Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018 N°

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par AUSSEIL Lucille, Stella
Née le 15/05/1990
Le 10 octobre 2018

Enquête sur les professionnels de Santé travaillant en service de Médecine d'Urgence

Directeur de thèse

Docteur GIL-JARDINE Cédric

Membres du Jury

Mr le Professeur BALDI Isabelle……Président et Rapporteur
Mr le Professeur CASTERA Philippe……Juge
Mr le Professeur GALINSKI Michel……Juge
Mr le Docteur VALDENAIRE Guillaume……Juge

1. REMERCIEMENTS

À mon père…

À mon père, à cette belle étoile qui guide mes pas. À cette lumière, dont l'amour a rempli chaque souffle de vie. Merci de m'avoir transmis la force… Tu vas me manquer.

À ma maman, à sa douceur et son écoute, toujours remplie d'amour.

À Mariano, ensemble dans les épreuves et dans la vie, tu as choisi le bon port. Merci.

À mes grands-parents, les professeurs Louis et Marie-Blanche LARENG, de grands humanistes qui m'ont transmis les valeurs du travail. À ma mamie, dont la force maternelle me protège de là-haut.

À mes frères et sœur, Adeline, Jonathan, Emmanuel, toujours ensemble dans l'incertitude de la vie.

À mon amour, Andoni, libre et rêveur, c'est avec toi que la vie prend tout son sens.

À mes sœurs « de cœur » Juliette, Gaby, Camille, merci de m'accompagner tous les jours sur le chemin de la vie.

À mon ami de voyage et de pensée Loïc.

À toutes mes amitiés, d'enfance et de bêtises Mario, Krouchnette, Charlène, Marjo ; mes copines de vie Coco, Xaxu, Jojo, Manon, Marion ; mes « sista de Bidart » Nora et Steph ; aux « garçons » Nathan, la Gork, la Mik, la Jack, Jiji, Tristan, Roms, Bambi et Mathou. À ces études, qui m'ont permis de rencontrer des gens extraordinaires tous autant soient-ils Alizée, Mathilde, Charlotte, Moha, Maïa, Tim, Clémence.

À mon directeur de thèse Cédric GIL-JARDINE, pour son aide, sa disponibilité et sa bonne humeur dans laquelle nous avons travaillé.

Au Professeur Isabelle BALDI, merci d'avoir accepté de rapporter et de présider ma thèse. Au professeur CASTERA Philippe et professeur GALINSKI Michel pour leurs présences, et leurs investissements.

À Guillaume VALDENAIRE, et son grand art de persuasion. Merci pour nos conversations aussi humaines soient-elles.

À tous mes maîtres de stage, avec une attention particulière à « Mister BAYLE » dont l'art de vivre ne se résume pas à être un grand médecin. Mais aussi à l'ensemble de la PMI de Bayonne pour leur accompagnement protecteur.

Mais aussi à mes patients, qui durant toutes ces années ont traversé mon cursus afin de faire de moi, aujourd'hui un « vrai » Médecin.

2. SOMMAIRE

1. REMERCIEMENTS ____ *2*

2. SOMMAIRE ____ *4*

3. LISTE DES ABRÉVIATIONS ____ *5*

4. INTRODUCTION ____ *6*

4.1. Contexte ____ 6

4.2. Du stress au burn-out ____ 7

4.3. Trouble de stress post traumatique ____ 9

4.4. Syndrome Post Commotionnel ____ 12

4.5. Objectifs de l'enquête ____ 16

5. MATERIEL ET METHODE ____ *17*

5.1. Contexte ____ 17

5.2. Population ____ 18

5.3. Procédure et outils ____ 18

5.4. Analyses statistiques ____ 24

6. RESULTATS ____ *25*

6.1. Population ____ 25

6.2. Prévalence du SPC ____ 26

6.3. Analyse des correspondances multiples ____ 31

7. DISCUSSION ____ *31*

8. CONCLUSION ____ *35*

9. BIBLIOGRAPHIE ____ *36*

10. ANNEXES ____ *43*

12. RÉSUMÉ ____ *53*

3. LISTE DES ABRÉVIATIONS

[SU] : Service d'Urgence

[BO] : Burn-out ou Syndrome d'Épuisement Professionnel

[AP] : Accomplissement Personnel au travail

[EE] : Épuisement Émotionnel

[DR] : Déshumanisation

[TSPT] : Trouble de Stress Post Traumatique

[SPC] : Syndrome Post Commotionnel

[TCL] : Traumatisme crânien léger

[SPC-like] : Équivalent du Syndrome Post Commotionnel

[MCS] : Mental Component Summary Score

[PCS] : Physical Component Summary Score

[PF] : Physical Functionning

[RP] : Role Physical

[BP] : Bodily Pain

[GH] : General Health

[VT] : Vitality

[SF] : Social Functionning

[MH] : Mental Health

[RE] : Rôle Emotionnal

[ESS] : Échelle de Somnolence d'Epworth

[MBI] : Maslach Burn-out Inventory

4. INTRODUCTION

4.1. Contexte

« Hôpital sous tension », « Rentabilité des soins », « défaillance des soins primaires », « manque de lit » voici quelques expressions signant des problématiques fréquemment entendues au sein du système de soins.

Selon l'enquête DRESS en 2014, 43% du nombre de passages aux urgences pourrait être pris en charge en médecine ambulatoire. Les services d'urgences [SU] sont sollicités par l'accessibilité aux soins et la consultation dite « par défaut ». Le patient change et valorise l'immédiateté des soins (1). Or on sait que la population médicale en soin primaire se raréfie, attirée par le salariat et l'activité groupée. On peut parler de « changement générationnel » où une meilleure conciliation entre vie privée et vie professionnelle est recherchée (2).

En lien direct avec ces difficultés, les services d'urgences doivent faire face à une demande croissante. À ce jour, ils constituent une zone charnière du système de soin entre les limites auxquelles sont confrontés les soins primaires en amont et le manque de lit en aval. Ces dernières années, le déséquilibre ne cesse de croitre et concourt à la surcharge de ces services et à la lassitude du personnel (3).

4.2. Du stress au burn-out

Cette situation inquiète. Non seulement préjudiciable aux patients, elle est à l'origine d'un certain mal-être du personnel déjà soumis à un stress et à des contraintes permanentes (4).

En effet la médecine d'urgence cumule de nombreuses caractéristiques du métier stressant (5). Beaucoup d'études mettent en avant les facteurs de stress propres aux urgentistes. Ainsi le Département of Homeland Security des États-Unis les met en évidence. Ils sont : l'exposition répétée à des événements traumatisants, la fatigue liée aux horaires décalés ou prolongés, le déséquilibre entre les obligations professionnelles et personnelles… (6). Dans le même cadre, une étude française de grande ampleur a interrogé 72 services d'urgences. Elle retrouvait comme facteurs de stress le plus souvent rapportés chez les urgentistes : la fatigue, les rythmes variables de travail, l'incertitude sur certaines compétences et la surcharge périodique de travail (7). Les répercussions sont importantes et aboutissent parfois à un abandon de la médecine d'urgence … (8)

Sujet d'actualité, le Burn-out ou Syndrome d'Épuisement Professionnel [BO], intègre cette notion de stress « chronique ». Largement ressenti dans les différents SU en France. Des taux records de burn-out sont retrouvés chez les urgentistes. Ils peuvent atteindre jusqu'à 57,2% selon une étude menée en 2013 auprès des médecins urgentistes en Midi-Pyrénées (9).

