activities are characterized by numerous stressful events but that these events have only minor psychological repercussions.

Conclusion. – The presence of acute stress and repetitive symptoms shows that certain interventions have a psychological impact but no disorganizing effects on the mental health of SAMU staff. These results lead us to examine the importance of coping abilities among SAMU staff. The distancing of the relation with the patient seems to be one of the strategies used to cope with stress situations.

© 2005 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Épuisement professionnel ; État de stress post-traumatique (ESPT) ; Interventions traumatiques ; Stress aigu ; Stress professionnel

Keywords: Acute stress; Burnout; Job stress; Post-traumatic stress disorders; Traumatic interventions

1. Introduction

Les équipes médicales urgentes sont confrontées à la gestion de situations qui mettent en jeu la vie des individus. L'urgence, l'imprévisibilité, la gravité des interventions rythment la pratique de la médecine d'urgence et exposent le personnel SAMU à « des situations de stress multiples, intenses et répétées » [18]. Ce contexte de travail peut engendrer un stress chronique, le « stress professionnel », constituant un terrain favorable à l'épuisement professionnel [18]. À cela s'ajoutent parfois la violence et l'horreur de certaines interventions comme le spectacle de cadavres mutilés ou défigurés lors d'une explosion ou la souffrance de victimes d'accidents de la route. Ces interventions peuvent donc revêtir un caractère traumatique et sont ainsi susceptibles d'entraîner des troubles spécifiques comme les états de stress post-traumatiques [9]. Dans ce cadre, notre étude a pour objectif de mettre en évidence les conséquences émotionnelles et psychologiques de cette activité professionnelle spécifique.

1.1. Les sources de stress professionnel dans la médecine mobile d'urgence

La médecine mobile d'urgence est l'une des professions la plus exposée au stress professionnel [18,9,22]. Celui-ci peut être défini selon Rasclé (2001) [31] comme la résultante « de transactions inadéquates entre la personne et le contexte de travail ». Face à un environnement stressant, un individu élabore des stratégies d'ajustement pour réduire le stress perçu [29]. Certaines de ces stratégies sont efficaces, alors que d'autres s'avèrent incapables de réduire la perturbation, donnant ainsi lieu à un stress professionnel pouvant aboutir à long terme à l'épuisement professionnel.

Certaines études ont mis en évidence plusieurs facteurs liés à l'émergence du stress professionnel chez le personnel SAMU. Les facteurs liés à l'organisation du travail, en particulier l'ambiguïté ou le conflit des rôles professionnels jouent un rôle important. De nombreux professionnels (médecins, infirmiers, conducteurs ambulanciers, permanenciers, aides-soignants) sont ainsi amenés à intervenir dans un même lieu et dans un contexte d'urgence, ce qui peut être source de tension. Par exemple, l'expérience des uns peut se heurter au statut hiérarchique des autres [28], ou bien une personne peut aussi se voir attribuer un rôle qui ne fait pas partie de la définition de son poste, endossant ainsi une responsabilité à laquelle elle n'est pas préparée et qui modifie son activité [31,9]. Les condi-

tions de travail peuvent aussi rendre la pratique de la médecine d'urgence éprouvante, comme les repas pris rapidement et à des heures irrégulières, le sommeil souvent interrompu par les interventions, la surcharge de travail dans un temps limité lié aux appels d'urgences multiples qui obligent les équipes à être prêtes à réintervenir dès la fin immédiate d'une intervention précédente. À cela s'ajoutent des conditions climatiques parfois difficiles sur les lieux de l'intervention comme le froid, la pluie... [18,28].

Duchateau (2002) [16], dans une étude sur le personnel SAMU, observe que la violence sur les lieux de l'intervention est aussi un facteur de stress à prendre en compte ; il montre ainsi à partir du recueil de 276 questionnaires réalisés dans 14 SMUR d'Ile-de-France que 88 % des professionnels ont été menacés verbalement et 41 % agressés physiquement (dont 13 % avec une arme blanche et 12 % avec une arme à feu).

Girault (1989) [18] observe des facteurs de stress professionnel plus spécifiques au métier de l'urgence. Son étude, auprès de 58 médecins et infirmiers du SAMU de Paris, met en évidence que la gravité des pathologies sur lesquelles intervient le personnel implique pour les intervenants SAMU une compétence, une efficacité technique absolue et une responsabilité maximale à l'égard du patient. Le personnel SAMU est ainsi confronté « au paradoxe potentiellement stressant existant entre la nécessité d'une expertise sans faille et la prise de conscience de leurs propres limites » devant des patients dont le pronostic vital est en jeu [18,28]. Un deuxième facteur de stress spécifique selon Girault [18] est l'imprévisibilité des situations sur lesquelles les équipes SAMU interviennent et qui impliquent une disponibilité permanente, aussi bien intellectuelle (vigilance, concentration lors des interventions) que relationnelle (relation avec le malade, et sa famille). Cette imprévisibilité peut parfois rendre l'intervention difficilement contrôlable, ce qui accentue le stress.

Enfin, la charge émotionnelle des interventions est aussi un facteur de stress spécifique au SAMU, elle est intimement liée à la notion d'urgence ; les équipes SAMU se doivent d'arriver dans les meilleurs délais sur les lieux de l'intervention et dans ces conditions tout événement (mauvaise circulation, incertitude du diagnostic, tension dans l'équipe...) susceptible de freiner la prise en charge du patient est source de stress [18, 28]. De même, les images d'horreur, la détresse, la souffrance et parfois la mort des patients peuvent véhiculer une charge émotionnelle importante et constituer une véritable source de tension [28].