Apparue dans les années 70 aux États-Unis. Herbert J. Freudenberg en 1974 propose la première définition avec les soignants de la *free clinics* (Hôpital de jour à New-York accueillant les toxicomanes): « *L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué* » (10). C'est par la suite, en 1986, que Maslash décrit le BO selon ces trois dimensions connues à ce jour : « l'épuisement émotionnel », « la déshumanisation de la relation au patient » et « la diminution de l'accomplissement personnel au travail ». Il le présente alors 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* » (11,12).

1. L'épuisement émotionnel [EE] est la composante clé du BO, elle représente un sentiment de fatigue, de démotivation, d'anéantissement des ressources émotionnelles et physiques. Le sujet se sent « vidé », c'est comme s'il avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. Si bien que travailler avec certains malades est de plus en plus difficile. Non améliorées par le repos, il est possible d'observer des explosions émotionnelles type colère, crises de larmes, ou refus d'agir ou de répondre à des demandes mêmes anodines…
2. La déshumanisation [DR], est marquée par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme, une attitude négative permanente vis-à-vis du travail. Le malade est mis à distance, considéré comme une chose, un objet plutôt qu'une personne. Apparenté par exemple à un numéro de chambre, une maladie (par exemple: « le TC sous Kardégic en box 1 »). L'organe étant souvent mis en avant par rapport au malade. Sans oublier ce cynisme, cette sorte d'humour noir utilisé quotidiennement par le personnel soignant. Ces propos déshumanisent le malade. La distanciation est un mode de protection de soi et de son intégrité psychique, reconnu comme une tentative d'adaptation de l'épuisement émotionnel.
3. La diminution de l'accomplissement personnel [AR] représente la baisse de l'épanouissement professionnel, de l'appréciation de soi et de ses compétences. Conséquence des deux autres cette dimension est souvent douloureusement vécue.

Elle peut s'exprimer par un sentiment d'inefficacité, de ne plus pouvoir aider les gens, d'être frustré dans son travail, ne plus faire du « bon » travail. En effet, la relation à l'autre étant au centre de la motivation initiale du soignant, constat de cette distanciation, celui-ci va la ressentir comme un échec. Pensant ne plus pouvoir aller vers l'autre, apparait alors la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation. Diverses conséquences sont possibles à savoir l'absentéisme professionnel, le manque de rigueur, les erreurs médicales. Possible désinvestissement du soignant, celui-ci peut également surinvestir son activité. Dans l'impossibilité de quitter son service, trainant de manière illogique, ce « *présentéisme* » inefficace serait le plus souvent retrouvé chez les médecins et cadres de santé.

4.3. Trouble de stress post traumatique

La pratique de la médecine d'urgence conduit également à des risques liés aux situations rencontrées. Souvent étudiés en SMUR, les équipes peuvent faire face à la violence, à la souffrance des victimes, à la relation à la mort etc… Ces traumatismes peuvent être lourds de conséquences psychopathologiques et de syndromes invalidants tels que le Trouble de Stress Post Traumatique [TSPT] (13,14).

Également appelé état de stress post traumatique ou syndrome de stress post traumatique, il est décrit comme un trouble spécifique survenant suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques. Il a initialement été décrit en 1980 à la suite de la guerre du Vietnam. Le nombre croissant de séquelles psychiques tardives présentées par les vétérans lors de cette guerre a attiré l'attention des professionnels de santé. Ils représentaient 700000 patients sur 3 millions d'américains. Source de répercussions économiques et sociales, le TSPT a été intégré dans la 3ème édition du Diagnostic and Statistical Manual for Mental. Ce syndrome a par la suite été adopté par la CIM (Classification Internationale des Maladies) en 1992 dans sa dixième édition (15).

À ce jour, les critères diagnostiques du TSPT sont présentés dans le DSM-V édité par l'Association Psychiatrique Américaine en 2013 (16). Il est classé dans les troubles liés à des

traumatismes ou à des facteurs de stress. Il dépend de 8 critères énoncés et résumés ci-après (17) :

Critères diagnostiques du TSPT d'après le DSM-V

A. Avoir été exposé à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

1. exposition directe
2. comme témoin
3. indirectement si on apprend qu'un proche parent ou ami vient de décéder d'une mort violente
4. comme intervenant (sauveteur, policiers, personnel ramassant des restes humains)

B. Présenter un ou plusieurs des symptômes de reviviscence suivants :

1. souvenirs récurrents et anxiogènes de l'événement
2. rêves de répétition de l'événement
3. vécus ou agir dissociatifs (ou jeu répétitif chez l'enfant) comme si l'événement allait revenir
4. détresse lorsqu'on est exposé à un stimulus évocateur de l'événement
5. symptômes physiologiques lorsqu'on est exposé à un stimulus évocateur de l'événement

C. Évitement persistant des stimuli évocateurs de l'évènement (un ou les deux symptômes) :

1. évitement des souvenirs et sentiments associés à l'évènement

2. évitement des personnes, lieux, conversations, objets et situations associés à l'événement

D. Altération négative des cognitions et de l'humeur, associée à l'évènement (deux symptômes au moins) :

1. incapacité de se souvenir d'un aspect important de l'évènement
2. croyances ou appréhensions pessimistes exagérées sur soi-même, autrui ou le monde
3. cognitions erronées sur les causes et les conséquences de l'évènement
4. émotions négatives (peur, horreur, honte, culpabilité)
5. diminution de l'intérêt porté aux activités jadis motivantes
6. sentiment de détachement (ou d'être étranger) vis-à-vis des autres
7. Incapacité de ressentir des émotions positives (bonheur, satisfaction, amour)

E. Altération de la vigilance et de la réactivité, en relation avec l'événement (deux symptômes au moins) :

1. irritabilité
2. comportement imprudent ou autodestructeur
3. hypervigilance
4. réaction de sursaut exagérée
5. difficultés de concentration
6. troubles du sommeil (difficulté d'endormissent, sommeil léger)

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

G. La perturbation entraine 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 (p.ex. médicaments, alcool) ou à une autre affection médicale.

Certaines études montrent l'existence de troubles psychotraumatiques dans la population SAMU. Jehel et al (18) en 1999, 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 en 2001 (19)

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.
Même si l'environnement et la richesse des moyens médicaux semblent différents en SAMU-SMUR et en SU, il n'en exclut pas l'exposition à des événements potentiellement traumatisants. Le personnel des salles d'urgences étant régulièrement témoin de situations potentiellement mortelles vécues par leurs patients. Laposa et al. (20) en 2003 étudie le TSPT chez tous les travailleurs d'un service d'urgence au Canada (Infirmier(e)s, Médecins, techniciens, administratif). Ils mettent en évidence un taux de TSPT chez les infirmier(e)s et médecins supérieur à la population générale (12% vs 7%).

4.4. Syndrome Post Commotionnel

L'état de stress post traumatique partage des symptômes communs au Syndrome Post Commotionnel [SPC] (21). Ce dernier fréquent et invalidant semblerait être lié au stress et pouvoir également se retrouver en population saine (22,23).
Initialement décrit comme un cortège de symptômes survenant à la suite d'un traumatisme crânien léger [TCL]. Il est introduit en 1934 par Strauss et Savitki (24). Il incluait de nombreux symptômes tels que : céphalée, vertige, acouphène, flou visuel, diplopie, insuffisance de convergence, irritabilité, anxiété, dysgueusie, troubles du sommeil, troubles de la libido, troubles de la mémoire et de l'attention etc…
Au cours de la deuxième moitié du XXème siècle des facteurs organiques, sociodémographiques et psychologiques sont identifiés comme pouvant jouer un rôle dans le développement des symptômes post-commotionnels (25). C'est notamment Rutherford en 1989 qui a suggéré que le stress de la vie quotidienne pourrait entrer en jeu dans le mécanisme de développement du syndrome (26).

Des critères diagnostiques pour le SPC ont été proposés pour la première fois en 1992 dans la 10e classification internationale des maladies (CIM-10/ICD-10) (27,28). Nous connaissons également d'autres outils d'évaluations comme la quatrième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) (29) et le questionnaire des symptômes post-commotionnels de Rivermead (RPQ)(30).

Il faut savoir que le SPC n'est pas présent dans le DSM-V. Seuls sont présents le trouble de stress post-traumatique et la démence due à un traumatisme crânien. Une nouvelle entité est décrite : le trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une lésion cérébrale traumatique. Dans ce syndrome le traumatisme crânien initial doit comporter au moins une des caractéristiques suivantes :

- une perte de connaissance
- une amnésie post-traumatique
- une désorientation et confusion post-traumatique
- des signes neurologiques (une lésion décelable en neuro-imagerie, l'apparition récente de crises comitiales, l'aggravation marquée d'une comitialité préexistante, l'amputation du champ visuel, une anosmie, une hémiparésie…).

Voici les symptômes du SPC selon les 3 classifications :

Symptômes	RPQ	CIM-10	DSM-IV
Maux de tête	x	x	x
Vertiges	x	x	x
Nausées/Vomissements	x		
Sensibilité exacerbée au bruit	x		
Trouble du sommeil	x	x	x
Fatigue	x	x	x
Irritabilité, se met d'avantage en colère	x	x	x
Dépression	x		x
Anxiété			x

Diminution tolérance au stress		x	
Sentiment de frustration, d'impatience	x		
Trouble de la mémoire	x	x	
Difficulté à se concentrer	x	x	
Lenteur dans la réflexion	x		
Vision floue	x		
Vision double	x		
Sensibilité à la lumière	x		
Impression de ne pas trouver le repos	x		
Changement de personnalité	x		x

RPQ : Rivermead ; CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10ème Version ; DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux 4ème Version.

Des études montrent que cet ensemble de symptômes ne concerne pas seulement les victimes de traumatisme crânien léger (31, 32, 33). Ils pourraient apparaitre dans d'autre condition sans TCL initial : en population saine (34, 35) et chez les patients dont le siège du traumatisme n'est pas la tête (36, 37, 38, 39).

Meares et al. en 2008 ont étudié la prévalence du SPC dans un centre de traumatologie niveau 1. La survenue du SPC est quasi identique qu'il y ait eu TCL (43,3%) ou non (43,5%) (33). De plus, Hoareau S et al, montre que la prévalence du SPC chez les patients victimes de traumatisme mineur est de 24,5% à 4 mois. Et que celle-ci est corrélée au stress des patients à la sortie des urgences(40).

Gouvier et al, dès 1992 montraient que la survenue, l'intensité et la durée des symptômes du SPC étaient corrélées au stress quotidien (39). De nombreuses études s'intéressent à la relation entre anxiété, stress, dépression et la survenue d'un SPC. Edmeds et al. en 2012 montrent que ces 3 facteurs sont prédictifs d'un SPC en présence ou non d'un TCL (42).

Non spécifique du traumatisme crânien et corrélé au stress ce syndrome nous permet d'évaluer un autre niveau de souffrance autre que le Burn-out ou Syndrome de stress post

traumatique. Jamais étudié chez les professionnels de santé nous avons décidé d'y porter une attention particulière. D'autant plus que celui-ci est susceptible d'altérer la qualité de vie (43, 44). Dans ce contexte nous avons focalisé l'étude sur les symptômes seuls du syndrome post commotionnel excluant le TCL. Nous avons appelé cet équivalent du syndrome post commotionnel le SPC-like.

Le mal-être au travail est souvent tabou, pourtant les risques existent. On sait par exemple, que le taux de suicide des médecins est six fois plus élevé que dans la population générale (45). Dans ce cadre, burn-out, trouble de stress post traumatique, symptômes du syndrome post commotionnel vécus au travail, participent à la mise en danger de la santé physique et mentale du personnel soignant. Ils ont également un effet négatif sur le bon fonctionnement du système de soins et la prise en charge du patient (46, 47).

Des études récentes suggèrent que des prises en charge psychologique peuvent être bénéfiques pour ces types de syndrome (48). Noyé dans l'ensemble des services hospitaliers, il n'y a pas de lien privilégié entre la médecine d'urgence et l'aide psychologique (hormis situation particulière type médecine de catastrophe où des protocoles sont établis) (49, 50). Ce d'autant plus que de par la loi, l'employeur avec l'aide de la médecine du travail, se doit d'évaluer les risques au travail et de préserver la santé physique mais aussi mentale des salariés (Art. L.230-2 du Code du travail).

La plupart des études sont tournées vers les médecins. Nous avons décidé de mener une enquête auprès de l'ensemble du personnel travaillant dans un SU. Nous partons du postulat que les contraintes peuvent être extrapolées à tous les professionnels de soins d'une équipe ; des médecins, aux infirmier(e)s diplômés d'état, aide-soignant(e)s, brancardier(e)s.

Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence des professionnels souffrant des symptômes du syndrome post commotionnel dans un service d'urgence adulte. Le Burn-out et le syndrome de stress post traumatique seront également évalués afin d'en déduire la nécessité d'une prise en charge psychologique.

4.5. Objectifs de l'enquête

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la prévalence des professionnels souffrant d'un équivalent de syndrome post commotionnel définit par les critères de la CIM-10 aux Urgences Adultes de l'hôpital Pellegrin du CHU à Bordeaux.

Les objectifs secondaires sont :

-Décrire les habitus (Tabac, alcool, sommeil)

-Évaluer la prévalence du Burnout défini par les critères du Maslach Burn-out Inventory.

-Évaluer la prévalence d'un équivalent d'état de stress post traumatique défini par les critères du DSM -5.

-Évaluer la qualité de vie définie par le SF 12.

5. MATERIEL ET METHODE

5.1. Contexte

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale monocentrique réalisée aux urgences adultes de l'hôpital Pellegrin du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux durant la période du 9 au 20 septembre 2017.

5.2. Population

Nous avons mené une enquête auprès des professionnels travaillant dans le service d'urgence adulte de l'hôpital Pellegrin.

- Les critères d'inclusion portaient sur l'ensemble du personnel impliqué dans la prise en charge directe ou indirecte d'un patient aux urgences. Il comprenait les professionnels de santé (médecins, infirmier(e)s diplômés d'état, aide-soignant(e)s ainsi que les brancardier(e)s et secrétaires). Ceux-ci ont la particularité d'avoir une activité de médecine d'urgence uniquement hospitalière.