1.2. Les conséquences psychologiques du stress professionnel

D'après Girault (1989) [18], c'est l'ensemble de ces facteurs spécifiques aux professionnels de l'urgence qui constitue un terrain favorable au *burn-out* (« syndrome d'épuisement professionnel »), défini par Maslach (1986) [27] 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 ». Maslach décrit le *burn-out* selon trois dimensions fondamentales : « l'épuisement émotionnel », « la déshumanisation de la relation au patient » et une diminution de « l'accomplissement de soi au travail » [6]. Girault (1989) [18] constate que 41 % du personnel SAMU interrogés présentent un *burn-out* qu'elle nomme le « burnout des urgentistes » car il se caractérise par un faible niveau « d'épuisement émotionnel » et un niveau élevé de « déshumanisation de la relation au patient » à l'échelle du MBI (*Maslach Burn-out Inventory* de Maslach & Jackson). Ce faible niveau d'épuisement émotionnel serait dû, d'après l'auteur, à une censure des réactions émotionnelles souvent considérées comme « professionnellement indésirables » et non conformes aux normes de la profession. Le niveau élevé de la « déshumanisation de la relation aux patients » s'explique, quant à lui, par l'état de détresse physique extrême du patient et, dans ce contexte, les équipes SAMU doivent faire preuve d'une grande technicité qui facilite ainsi le recours à une pratique médicale « déshumanisée ». M.C. Manus [26], dans son étude auprès de 331 médecins du Royaume-Uni, considère que le niveau élevé de « déshumanisation de la relation » doit être compris comme un mécanisme de défense destiné à réduire le stress professionnel.

Certaines études montrent toutefois que les médecins qui souffrent de *burn-out* ont un taux d'absentéisme faible et conservent une satisfaction élevée au travail. Cependant, la souffrance psychologique se reflète dans d'autres domaines, les médecins épuisés sont dysphoriques, dénigrent leur propre performance, se sentent coupables et craignent les erreurs. Ils perdent le sentiment de réalisation de soi, se désengagent de la relation avec le patient et sont insatisfaits de leur vie sociale et familiale. Le *burn-out* peut ainsi aboutir à une détérioration sérieuse de la santé qui se manifeste par de l'anxiété, des toxicomanies et des idées suicidaires [15]. Withley (1994) [37] observe, chez 764 médecins de services d'urgences, que l'impact du stress professionnel mesuré par le WRSI (*Work Related Strain Inventory*) est significativement corrélé au niveau de dépression mesuré par la CES D (*Center for Epidemiologic Studies Scale*). Truchot [33] mentionne également que les médecins sont bien plus touchés par le *burn-out* que les sapeurs-pompiers, les aides-soignants ou encore les travailleurs sociaux. Le taux de suicides est par ailleurs bien plus élevé chez les médecins que dans d'autres groupes professionnels à statut équivalent.

Mais le stress professionnel ne serait pas la seule cause de l'émergence de troubles psychologiques. Weinberg (2000) [36], dans son étude auprès de 128 soignants, constate que les troubles anxieux et dépressifs sont en lien avec le stress professionnel, mais qu'ils sont également corrélés avec un

stress ressenti à l'extérieur du travail comme le manque de soutien social, des problèmes de santé ou des conflits familiaux. L'auteur suggère de prendre en compte simultanément le stress dans le travail et en dehors du travail pour expliquer les troubles anxieux et dépressifs du personnel hospitalier.

1.3. Quand l'intervention devient traumatique

Les médecins, infirmiers, ambulanciers sont « des humains et faillibles » [35]. Ils peuvent être, comme les victimes, choqués émotionnellement par l'horreur de certaines interventions [11], ce qui peut avoir des retombées sur leur vie sociale, leur santé physique et mentale [34].

Ainsi, la vision insupportable de la mort d'un enfant, d'un corps mutilé, la souffrance et la détresse d'un patient, la répétition de certaines interventions difficiles peuvent provoquer un sentiment de peur, d'impuissance ou d'horreur et amener le personnel SAMU à manifester des réactions de stress aigu. Le stress aigu se définit [12] comme une pathologie postimmédiate survenant dans les premiers jours ou les premières semaines suivant l'intervention et se caractérise par des symptômes de répétition, d'évitement et d'activation neurovégétative. Selon certains auteurs [5], le stress aigu constituerait un indice de vulnérabilité pour un état de stress post-traumatique ultérieur. Ce dernier dépasse la simple réaction de stress et peut être compris comme la conséquence d'un véritable traumatisme psychique lié à l'effroi, à l'imminence de la mort et à la sidération psychique [1,3,7,24]. Le traumatisme psychique est lié à une rencontre avec l'image de la mort qui vient faire effraction dans le psychisme et s'y incruste, telle quelle, ne trouvant dans l'inconscient aucune représentation pour l'accueillir, la lier, la transformer afin qu'elle puisse prendre sens [23,24,13]. Le psychisme se trouve alors envahi par un afflux d'excitations violentes et agressives qui débordent sa capacité de défense, bouleversant ainsi fondamentalement son fonctionnement [10]. Ce traumatisme psychique peut être à l'origine de syndromes psychotraumatiques ou états de stress post-traumatiques qui surviennent après une période de latence plus ou moins longue. Crocq (1989) [9] a observé chez les sauveteurs une symptomatologie psychotraumatique caractérisée par des reviviscences visuelles hallucinatoires des scènes pénibles vécues sur le terrain, des difficultés d'endormissement, des cauchemars à répétition, un état d'alerte et de sursauts au bruit, une démotivation et une perte de l'intérêt pour le monde extérieur, l'impression de n'être ni compris, ni soutenu, une irritabilité et une propension au retrait solitaire et amer. Cette symptomatologie perturbe l'équilibre psychique de l'intervenant et peut engendrer une baisse de son efficacité, remettre en question son rôle de « sauveur » et le faire douter de ses capacités [14,9].