- Les critères d'exclusion portaient sur :
  - Toute personne ne souhaitant pas répondre au questionnaire.
  - Une ancienneté dans le service inférieure à 3 mois.
  - Les professionnels n'ayant pas rempli la totalité du questionnaire.
  - Les professionnels ayant une activité SAMU/SMUR

5.3. Procédure et outils

5.3.1 Procédure :

L'enquête a été réalisée avec des auto-questionnaires anonymes remis à l'ensemble du personnel travaillant aux urgences (médecins, infirmier(e)s diplômés d'état, aide-soignant(e)s, les brancardier(e)s et secrétaires). Leurs participations étaient libres et bénévoles. De manière exhaustive, les questionnaires ont été distribués, remplis et récupérés directement sur le lieu du travail par l'enquêteur. Pour faciliter la récupération des questionnaires, une boite de recueil avait été installée au secrétariat, en libre accès durant les horaires d'ouverture.

5.3.2 Questionnaire :

Le questionnaire a été conçu spécialement pour cette étude. En sept parties, il explore : les données sociodémographiques, des échelles d'autoévaluation, la consommation de toxiques et alcool, les troubles du sommeil, la qualité de vie, le trouble de stress post traumatique et équivalent du syndrome post-commotionnel, puis pour finir le Burn-out. Il est représenté dans l'Annexe 1.
Pour le remplir dans sa totalité il fallait entre dix et quinze minutes.

- Les données sociodémographiques comprenaient la fonction du professionnel (médecins, infirmier(e)s diplômés d'état, aide-soignant(e)s, brancardier(e)s et secrétaires), l'âge, le sexe, son ancienneté aux urgences, le temps de trajet domicile-travail, la pratique d'une activité physique extra-professionnelle, la consommation de médicament.

- Les échelles d'autoévaluation étaient représentées par des Échelles visuelles analogiques de 0 à 10, dont le curseur devait être marqué par le professionnel. La première mesurait la pénibilité au travail, la deuxième le stress lié au travail et la troisième la mesure du bonheur.

- Le questionnaire de qualité de vie utilisé est le SF-12 (Medical Study Short form) validé en français (51) est une version raccourcie à 12 items du questionnaire SF-36 à partir desquels sont calculés un score correspondant au domaine de la santé mentale ou Mental Component Summary Score [MCS] et un score correspondant au domaine de la santé physique ou Physical Component Summary Score [PCS]. Ces deux scores varient de 0 à 100 (QV optimale). Il couvre 8 dimensions : activité physique (Physical Functionning [PF]), limitation/état physique (Rôle Physical [RP]), douleur physique (Bodily Pain [BP]), santé perçue (Général Health [GH]), vitalité (Vitality [VT]), vie/relations (Social Functionning [SF]) , santé psychologique (Mental Health [MH]) , limitation/état psychologique (Rôle Emotionnal [RE]).

- Les troubles du sommeil étaient évalués par l'Échelle de Somnolence d'Epworth [ESS]. Celle-ci fondée en 1991 par le docteur Murray Johns permet d'évaluer le niveau de somnolence diurne (52). Elle repose sur le postulat que la fréquence avec laquelle le sujet s'endort, dans des situations standardisées, reflète sa propension au sommeil. Méthode largement utilisée et validée en 2010 elle demande au sujet d'évaluer la probabilité, cotée de 0 à 3, qu'il a de s'endormir dans huit situations impliquant différents niveaux d'activité. Le score total peut aller de 0 à 24. Les valeurs supérieures à 10 sont considérées anormales, c'est-à-dire traduisant une somnolence excessive. Par extension il n'y a pas de dette de sommeil quand le score est inférieur à 8. Quand il est entre 9 et 14 il montre un déficit en sommeil nécessitant de revoir ses habitudes. Quand il est supérieur à 15 celui-ci signe une somnolence diurne excessive nécessitant de consulter.

- La Cigarette Dépendance Scale [CDS] ou échelle de dépendance à la cigarette se décompose en 12 questions. Elle a été initialement développée et validée en français par l'équipe suisse de Etter et al. (53). La CDS-12 est une échelle auto-administrée de mesure de la dépendance à la cigarette en 12 questions (cotées sur cinq points), comportant au moins une question pour chaque dimension de la dépendance définie par le DSM-V et la CIM-10 (à l'exception de la tolérance,

besoin d'augmenter les doses au cours du temps pour obtenir les mêmes effets, notion dynamique dont l'appréciation relève de mesures répétées). Concernant l'interprétation des résultats, jusqu'à 24 points la dépendance est qualifiée de modérée ; entre 25 et 44 points la dépendance est moyenne; à partir d'un score de 45 points et plus la dépendance est forte. Peu utilisée, la CDS-12 est plus précise et fiable que le FTND (54,55) elle renseigne notamment sur le *craving* en cas d'arrêt. Un score élevé est prédictif de l'importance des symptômes de sevrage lors de l'arrêt ; en particulier de l'intensité des urgences à fumer (*craving*) lors de l'arrêt du tabac (56).

- Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification) conçu par l'Organisation mondiale de la santé, comprend dix items pour dépister un usage à risque ou nocif d'alcool en population générale. Les trois premières questions permettent un dépistage de l'usage à risque d'alcool. Les sept questions suivantes de l'AUDIT permettent un dépistage de l'usage nocif. Un score supérieur ou égal à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage actuel d'alcool. Un score supérieur à 12 chez l'homme et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool (57). Si on focalise l'interprétation des 3 premières questions appelé également score AUDIT-C (version courte) un score respectif > 3 chez la femme ou score > 4 chez l'homme : mésusage probable de l'alcool.

- Le questionnaire PCL-5 permet de dépister le syndrome de stress post traumatique. C'est un questionnaire auto rapporté de 20 items qui évalue les 20 symptômes du TSPT selon le DSM-V (58). L'échelle auto rapportée utilise des cotes de « 0 à 4 » pour évaluer chacun des symptômes, correspondant à « Pas du tout », « Un peu », « Modérément », « Beaucoup » et « Extrêmement ». Un score total pour la gravité des symptômes (0-80) peut être obtenu en additionnant les scores de chacun des 20 items. Le score de gravité pour chacun des critères de symptômes dans le DSM-V peut être obtenu en additionnant le score aux items contenus dans chacun des critères, soit B (items 1-5), C (items 6-7), D (items 8-14), et E (items 15-20). Un

diagnostic provisoire peut être obtenu en considérant tout item avec un score de 2 et plus comme étant présent, et ensuite en adhérant aux instructions du DSM-5 qui requièrent au moins: 1 item B (questions 1-5), 1 item C (questions 6- 7), 2 items D (questions 8-14), et 2 items E (questions 15-20). Un seuil de 38 au PCL-5 semble raisonnable pour suggérer la présence d'un PTSD jusqu'à la disponibilité d'études psychométriques.

- L'Échelle du SPC faisant parti de l'ICD-10 comprend 8 symptômes préétablis (27). Ces symptômes sont : les maux de tête, les vertiges, les troubles du sommeil, la fatigue, l'irritabilité, la diminution de la tolérance au stress, les troubles de mémoire, les difficultés à se concentrer. Par un auto-questionnaire la présence d'au moins trois symptômes parmi les huit proposés est nécessaire pour diagnostiquer un SPC. Nous excluons dans cette étude la nécessité d'un traumatisme crânien léger et nous attachons aux symptômes seuls en diagnostiquant un SPC-like.