Plusieurs études montrent l'existence de troubles psychotraumatiques dans la population SAMU. Jehel [21,22] en 1998, observe que 62 % du personnel (médecins, infirmier(e)s, ambulanciers et permanenciers) ont vécu au moins un événement traumatisant au cours de l'exercice de leur fonction et qu'à la suite 9 % d'entre eux ont développé un

syndrome psychotraumatique. Vermeiren et De Clercq (2001) [34] constatent, trois ans après un attentat dans un auditoire d'étudiants à Woluwé, que deux intervenants sur 15 présentent un état de stress post-traumatique complet et invalidant. De Soir (2003) [14] observe qu'un ambulancier sur dix n'aurait jamais digéré un précédent choc traumatique pendant une intervention. L'auteur décrit également des conséquences plus pernicieuses du traumatisme psychique comme l'absentéisme, le présentéisme, la perte de rendement, de concentration.

La prévalence du PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) et sa durée chez les intervenants sont également mises en avant dans une étude auprès du personnel médical présent lors de la catastrophe du Ramstein en Allemagne en 1988. L'étude montre une prévalence du PTSD de 7,5 % à six mois, 12,1 % à 12 mois et 7,3 % à 18 mois. Les auteurs expliquent le pourcentage fluctuant du PTSD par rapport à la date anniversaire de la catastrophe [17].

Au regard de ces différentes données, l'objectif de notre étude, qui s'inscrit dans le cadre d'un travail de thèse de psychologie, est d'identifier les situations de stress vécues par le personnel SAMU et leurs répercussions psychologiques. Ainsi, nous nous attacherons à décrire et à évaluer dans cette population le stress et l'épuisement professionnel, le stress perçu, les troubles psychotraumatiques et les problèmes de santé mentale. Nous présentons ici nos premiers résultats sur les 50 premiers sujets.

2. Méthodologie

2.1. Population

La population est constituée du personnel SAMU de Paris directement impliqué dans la prise en charge des patients faisant appel au SAMU. Il s'agit de 50 sujets (19 femmes et 31 hommes) dont 17 médecins, 13 infirmier(e)s anesthésistes diplômés d'état, 12 conducteurs ambulanciers, huit médecins en formation (internes et externes en médecine). L'âge moyen est de 40,4 ans (SD : 9,9). Tous les sujets sollicités pour cette étude ont accepté d'y participer et travaillaient au SAMU de Paris depuis au minimum un mois.

2.2. Procédure et outils

Après une première réunion de rencontre et d'informations destinée à présenter la recherche et l'obtention de l'accord du personnel SAMU pour participer à cette étude, nous avons proposé un entretien clinique destiné à recueillir plusieurs données sociodémographiques, les événements de vie importants et le vécu psychologique du personnel SAMU face aux interventions d'urgence. À la fin de l'entretien, chaque sujet devait compléter les six questionnaires suivants.

2.2.1. L'inventaire de Stress Professionnel de Spielberger (JSS) [1991]

Adapté en français par Sifakis (1999) [32], il mesure le stress perçu de l'individu et permet d'identifier, dans un groupe

donné, les sources de stress les plus prégnantes. L'échelle est composée d'une liste de 30 propositions décrivant des événements de travail identifiés comme stressants. Les sujets doivent d'une part, évaluer, selon eux, la quantité de stress associée à chaque événement (score de stress état) et, d'autre part, la fréquence de ce même événement durant les six derniers mois (score de stress trait). Les items sont regroupés ensuite en deux catégories, ce qui permet de mettre en évidence deux sous-échelles, l'une liée à la pression au travail et l'autre liée au manque de soutien organisationnel. Enfin, en additionnant la fréquence et l'intensité des items, on obtient un score total de stress au travail [32].

2.2.2. Le Maslach Burnout Inventory (MBI)

Élaboré par Maslach et Jackson en 1986 et traduit par Fontaine (1985), il est habituellement utilisé pour évaluer l'épuisement professionnel chez les soignants et permet de rendre compte de la souffrance psychologique liée au travail. Ce questionnaire est constitué de 22 items nécessitant une évaluation en fréquence et en intensité. Les items sont répartis en trois dimensions : l'épuisement émotionnel (EE) évalué à l'aide de neuf items, la déshumanisation de la relation (DR) ou « dépersonnalisation » (cinq items) et l'accomplissement personnel (AP) (huit items). Chaque item est coté de 0 à 6. Un niveau élevé de *burn-out* se manifeste à travers des scores élevés pour les sous-échelles « Épuisement Émotionnel » et « Déshumanisation de la Relation », associés à un score faible à la sous-échelle « Accomplissement de soi » et inversement pour un niveau de *burn-out* faible [6,27].

2.2.3. L'échelle de stress perçu en 14 items (PSS14) de Cohen (1983)

Elle permet d'évaluer « l'importance avec laquelle des situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, c'est-à-dire comme non prévisibles, incontrôlables et pénibles » [30]. Pour chaque item, le sujet doit estimer la fréquence d'apparition de situations stressantes de la vie quotidienne sur une période récente [32]. Les scores s'échelonnent de 14 à 70. Cette échelle a été validée par M. Koleck et B. Quintard.