- Le questionnaire Maslach Burnout Inventory [MBI], analyse le syndrome d'épuisement professionnel ou Burn-Out. Celui-ci crée initialement en 1981 par Maslach C, Jackson S.E, a été révisé en 1986 en 22 items et traduit en français en 1997 (59,60). On l'appelle également MBI-HSS pour Human Services Survey. Les items sont regroupés en trois dimensions:

  -l'épuisement émotionnel (EE) (9 items) : score élevé si supérieur à 30, modéré entre 18 et 29, bas si le score est inférieur à 17.

  -la déshumanisation (DR) (5 items) : score élevé si supérieur à 12, modéré entre 6 et 11, Bas si le score est inférieur à 5.

  -la diminution de l'accomplissement personnel au travail (AP) (8 items) : élevé si supérieur à 40, modéré entre 34 et 39, bas pour un score inférieur à 33. Réalisable en auto-évaluation, chaque item côté de 0 à 6 nécessite une évaluation en fréquence et en intensité.

  Les items d'épuisement émotionnel et de déshumanisation ont une valence négative : des scores élevés vont dans le sens d'un état de Burn-out important. À l'inverse, les items d'accomplissement personnel ont une valence positive : des

scores élevés sur cette échelle vont dans le sens d'un état de Burn-out faible ou inexistant. Il n'y a pas de score global d'épuisement professionnel. Chacune des sous-échelles fait l'objet d'un score qui lui est propre. A considéré de manière dynamique les 3 dimensions consécutives ne sont pas nécessaire au diagnostic. Un score élevé dans une des dimensions suffit à affirmer l'existence d'un Burn-out. Par ailleurs, des scores élevés sur les échelles EE et DR, sans abaissement du score de AR, peuvent témoigner d'un processus en cours d'installation.

5.4. Analyses statistiques

Les variables quantitatives seront représentées en médianes et étendues interquartiles ou moyennes et écart-type lorsque celle-ci suivent une distribution normale. Elles seront comparées à l'aide du test de Wilcoxon. Les variables qualitatives seront représentées en effectif et pourcentages et comparées à l'aide du test de Fisher. Les analyses multivariées seront conduites à l'aide d'une régression logistique. L'ensemble des variables significatives au seuil alpha = 0,2 seront incluses dans le modèle initial. Une sélection des variables par méthode pas à pas descendante avec recherche d'interactions nous a permis de choisir les variables à inclure dans le modèle final. Une analyse des correspondances multiples a également été conduite pour étudier l'association entre ces différentes pathologies.

6. RESULTATS

6.1. Population

Parmi les 180 personnes travaillant aux urgences adultes de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux, 132 sujets ont participé à notre étude. 97% ont répondu de façon optimale au questionnaire soit 129 personnes dont 87 femmes et 42 hommes. 3 personnes ont été exclues de l'étude. Il y avait au total 24 médecins, 54 infirmier(e)s diplômés d'état, 39 aides-soignants(e)s, 6 agents administratifs. 19% faisait partie du corps médical et 81% du corps paramédical. L'âge moyen était de 34 ans. Les travailleurs dormaient en moyenne 7 heures par nuit, fumaient pour 1/3 de la population. 72,9% pratiquaient une activité extra professionnelle. Quasi 70% d'entre eux ont déclaré avoir vécu un évènement considéré comme traumatique au cours de leur vie.

6.2. Prévalence du SPC

La prévalence des symptômes proche du SPC était de 39,1% selon ICD-10.

Les caractéristiques de cette population ainsi que la prévalence du SPC en analyse univariée est présentée dans le tableau 1 ci-après.

- Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude.

Variable	Modalité	Population		SPC -		SPC +		P
		N	%	N	%	N	%	P
				79	60,935	50	39,065	
Sexe								NS
	F	87	67,4	50	63,3	37	74	
	M	42	32,6	29	36,7	13	26	
Profession								
	Aide-Soignant(e)	39	30,2	25	31,5	14	28	NS
	Brancardier	6	4,7	4	3,2	2	4	
	Infirmier(e)	54	41,8	35	44,3	19	38	
	Médecin	24	18,6	12	15,2	12	24	
	Administratif	6	4,7	3	3,8	3	6	

Age	Med [EIQ]	34	[29,5-40,0]	34	[29,0-39,0]	34	[30,0-40,0]	NS
	≤30	40	31	26	34	14	28	NS
	31-35	28	22	15	20	13	26	
	36-40	30	23	19	24	11	22	
	≥41	29	24	17	22	12	24	
Ancienneté	Mois Med [EIQ]	58,5	[24,0-117,5]	54	[18-116]	60	[36-124,5]	NS
Trajet	Minutes Med [EIQ]	32,5	[20,0-50,0]	30	[20,0-50,0]	40	[20-60]	NS
Évènement Traumatique								0,08
	oui	89	69	50	63,3	39	78	
	non	40	31	29	36,7	11	22	
Loisirs								NS
	Oui	94	72,1	57	72,1	37	74	
	Non	35	27,9	22	27,9	13	26	
Temps				2,75	[2,0-4,0]	2,5	[2,0-4,0]	NS
Sport								
	oui	90	95,7	55	96,5	35	94,6	NS
	Non	4	4,3	2	3,5	2	5,4	
Médicaments								0,01
	Oui	20	16	7	8,8	13	26	
	Non	109	84	72	91,2	37	74	
Sommeil								
	Heures	7	[6,0-8,0]	7	[6,5-8,0]	7	[6,0-7,0]	0,01
	Somnolence	15	12	8	10,12	7	14	0,08
	Déficit	60	47	32	40,51	28	56	
	Bon sommeil	54	42	39	49,37	15	30	
Tabac								NS
	Non	81	62,8%	51	64,5	30	60	
	moyenne	31	24	18	22,9	13	26	NS
	modérée	5	3,9	3	3,8	2	4	
	forte	12	9,3	7	8,8	5	10	
Alcool								
	Jamais	5	4	2	2,5	3	6	NS
	Régulièrement	34	26	20	25,3	14	32	
	Occasionnellement	89	69	56	70,9	33	66	
	Quotidiennement	1	1	1	1,3	0	0	
	Mésusage	19	15	14	17,8	5	10	NS
	Dépendance	3	2	3	4	0	0	

On ne retrouve pas de différence selon les classes d'âge. Cependant le SPC-like est plus important chez les médecins comparé aux professions paramédicales. En effet, 50% des médecins présentent un équivalent du SPC.

La consommation de tabac, d'alcool, n'influe pas sur la survenue d'un SPC-like. De même le personnel souffrant des symptômes du syndrome post commotionnel ne présente pas majoritairement de troubles du sommeil entrainant une somnolence ou déficit en sommeil. En revanche, ils consommaient en général plus de médicaments.

Notre étude ne trouve pas de lien statistiquement significatif entre la durée quotidienne du trajet pour se rendre au travail et le SPC-like.

- Tableau 2 : Caractéristiques Psycho-sociale de la population présentant un SPC

Variable	Modalité	Population		SPC -		SPC +		P
				N	%	N	%	P
				79	60,9	50	39,1	
		Médiane						
		Med	[EIQ]	Med	[EIQ]	Med	[EIQ]	
Pénibilité		5	[4,0-6,5]	5	[4-6]	5	[4,5-7,0]	0,06
Stress		5	[4,0-6,0]	5	[3-5]	6	[4,5-7,0]	0,001
Bonheur		7,25	[6,0-8,0]	8	[7,0-8,0]	7	[6,0-8,0]	<0,001
SF-12								
	MCS-12	41,70	[41,59-41,75]	41,70	[41,59-41,78]	41,67	[41,60-41,74]	NS
	PCS-12	51,55	[51,52-51,59]	51,54	[51,51-51,58]	51,56	[51,53-51,59]	NS

Une association entre le stress ressenti au travail et la survenue d'un SPC-like a été mise en évidence. En effet, le niveau de stress apparaissait plus important chez les individus

présentant un SPC-like. Sur l'échelle numérique d'auto évaluation on retrouvait une moyenne notée à 6/10 dans le cadre d'un équivalent du SPC et à 5/10 en l'absence de symptômes.

En revanche la pénibilité ressentie au travail n'a aucune influence sur la survenue d'un SPC-like.

La notion de bonheur apparaissait également significative puisque les personnes ressentaient un bonheur plus intense en l'absence de symptômes. Il était évalué à 8/10 sans SPC-like et à 7/10 lorsqu'ils souffraient d'un SPC-like.

On ne retrouve pas de différence statistiquement significative du taux de SPC-like en fonction de la qualité de vie mentale (MCS-12) et physique (PCS-12). Cependant, on voit que la moyenne globale de notre population concernant la qualité de vie mentale est très en dessous de la population générale évaluée à 41,70.

- Tableau 3 : Le SPC-like, le Burn-out, le trouble de stress post-traumatique.

Variable	Modalité	Population		PCS-		PCS+		P
		N	%	N	%	N	%	P
				79	60,935	50	39,065	
Burn-Out								
	EE élevé	11	8,5	3	3,8	8	16	<10^-5
	EE modéré	40	31	12	15,2	28	56	
	EE faible	73	56,6	59	74,6	14	28	
	DR élevée	37	28,7	15	19	22	44	<10^-2
	DR modérée	44	34,1	32	40,5	12	24	
	DR faible	47	36,4	31	39,2	16	32	
	AP élevé	42	32,5	27	34,1	15	30	NS
	AP modéré	43	33,3	28	35,4	15	30	
	AP faible	39	30,2	20	25,3	19	40	

	BO	66	54	30	40	36	73	<10^3
	Pas de BO	57	46	44	60	13	27	
	BO Sévère	3	2	0	0	3	6	
	BO Modéré	13	11	6	8	7	14	
	BO Faible	50	41	24	32	26	53	
TSPT								0,004
	Oui	8	6	1	1	7	14	
	Non	118	94	77	99	40	86	

14% des personnes souffrant d'un SPC-like présentaient un TSPT. Soit 87,5% des personnes qui avaient un TSPT, avaient également un SPC-like. On retrouve une différence statistiquement significative concernant le TSPT. En effet notre population SPC-like présentait une plus grande proportion de TSPT.

Concernant les professionnels de santé et le burn-out, 11(8,5%) avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, 37(28,7%) avaient un score de dépersonnalisation élevé, et 39(30,2%) avaient un score d'accomplissement personnel bas. Sur les 123 professionnels, 66 étaient en burn-out soit 54% de notre population. Parmi eux 50 étaient en burn-out dit "faible" (atteinte d'une seule composante), 13 avaient un burn-out dit modéré (atteinte de 2 composantes) et 3 étaient en burn-out dit "sévère" (atteinte des 3 composantes). Concernant la population SPC-like on retrouve un lien statistiquement significatif avec la présence d'un burn-out.

Burn-Out Sévère 6%

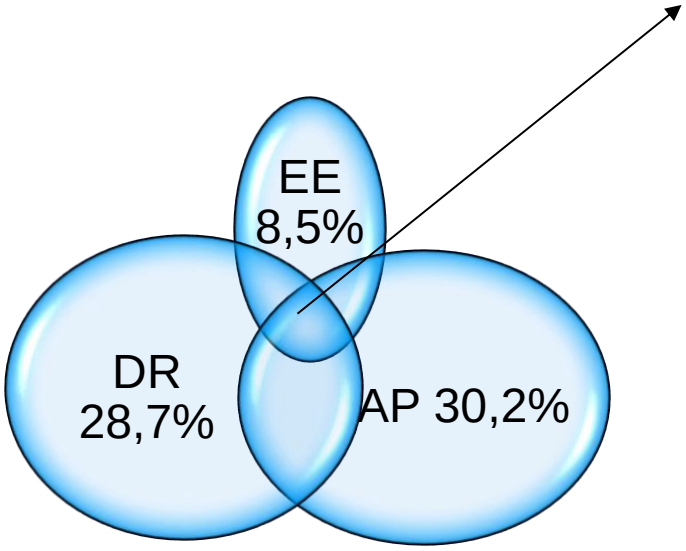


Figure 1. Diagramme de Venn représentatif des scores élevés dans chaque dimension du burnout (DP = dépersonnalisation, EE = épuisement émotionnel, AP = diminution de l'accomplissement personnel)

6.3. Analyse des correspondances multiples

Les trois syndromes étudiés dans notre enquête se sont regroupés de la même façon dans l'analyse des correspondances multiples. En effet, la population présentant un équivalent du syndrome post commotionnel a montré un schéma de regroupement avec ceux présentant un trouble de stress post traumatique ou de burn-out.

A contrario, les professionnels indemnes de SPC-like ,de Burn-out ou de TSPT étaient proches.

Notre population se regroupait donc en deux groupes bien distincts: ceux qui étaient en souffrance et ceux qui étaient indemnes de ces trois syndromes.

7. DISCUSSION

Cette étude met en évidence une proportion élevée de symptômes équivalents au syndrome post commotionnel chez les professionnels travaillant aux urgences adultes de l'hôpital Pellegrin du CHU de Bordeaux. Le taux de SPC-like est de 39,1%. Il est donc deux fois supérieur à la population générale (61). Cette notion de non spécificité liée au TCL vient renforcer les nombreuses études déjà menées (36, 37, 38, 39). En ce sens il existe des

controverses sur l'appellation du syndrome post commotionnel, appelé parfois « syndrome post-traumatique ». Une étude menée à Bordeaux a montré que la prévalence du SPC-like en cas de traumatisme bénin avait été mesurée à 24,5% (40). En comparaison avec notre étude, toutes deux étaient effectuées dans le même service avec une puissance quasi similaire et pourtant nos professionnels semblent plus atteints. Chez nos professionnels nous retrouvons également 6% de Trouble de stress post traumatique et 54% de Burn-out. Ces résultats doivent nous alerter, nous sensibiliser.

Une telle étude s'intéressant aux symptômes du syndrome post commotionnel chez le personnel soignant des urgences n'a jamais été réalisée. Le recueil des données s'est effectué sur une courte période de 12 jours permettant une représentation homogène dans le temps de l'état de notre population.

Le questionnaire a été conçu à partir de données de la littérature validée et déjà utilisée sous la forme auto-questionnaire. À réponses fermées, d'une durée relativement courte et rempli sur le lieu du travail cela permettait une plus grande participation. D'autant plus qu'elle était motivée par la connaissance de la thésarde présente le semestre précèdent.

En contrepartie, il s'agit d'une étude monocentrique qu'il aurait été intéressant de développer sur d'autres structures d'urgences notamment de la CUB. Ce facteur limite la puissance statistique de notre étude mais permet une homogénéisation de notre population. Elle est alors soumise aux mêmes conditions de travail.