2.2.4. Le Questionnaire de Santé Générale (GHQ)

Il s'agit d'un autoquestionnaire d'évaluation mis au point par Goldberg afin de dépister les troubles psychiatriques présents au cours des semaines passées. Ce questionnaire est utilisé dans de nombreux pays [25] et pour beaucoup d'études auprès des professionnels de la santé [36]. Nous avons choisi sa version abrégée en 12 items que le sujet cote sur une échelle de 0 à 3 points, allant de « mieux que d'habitude » à « beaucoup moins que d'habitude ». Le GHQ-12 permet de quantifier au plan dimensionnel le degré de souffrance psychologique subjective et, au plan catégoriel, de définir, à partir de notes seuils, des cas pathologiques ou non [19,22,36,37]. Dans le cadre de cette étude descriptive, nous avons utilisé la cotation bimodale (notant 0 les réponses « moins que d'habitude » ou « pas plus que d'habitude » et 1 celles « un peu plus que d'habitude » ou « bien moins que d'habitude »).

2.2.5. L'Échelle Révisée d'Impact de l'Événement (IESR)

Créée par Weiss et Marmar (1996), elle a été construite à partir de l'Échelle d'Impact de l'Événement d'Horowitz *et al.* (1979) [20], et traduite et validée en français par Brunet *et al.* (2003). L'IESR mesure la présence de stress traumatique lié à des événements violents. La version initiale de l'Échelle d'Horowitz comprenait deux dimensions : les conduites d'évitement et de répétition associées à la symptomatologie traumatique. Weiss et Marmar (1996) ont ajouté une troisième dimension : l'hyperactivité neurovégétative. Vingt-deux items évaluent ainsi l'intensité de chaque symptôme, d'« extrêmement » à « pas du tout ». Cette échelle est très largement utilisée et reconnue au niveau international [4,8]. Elle a été validée auprès de nombreuses populations victimes de viols, d'agressions, d'accidents et elle différencie bien les sujets victimes de stress aigu et d'état de stress post-traumatique [2,4]. D'après les auteurs, un score de 22 serait l'indice d'un stress aigu et un score de 36 suggérerait la présence d'un ESPT, sans toutefois poser un diagnostic.

Pour les besoins de la recherche, nous avons adapté la consigne pour évaluer les réactions de stress survenues au cours de la carrière de l'intervenant et non pas seulement sur les sept derniers jours comme indiqué sur l'échelle, ce qui nous permettait de prendre en considération les événements stressants plus anciens.

2.2.6. Le questionnaire de stress post-traumatique (QSPT)

Réalisé d'après le *Post-traumatic stress disorder interview* (PTSD-I) de Watson, traduit par Brunet en 1995 et adapté en autoquestionnaire et validé par Jehel *et al.* (1996), ce questionnaire permet d'évaluer la survenue d'un événement traumatique et donne une approche diagnostique de l'état de stress post-traumatique (ESPT) actuel ou sur la vie entière. Le QSPT se partage selon les cinq axes d'évaluation du DSM-III-R.

L'axe A : vécu d'un événement traumatique (cinq items) ; l'axe B : syndrome de répétition (quatre items) ; l'axe C : syndrome d'évitement (sept items) ; et l'axe D : syndrome d'hypervigilance (six items). Enfin, l'axe E évalue la durée des troubles (deux items) : actuels ou passés. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique nécessite la validation des axes A, B, C, D et E. Une identification des critères B, C, D et E peut être effectuée même en l'absence d'un ESPT complet. Enfin, le QSPT propose un score de sévérité de l'intensité des troubles avec une amplitude de 17 à 119, calculé grâce à la somme des scores des 17 items de B, C et D [21].

Remarque : L'IESR et le QSPT ont été utilisés de manière complémentaire. En effet, qu'il s'agisse de l'IESR ou du QSPT, le sujet se référerait à la même intervention. Cela nous a permis de mesurer le stress aigu suite à une intervention difficile et les conséquences psychotraumatiques qui en découlent.

2.3. Mode d'analyse

L'analyse porte ici uniquement sur les données quantitatives recueillies grâce aux différents questionnaires ; il s'agit d'une analyse statistique descriptive (calcul de moyennes et écart-

type), comparative (test non paramétrique U de Mann-Whitney) et corrélative (test non paramétrique, test de Spearman).

3. Résultats

3.1. Stress et épuisement professionnel

Les résultats à l'inventaire de Stress Professionnel de Spielberger (JSS) indiquent que le groupe de professionnels SAMU présente un stress professionnel qui semble assez élevé, si nous nous référons aux résultats de l'étude de validation de l'inventaire de Stress Professionnel de Spielberger (JSS) réalisée par Sifakis *et al.* (1999) [32] auprès d'un groupe composé de différentes catégories professionnelles toutes confondues (banquiers, techniciens, enseignants, infirmiers, pompiers, administratifs, éducateurs) (Fig. 1). On remarque en effet, pour notre groupe SAMU, une plus grande fréquence du stress (107,58 vs 53,70) et un plus grand manque de soutien organisationnel ressenti (103,64 vs 62,79).

En revanche, les résultats au *Questionnaire de stress perçu* de Cohen *et al.* montrent que le personnel SAMU présente un stress perçu moyen (Tableau 1) correspondant à celui de la population générale si nous nous référons à l'étude de validation française de ce questionnaire par M. Koleck et B. Quintard (2001) [30].

Les données descriptives obtenues au questionnaire MBI (*Maslach Burn-out Inventory*) indiquent que les dimensions liées à la « déshumanisation de la relation au patient » et à la « baisse de l'accomplissement de soi » sont d'intensité et de fréquence modérées (Tableau 2) alors que la dimension « troubles émotionnels » est assez faible dans le groupe des professionnels du SAMU, aussi bien sur le plan de la fréquence que sur celui de l'intensité.

Si nous corrélons les données du MBI avec celle du JSS et du GHQ12, nous remarquons que la dimension « troubles émotionnels » du MBI est corrélée au score total du JSS et au score total du GHQ-12 et qu'inversement la dimension « accomplissement de soi » est corrélée négativement au score total du JSS

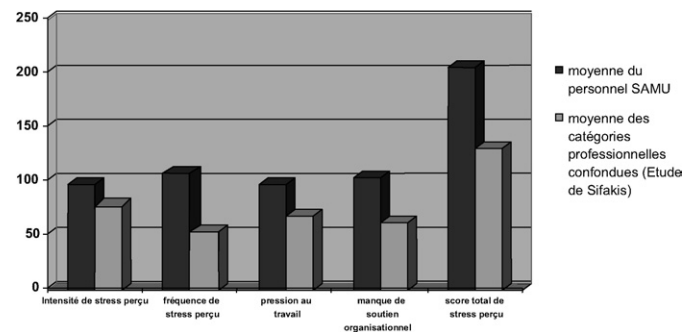


Fig. 1. Moyennes obtenues par le groupe de professionnels SAMU à l'Inventaire de Stress Professionnel de C.D. Spielberger (*Job Stress Survey*) en référence à l'étude de validation de Sifakis *et al.* (1999) [32] réalisée sur un groupe de catégories professionnelles confondues.

Tableau 1
Moyennes obtenues par le groupe de professionnels SAMU à l'Échelle de stress

	Moyennes et écart-type Professionnels SAMU <i>n</i> = 50	Moyennes et écart-type, Professionnels de la santé (Étude de validation de Koleck M. et Quintard B.) <i>n</i> = 210
Homme	29,35 (6,53)	30,27 (6,68)
femme	32,31(4,99)	31,44 (6,45)

Perçu de Cohen *et al.* (*Perceived Stress Scale*) en fonction du sexe en référence à l'étude de validation de Koleck M. et Quintard B.

Tableau 2
Degré de *burn-out* des professionnels SAMU en référence aux critères d'évaluation de Maslach (1986)

Dimensions du MBI (Maslach Burnout Inventory)	Nombre de sujets selon le degré de <i>Burn-out</i> (<i>n</i> = 50)		
	Bas	Modéré	Élevé
Troubles émotionnels			
Fréquence	42	8	0
Intensité	38	9	3
Déshumanisation de la relation			
Fréquence	19	19	12
Intensité	21	17	12
Baisse de l'accomplissement de soi			
Fréquence	19	15	16
Intensité	11	17	22

et au score total du GHQ-12. Par ailleurs, l'intensité de la dimension « déshumanisation de la relation » au patient est corrélée avec l'intensité du score à l'échelle de stress professionnel (JSS) (Tableau 5).

3.2. Santé psychique et troubles psychotraumatiques

Les données au GHQ12 ne montrent pas l'existence de troubles psychiques dans l'ensemble de notre groupe ; si l'on prend en considération une cotation bimodale du GHQ, on obtient une moyenne de 1,5 (écart-type : 2, 13) sur 12 (cotation maximum révélant l'existence de troubles). Toutefois, si l'on prend en considération le seuil de 4 pour évoquer des difficultés psychologiques ainsi que le font certaines études [22,36,37], quatre sujets sur 50 présentent des scores supérieurs à 4. Ces mêmes sujets présentent des scores faibles aux échelles de Stress post-traumatique (QSPT et IESR) ; en revanche, ils présentent des scores élevés aux échelles de stress et d'épuisement professionnel (JSS, MBI).

Concernant les aspects traumatiques évalués par le QSPT (Tableau 3), 96 % du personnel SAMU a vécu une intervention à caractère traumatisant au cours de sa carrière, accompagnée d'un sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance pour 74 % des sujets. Celle-ci a entraîné un syndrome de répétition pour neuf sujets (18 %). Huit personnes sur 50 (16 %) ont répondu à un critère unique de l'ESPT et une personne seulement sur 50 répond à l'ensemble des critères de l'État de Stress Post-Traumatique. Parmi les neuf sujets ayant répondu au critère B (Syndrome de répétition au cours de leur carrière), seulement deux continuent à présenter ce trouble aujourd'hui.

D'après les résultats à l'échelle d'Impact de l'Événement (Tableau 4) et en considérant les critères d'évaluation de Brunet *et al.* (2003) [3], 38 % des professionnels SAMU ont souffert, au cours de leur carrière, d'un état de stress aigu suite à

Tableau 3
Professionnels SAMU répondant aux critères de l'État de Stress Post-traumatique selon le questionnaire de Stress Post-Traumatique (QSPT)

Critères du QSPT	Pourcentage de sujets répondant aux critères du QSPT <i>n</i> = 50
Critère A1 : événement à caractère traumatique*	48
Critère A2 : réaction de peur, d'impuissance ou d'horreur	37
Critère B : symptômes de répétition	9
Critère C : symptômes d'évitement	2
Critère D : symptômes d'hypervigilance	2
Diagnostic	
Présence d'un seul critère du PTSD	8
PTSD complet	1
Critère B syndrome de répétition toujours présent	2

* Confrontation à un événement durant lequel des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien être menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacé.

Tableau 4
Répartition des professionnels SAMU suivant le score obtenu à l'échelle révisée d'impact de l'événement (IESR) en référence aux critères d'évaluation de Brunet *et al.* (2003) [4]

IESR	« Absence de stress aigu au cours de la carrière » Score ≤ 22	« Présence probable d'un État de stress aigu au cours de la carrière » Score > 22
Professionnels SAMU (<i>n</i> = 50)	62 %	38 %

Tableau 5
Corrélation entre le score aux différentes dimensions du MBI (épuisement professionnel) et le score total du JSS (stress professionnel) et le score au GHQ-12 (santé psychique)

Score total aux dimensions du Maslach Burnout Inventory (MBI)	Score total à l'Inventaire de Stress professionnel (JSS)	Score total au GHQ12 (Santé psychique)
Troubles émotionnels		
Fréquence	0,379**	0,426**
Intensité	0,468**	0,594**
Déshumanisation de la relation		
Fréquence		
Intensité	0,368**	
Accomplissement de soi		
Fréquence	-0,405**	-0,322*
Intensité		

* Corrélation significative au niveau 0.05.