Un défaut de participation de 27% du personnel conduit à un biais de sélection. Il était la conséquence notable d'une période de recueil courte, où une grande partie du personnel manquant pouvait tout simplement être en congé annuel. Néanmoins, ceux présents sur les lieux du travail ont montré un réel engouement pour y participer. Ils restent sensibilisés à ces problématiques déjà entendues au sein de la vie du service.

On retrouve un défaut d'optimisation des données parmi les biais de confusion. En effet, cette enquête sur le format auto-questionnaire n'est pas validée pour l'ensemble des variables étudiées (Epworth, TSPT etc…). De plus, l'utilisation de l'échelle MBI et son interprétation peut prêter à discussion. Le fait de considérer qu'un score élevé dans une des dimensions suffit au diagnostic positif de burn-out tend à augmenter « artificiellement » la

prévalence d'après certains auteurs (60,66). En revanche, le dépistage du burn-out par un test très sensible qui met en évidence une forte prévalence, permet au moins d'évoquer le sujet dans un milieu où on ne parle traditionnellement pas de souffrance au travail (67).
Menée sur les lieux du travail, il existe un biais de désirabilité sociale. Les travailleurs montrent alors une facette positive d'eux même, d'autant plus que celle-ci concerne les facteurs psychosociaux et les questions de consommation d'alcool, de toxique.
Enfin une autre limitation reste le biais de mémorisation qui influence les souvenirs notamment concernant la notion de traumatisme.

Les résultats de notre étude mettent en lumière les difficultés que peuvent rencontrer les professionnels dans un service d'urgence. Non sans conséquence, on sait qu'une des solutions face à cette souffrance pourrait être la réorientation professionnelle et l'abandon de la médecine d'urgence (8). Du même ordre, l'étude SESMAT mettait en évidence un lien fort entre burn-out et l'intentionnalité de quitter le métier. Ils étaient alors jusqu'à 21% à vouloir quitter le métier d'urgentiste (63).

De plus, il est mis en avant une relation avec la notion de bonheur et de stress au travail. Il semble que ce dernier ait un impact péjoratif sur la survenue de symptômes proches du SPC. L'OMS estime que le stress au travail influe négativement sur la santé psychologique et physique des individus ainsi que sur l'efficacité de l'entreprise (62). Il constitue un terrain favorable au burn-out.

La prévalence du burn-out de 54% est en rapport avec ceux observés dans d'autres études :

- 51% pour l'enquête SESMAT menée en 2008 auprès des urgentistes (63)
- 57,2% pour Yven YM dans son enquête sur le personnel SMUR dans les Midi-Pyrénées en 2013 (9).
- 60% pour Birault et al dans la région Poitou-Charentes en 2013 (64).

Par ailleurs, un schéma de regroupement de notre population présentant un équivalent de syndrome post commotionnel, de burn-out ou de trouble de stress post traumatique est apparu dans l'analyse des correspondances multiples. Cette analyse a permis de distinguer un groupe de professionnels en souffrance et un groupe indemne des trois syndromes.
S'agissant de leur vie sociale et relationnelle le score de santé mentale moyen était très en dessous de la moyenne. Ces résultats semblent concordants avec d'autres études (65). Par ailleurs, il n'existait pas de corrélation statistique significative entre l'évaluation de la qualité de vie et notre population SPC-like.

Le personnel soumis à un surcroit d'exigence psychologique et de surcharge de travail peut donc se fragiliser. Il mérite un soutien, une attention particulière afin d'améliorer leurs conditions de travail.
Pour répondre à ces souffrances, le personnel sait qu'il peut s'adresser à la médecine du travail. Interlocuteur privilégié, le médecin du travail semble plus adapté qu'un médecin généraliste pour identifier les conditions de travail, les risques psychosociaux et la psychopathologie du travail. Au-delà du recueil individuel et des conseils prodigués à la personne elle-même, il peut tenter d'amener une piste collective d'amélioration des conditions de travail. Le psychologue du travail quant à lui, possède une marge de manœuvre individuelle plus importante, notamment avec son rôle d'écoute.
Bien qu'important et fortement sollicités, ces deux interlocuteurs restent éloignés de la « vie directe du service » à proprement parler, limitant l'accès aux consultations. Faire la démarche de consulter, c'est savoir que l'on est en souffrance et accepter ce que l'on croit être une « faiblesse ». Ce qui ne semble pas toujours facile pour nos professionnels.

Or, une si grande proportion d'équivalent du syndrome post commotionnel ne doit pas être banalisée. D'autant plus qu'il existe des moyens de les prendre en charge, notamment grâce aux différentes techniques psychothérapeutiques comme la TCC (Therapie Cognitivo Comportemental) et l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (48).

Certains services d'urgences ont réussi à mettre en place des ateliers comme la relaxation pour aider leur personnel (68). Ayant comme idée fondatrice de prendre soin de soi pour mieux prendre en charge les patients, ces séances ont montré une efficacité sur la sérénité du personnel. D'autant plus que cet atelier de relaxation a pu être mis en place sur le lieu et temps de travail. Pourquoi ne pourrions-nous pas imaginer une intervention pour notre personnel en souffrance ?

8. CONCLUSION

Le travail en médecine d'urgence semble avoir des répercussions sur l'ensemble du personnel d'un service d'urgence.

En effet, une si grande proportion de symptômes équivalents au syndrome post commotionnel doit nous alerter.

Nos résultats suggèrent l'importance d'une détection précoce de ces symptômes qui malgré leurs différences semblent finalement assez proches. La présence d'une psychologue

accessible dans le service pourrait être intéressante pour la détection et la prise en charge des soignants qui en ressentent le besoin. L'impact sur les professionnels des urgences n'est pas négligeable et des actions pourraient être conduites pour améliorer les conditions de travail. Cette réflexion fait l'objet de nombreux travaux actuellement conduits dans le service.

9. BIBLIOGRAPHIE

1. Structure des urgences hospitalières: premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES. Le panorama des établissements de santé. 2014;(33).
2. DREES. « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale–Premiers résultats ». Mars 2006;(471).
3. T Mesnier. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. Paris; mai 2018.

4. M Estryn-Behar, M-A Doppia, K Guetarni et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from French SESMAT study. Emerg Med J. 2011;28(5):397-410.
5. Laurent A, Chahraoui K. L'impact du stress professionnel sur les intervenants SMUR. Pratiques psychologiques. 2012;18:413-428.
6. Colvin HM, Taylor RM .Building a resilient workforce. Opportunities for the Department of Homeland Security. The national academies press, Washington DC. 2012.
7. Sende J, Jbeili C, Schvahn S, Khalid M, Asaph J, Romano H et al. Facteur de stress et conséquences du stress en médecine d'urgence: enquête nationale. Ann Fr Med Urgence. 2012;2:224-231.
8. Vermare E, Frappé P. Abandons de carrière en médecine d'urgence. Ann Fr Med Urgence. 2012;2:232-236.
9. Yven YM. Prévalence et facteurs de risque du burnout (ou syndrome d'épuisement professionnel) chez les médecins urgentistes en région Midi-Pyrénées [Thèse pour le Diplôme d'État de docteur en Médecine, spécialité de Médecine Générale]. Toulouse : Université Toulouse III- Paul Sabatier Faculté de Médecine; 2013.
10. Freudenberger HJ. The staff burnout syndrome in alternative institutions. Psychother.Theory Res. Pract. 1975;12:72–83.
11. Maslach C Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J. Occup. Behav. 1981;2:99–113.
12. Maslach C, Jackson S. The Maslach Burnout Inventory, second ed. 1986. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
13. Laurent A, Chahraoui K, Carli P. Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. Ann Med Psychol. 2007;165:570-578.
14. 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 session-Montréal; 1989; Montréal.
15. Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.