** Corrélation significative au niveau 0.01.

une intervention difficile, la dimension « symptômes intrusifs » étant la plus importante.

Concernant ce dernier point, nous avons cherché à savoir si les réactions de stress aigu liées aux interventions urgentes étaient dues à des facteurs professionnels (stress et épuisement professionnel) et/ou à des facteurs individuels (présence d'événements de vie négatifs). Nous avons ainsi comparé deux groupes de sujets selon leurs résultats à l'échelle révisée d'impact de l'événement (IESR), l'un avec un score supérieur à 22 (indice de stress aigu), l'autre avec un score inférieur à 22 (indice d'absence de stress aigu). Les résultats comparatifs entre les deux groupes (score IESR supérieur à 22 vs score IESR inférieur à 22) ne montrent aucune différence significative concernant les dimensions du stress professionnel (JSS), les dimensions de l'épuisement professionnel (MBI), le stress perçu (PSS) et les problèmes de santé mentale (GHQ12). La seule différence significative concerne la présence d'un nombre plus important d'événements de vie personnels négatifs dans le groupe de sujets présentant un score supérieur à 22 (0,04).

Nous avons aussi cherché à savoir si les résultats entre l'intensité des scores au QSPT et à l'IESR étaient corrélés à l'intensité des scores au questionnaire de stress professionnel et au MBI ainsi qu'à un certain nombre de données sociodémographiques (nombre d'événements de vie négatifs, âge, sexe, statut marital, fonction, ancienneté, devenir professionnel envisagé, motivations quant à exercer ce métier, nombre d'interventions marquantes). Les résultats indiquent que l'intensité du score total du QSPT est corrélée au nombre d'événements de vie personnels négatifs (0,05) et à la dimension « déshumanisation de la relation » du MBI (0,05). Nous ne retrouvons en revanche aucune corrélation significative entre les scores du QSPT et de l'IESR avec l'âge, le sexe, le statut marital, la fonction, l'ancienneté, le devenir professionnel envisagé, les motivations à exercer ce métier, le nombre d'interventions marquantes.

4. Discussion

4.1. Stress et épuisement professionnel

L'activité d'aide médicale urgente est marquée par un stress professionnel chronique important lié principalement à un manque de soutien organisationnel (conflits, soutien inadéquat de la hiérarchie, manque de reconnaissance, insatisfaction vis-à-vis de l'organisation...). L'intensité de ce stress professionnel est en lien avec l'intensité de l'épuisement professionnel chez le personnel SAMU qui se traduit de manière spécifique dans cette population. En effet, nous remarquons en référence aux résultats du MBI que la dimension « troubles émotionnels » reste très faible dans ce groupe qui présente en revanche pour 62 % d'entre eux des scores modérés ou élevés pour la dimension « déshumanisation de la relation » et « baisse de l'accomplissement de soi ». Ces résultats vont dans le même sens que ceux retrouvés par Girault [18] dans son étude de 1989, et renforcent son hypothèse concernant le peu de place que laisse le métier d'aide médical urgent aux émotions. Devant l'état d'urgence vital du patient, il faut agir rapidement et efficacement et, dans ce contexte, le personnel SAMU ne se permet pas d'être envahi par ses émotions.

Dans la littérature, la déshumanisation de la relation au patient se traduit généralement par une véritable distanciation avec le patient qui est, alors, considéré comme un objet. Cette mise à distance se fait à l'insu du professionnel, malgré lui, et elle est ressentie de manière douloureuse, comme une forme d'échec [6]. Lors des entretiens cliniques, la majorité du personnel SAMU exprime cette déshumanisation de la relation aux patients : « Il y a le travail d'un côté et les sentiments de l'autre, [...] je fais abstraction de l'environnement et des émotions, [...] j'évite de regarder le visage des patients, [...] quand je suis en intervention je suis un robot, [...] pendant l'intervention je verrouille [mes sentiments]. » De même, quand les équipes partent sur une intervention, elles se rendent « sur un arrêt » ou « un AVC » (accident vasculaire cérébral). Le patient, nommé par sa pathologie, est ainsi déshumanisé. En fin d'intervention, dans le véhicule médical ou en salle de repos, l'humour noir et la dérision sont souvent de bon ton et définissent de la même manière cette mise à distance. Mais cette déshumanisation se fait, ici de manière consciente, elle est entretenue afin de se protéger des interventions difficiles : « On se protège derrière l'acte médical, [...] je me fais un mur, [...] je me suis fait une carapace, [...] je me suis endurci. »

Cela nous permet d'insister sur le fait que l'échelle du *Burn-out* est utilisée ici, non pas en tant que diagnostic, mais pour décrire des comportements de personnes « normales » face à la répétition de stress dans un cadre professionnel [6]. Nous faisons ainsi l'hypothèse que cette déshumanisation de la relation prend une valeur défensive pour le personnel SAMU, leur permettant ainsi de réaliser leur travail dans les meilleures conditions sans être à la merci d'émotions difficiles à gérer. Cela nous conduit à reconsidérer le terme de « déshumanisation » et à suggérer plutôt celui de « distanciation » de la relation au patient, terme qui, au regard de notre analyse, nous paraît plus approprié. Comme le montrent nos résultats, cette distanciation de la relation aux patients est liée à une baisse du sentiment de l'accomplissement de soi, ce qui nous conduit à faire l'hypothèse que cette distanciation se paye au prix fort d'une dévalorisation de soi et d'une démotivation au travail. Cette diminution du sentiment d'accomplissement de soi va aussi avoir pour conséquences une augmentation du stress professionnel et des difficultés psychologiques. En effet, cette distanciation est souvent accompagnée d'un sentiment d'impuissance, d'échec et de culpabilité : « Il n'y a pas de suivi, on ne sait pas ce que devient le patient, [...] on n'a pas les mots pour reconforter la famille, [...] on est brutal dans ce métier, [...] on laisse la famille dans la souffrance, [...] quand on s'en va, on a l'impression que le travail est inachevé. »

4.2. Stress et réactions psychotraumatiques aux interventions urgentes

Au cours de la carrière des intervenants SAMU, les réactions de stress aigu sont relativement fréquentes : 38 % des sujets ont manifesté un état de stress aigu suite à une intervention. Mais, en ce qui concerne l'état de stress post-traumatique, seulement une personne sur les 50 interviewées en souffre. Ces

premiers résultats indiquent que la présence de stress aigu n'est pas associée au développement d'un état de stress post-traumatique ultérieur. Cela ne confirme pas l'idée d'un effet prédictif du stress aigu sur l'ESPT [5] mais souligne plutôt la dimension d'immédiateté du stress qui ne peut rendre compte des aspects plus complexes sur le plan psychopathologique et plus durables des effets d'un traumatisme psychique [7,11].

Les faibles résultats de notre étude concernant l'ESPT diffèrent des études de Jehel et Vermeiren citées précédemment [21,34]. Cette différence est vraisemblablement liée au choix des catégories professionnelles et au contexte de l'étude. En effet, dans l'étude de Jehel [22], les permanenciers – dont le travail consiste à traiter, localiser et évaluer les appels avant de les transmettre au médecin régulateur – sont inclus dans l'échantillon. Cela a une incidence significative sur le pourcentage d'ESPT observés puisque « parmi les professionnels travaillant au SAMU, ce ne sont pas ceux qui interviennent sur le terrain qui semblent les plus fragilisés [...] cette étude montre que la fonction de PARM semble associée à un risque plus important de souffrance psychique » [22]. En ce qui concerne l'étude de Vermeiren et De Clercq (1996) [34], elle a été mise en place après une intervention exceptionnelle – un attentat – et les réactions psychopathologiques des intervenants prennent sens à la lumière de l'événement catastrophique.

Notre interrogation se porte dans cette étude sur les 18 % de sujets qui ont manifesté un seul ou deux des syndromes de l'ESPT et ce principalement dans le domaine des troubles répétitifs. Nous pensons que l'activité professionnelle des intervenants SAMU favorise ce phénomène. En effet, ils sont régulièrement confrontés au même type d'intervention choquante : décès d'un enfant, suicide dans le métro, accident de la route sanglant. Ainsi, tout au long de sa carrière, l'intervenant risque ou s'attend à être exposé de nouveau à une intervention qui va entrer en résonance avec celle qui l'a choqué.

Ces troubles de la répétition se manifestent principalement en réponse à un stimulus, il peut s'agir d'un détail évocateur sur les lieux de l'intervention : « quand je revois un motard avec le même type de casque je repense à ce patient » ; il peut s'agir aussi de la prise en charge du même type de pathologie ou encore de la même équipe avec laquelle le sujet était intervenu sur l'événement traumatique. Les manifestations de reviviscences apparaissent également suite à une discussion entre collègues à propos d'interventions marquantes ou devant une émission de télévision portant sur des événements difficiles. Dans ces moments, l'intervenant SAMU se souvient avec une précision étonnante de l'intervention, il peut en donner des détails visuels, olfactifs, ou se rappeler du prénom du patient. Le syndrome de répétition semble se caractériser essentiellement par des souvenirs conscients chez le personnel SAMU et non pas par des angoisses non maîtrisables ; par exemple ces sujets ne relatent pas de cauchemars répétitifs. On peut évidemment se demander si ces symptômes de répétition ne constituent pas une anticipation de l'anxiété qui pourrait alors avoir pour ces sujets une valeur défensive et préparatoire aux interventions urgentes.

5. Conclusion

Le personnel SAMU est soumis à un stress professionnel chronique et est amené à vivre de nombreuses interventions stressantes qui donnent lieu à des sentiments de peur, d'horreur ou d'impuissance, voire même à un état de stress aigu. Si les conséquences de ces événements ne conduisent pas nécessairement à des problèmes de santé psychique qui sont plutôt associés à la présence d'événements de vie personnels négatifs, comme le montre notre étude, les stratégies défensives mises en place par un certain nombre de sujets, comme la distanciation de la relation avec le patient, peuvent aboutir à une baisse de l'accomplissement de soi dans le travail.

Malgré une prévalence très faible des troubles psychotraumatiques, les événements à caractère traumatiques ont un impact et sont inscrits de manière indélébile dans la mémoire des intervenants SAMU : « Ces images-là, elles me resteront toujours, [...] j'ai toutes les images, [...] les situations difficiles elles sont ancrées, [...] ça fait partie de moi, [...] cette intervention elle est au-dessus de ma tête, [...] on vit avec, [...] ces événements, ils sont gravés dans le béton. » Il nous semble important de nous questionner sur la valeur et la fonction de cette inscription de l'événement ? Les symptômes de répétition n'auraient-ils pas une valeur défensive ? L'événement inscrit ne serait-il pas l'événement référent qui vient faire barrage aux autres et pousse ainsi chaque intervenant à multiplier les interventions pour faire toujours mieux ?

Notre étude est préliminaire et nos résultats nécessitent d'être encore approfondis et confirmés par une méthode comparative et par la prise en compte de facteurs psychologiques individuels dans la réponse au stress des interventions urgentes.

Références

- [1] Barrois C. Les névroses traumatiques. Paris: Dunod; 1998.
- [2] Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Paris: Masson; 2002.
- [3] Briole G, Lebigot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D. Le traumatisme psychique : rencontre et devenir. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris: Masson; 1994.
- [4] Brunet A, Saint-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a french version of the impact of Event scale-Revised. *Can J Psychiatry* 2003;48:56–61.
- [5] Birnes P, Brunet A. Entités cliniques immédiates et post-immédiates prédictives du développement d'un trouble de stress post-traumatique. In: Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M, editors. *Psychotraumatismes : prise en charge et traitements*. Paris: Masson; 2005.
- [6] Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris: Masson; 1998.
- [7] Chahraoui K. Intérêts et critiques de la notion de stress : point de vue sur quelques travaux et sur les états de stress post-traumatiques. *Orgapys online* 2001;11:5–8.
- [8] Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised. *Behav Res Ther* 2003;41:1489–96.
- [9] Crocq L, Lery O. Le stress des décideurs et des sauveteurs dans les catastrophes. Extrait des comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 137^e session-Montréal; 1989.
- [10] Crocq L. Stress, trauma et syndrome psychotraumatique. *Soins Psychiatrie* 1997;188:7–13.
- [11] Crocq L, Doutheau C, Louville P, Cremniter D. Psychiatrie de catastrophe : réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. *Pani-*

- ques et psychopathologie collective. *Encycl Med Chir Psychiatr* 1998;37 (113D–210D):1–8.
- [12] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [13] Cremniter D, Laurent A. Soins psychiatriques urgents aux victimes. *Rev Prat* 2003;53.
- [14] De Soir E. Le débriefing psychologique et la gestion d'interventions potentiellement traumatisantes auprès des services de secours. *J Int Victimologie* 2003;1–3 (JIDV.COM).
- [15] D'Hoore W, Tjeka R, Vandenberghe C, Stordeur S. Le stress des médecins : un risque pour la qualité des soins. Actes du congrès de l'Association Latine pour l'analyse des Systèmes de santé (CALASS), Lyon. 12–14 septembre 2001.
- [16] Duchateau F, Bajolet-Laplante MF, Chollet C, Ricard-Hibon A, Marty J. Exposition à la violence en SMUR. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002;21: 775–8.
- [17] Epstein RS, Fullerton CS, Ursano RJ. Post-traumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *Am J Psychiatry* 1998;155: 934–8.
- [18] Girault-Lidvan N. *Burn-out* : émergence et stratégie d'adaptations, le cas de la médecine d'urgence. Thèse de psychologie, dir Pr Levy-Leboyer, Paris: Université René Descartes; 1989.
- [19] Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. NFER-NELSON; 1998.
- [20] Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41:209–18.
- [21] Jehel L, Louville P, Paterniti S, Baguier S, Carli P. Retentissement psychologique du stress professionnel dans un SAMU. *J Européen Urgences* 1999;12:157–64.
- [22] Jehel L. Victimes et soignants face au traumatisme psychique, études de facteurs prédictifs péritraumatiques et validations d'instruments de mesures. Thèse pour l'obtention du diplôme de Docteur. Université Paris-VI, 2002.
- [23] Lebigot F. Traumatisme psychique et origine freudienne. *J Psychol* 1997; 144:24–6.
- [24] Lebigot F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Med Psychol (Paris)* 1997;155:522–6.
- [25] Lépine JP. Le questionnaire de santé. In: Guelfi JD, editor. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Éditions médicales Pierre Fabre; 1996 (JD).
- [26] McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002;359: 2089–90.
- [27] Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory: second édition. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986.
- [28] Molenda S, Ticquet P, Ducrocq F, Goldstein P. Stress spécifique aux personnels exerçant en SAMU et en SMUR. Journée des infirmier(e)s anesthésistes et des infirmier(e)s d'urgences 2000. 42^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation.
- [29] Nivet P, Alby JM, Crocq L. Les réactions émotionnelles chez les décideurs, les sauveteurs et les soignants. *Soins Psychiatriques* 1989;106/ 107:18–22.
- [30] Quintard B. Le concept de stress et ses méthodes d'évaluation. *Rech Soins Infirm* 2001;67:46–67.
- [31] Rasclé N. In: Bruchon-Schweitzer M, Quintard, editors. Facteurs psychosociaux du stress professionnel et de l'épuisement professionnel. In : Personnalités et maladies. Stress, coping et ajustement. Paris: Dunod; 2001. p. 221–38.
- [32] Sifakis Y, Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M. L'inventaire de stress professionnel de CD. Spielberger (Job Stress Survey) : une adaptation française. *Psychol Psychométrie* 1999;20(n°1):5–24.
- [33] Truchot D. Épuisement professionnel et burnout. Paris: Dunod; 2004.
- [34] Vermeiren E, De Clercq M. Débriefing psychologique des intervenants. In: De Clercq M, Lebigot F, editors. Les traumatismes psychiques. Paris: Masson; 2001. p. 189–98.
- [35] Vermeiren E. Le débriefing psychologique avec les acteurs de l'urgence et les intervenants en situation d'exception. *J Int Victimologie* 2003;1 (JIDV.COM):1–4.
- [36] Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet* 2000;355:533–6.
- [37] Whitley TW, Allison EJ, Gallery ME, Cockington RA, Gaudry P, Heyworth J, et al. Work-related stress and depression among practicing emergency physicians. An international study. *Ann Emerg Med* 1994;23: 1068–71.