16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 2013.
17. Crocq M-A, Guelfi J et al. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition, Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
18. Jehel L, Louville P, Paterniti S, Baguier S, Carli P. Retentissement psychologique du stress professionnel dans un SAMU. JEUR. 1999;12:157–64.
19. Vermeiren E, De Clercq M. Débriefing psychologique des intervenants. In: De Clercq M, Lebigot F, editors. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson; 2001:189–98.
20. Laposa JM, Alden L E et al. Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. Behav Res Ther. 2003;41:49-65.
21. Lagarde E, Salmi L-R, Holm W et al. Association of Symptoms Following Mild Traumatic Brain Injury With Posttraumatic Stress Disorder vs Postconcussion Syndrome. JAMA Psychiatry. sept 2014;71(9):1032-1040.
22. Chan RC. Base rate of post-concussion symptoms among normal people and its neuropsychological correlates. Clin Rehabil. Jun 2001;15(3):266-73.
23. Lees-Haley P, Fox D, Courtney J. A comparison of complaints by mild brain injury claimants and other claimants describing subjective experiences immediately following their injury. Arch Clin Neuropsychol. Oct 2001;16(7):689-95.
24. Evans RW. The postconcussion syndrome: 130 years of controversy. Semin Neurol. March 1994;14(1):32-9.
25. Kozol HL. Pretraumatic personality and psychiatric sequelae of head injury; correlation multiple, specific factors in the pretraumatic personality and psychiatric reaction to head injury, based on analysis of one hundred and one cases. Arch Neurol Psychiatry. 1946;56:245-75.
26. Rutherford WH. Post-concussion symptoms: relationship to acute neurological indices, individual differences, and circumstances of injury. In HS Levin, HM Eisenberg & AL Benton (Eds), Mild Head injury. 1989: 217-228. New york: Oxford University Press.
27. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.

28. Boake C, McCauley SR, Levin HS, Pedroza C, Contant CF, Song JX, et al. Diagnostic criteria for postconcussional syndrome after mild to moderate traumatic brain injury. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2005;17(3):350-356.
29. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association. 1994.
30. King NS, Crawford S, Wenden FJ, Moss NE, Wade DT. The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. J Neurol. Sept 1995;242(9):587-592.
31. Laborey M, Masson F, Ribéreau-Gayon R et al. Specificity of Postconcussion Symptoms at 3 Months After Mild Traumatic Brain Injury: Results From a Comparative Cohort Study. J Head Trauma Rehabil. 2014;29(1):28-36
32. Meares S, Shores EA, Taylor AJ, Batchelor J, Bryant RA, Baguley IJ, et al. Mild traumatic brain injury does not predict acute postconcussion syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatr. Mars 2008;79(3):300-6.21.
33. Dean PJA, O'Neill D, Sterr A. Post-concussion syndrome: prevalence after mild traumatic brain injury in comparison with a sample without head injury. Brain Inj. 2012;26(1):14-26.
34. Chan RC. Base rate of post-concussion symptoms among normal people and its neuropsychological correlates. Clin Rehabil. 2001;15(3):266-73.
35. Wong JL, Regennitter RP, Barrios F. Base rate and simulated symptoms of mild head injury among normals. Arch Clin Neuropsychol. Oct 1994;9(5):411-25.
36. Lees-Haley PR, Brown RS. Neuropsychological complaint base rates of 170 personal injury claimants. Arch Clin Neuropsychol. May 1993;8(3):203-9.
37. Meares S, Shores EA, Taylor AJ, Batchelor J, Bryant RA, Baguley IJ, et al. The prospective course of postconcussion syndrome: the role of mild traumatic brain injury. Neuropsychology. Jul 2011;25(4):454-65.
38. Ponsford J, Cameron P, Fitzgerald M, Grant M, Mikocka-Walus A, Schonberger M. Predictors of postconcussive symptoms 3 months after mild traumatic brain injury. Neuropsychology. May 2012;26(3):304-13.
39. Soble JR, Silva MA, Vanderploeg RD, Curtiss G, Belanger HG, Donnell AJ, et al. Normative Data for the Neurobehavioral Symptom Inventory (NSI) and post-

concussion symptom profiles among TBI, PTSD, and nonclinical samples. Clin Neuropsychol. 2014;28(4):614-32.

40. Hoareau S. Traumatismes mineurs aux urgences : relation entre le stress ressenti et la survenue d'un syndrome post-commotionnel. Thèse de médecine, Bordeaux; 2016.
41. Gouvier WD, Cubic B, Jones G, Brantley P, Cutlip Q et al. Postconcussion symptoms and daily stress in normal and head-injured college populations. Arch Clin Neuropsychol. 1992;7(3):193-211.
42. Edmed S, Sullivan K. Depression, anxiety and stress as predictors of post-concussion like symptoms in a non-clinical sample. Psychiatry Res. nov 2012;200(1):41-45.
43. Emanuelson I, Andersson Holmkvist E, Björklund R, Stalhammar D. Quality of life and post-concussion symptoms in adults after mild traumatic brain injury: a population-based study in western Sweden. Acta Neurol Scand. nov 2003;108(5):332-8.
44. Carroll LJ, Cassidy JD, Peloso PM, Borg J, von Holst H, Holm L, et al. Prognosis for mild traumatic brain injury: results of the WHO Collaborating Centre Task Force on Mild Traumatic Brain Injury. J Rehabil Med. Fevr 2004 (43 Suppl):84-105.
45. Wallace J , Lemaire J, Ghali W. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet. 2009;374:1714–21.
46. West P C, Huschka M, Novotny P, Jeff A. Sloan, Kolars J C, Habermann T, et al. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy. JAMA. 2006;296(9):1071-1079.
47. Shanafelt T D, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T et al. Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents. J Gen Intern Med. 2005;20:559–564.
48. Gil-Jardiné C, Evrard G, Al Joboory S, et al. Emergency room intervention to prevent post-concussion like symptoms and post-traumatic stress disorder. A pilot randomized controlled study of a brief eye movement desensitization and reprocessing intervention versus reassurance or usual care. J Psychiatr Res. 2018;103:229–236.
49. Cheucle E. Urgences et situations d'exception Aspects psychologiques. Urgences. 2010;104:1143-1148.

50. La Ministre des affaires sociales et de la santé. INSTRUCTION N° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique. 2017.
51. Gandek B, Ware J E, Aaronson Neil K, Apolone G, Biorner J B, Brazieu J E et al. Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. J Clin Epidemiol. 1998;51(11):1171-1178.
52. Murray J. A new method for measuring daytime sleepiness: The Hepworth sleepiness scale. Sleep. 1991.
53. Etter JF, Le Houezec J, Perneger T. A Self-Administered Questionnaire to Measure Dependence on Cigarettes: The Cigarette Dependence Scale. Neuropsychopharmacology. 2003;28:359–370.
54. Undernera M, Le Houezecb J, Perriotd J, Peiffere G. Les test d'évaluation de la dépendance tabagique.Rev Mal Respir. Avril 2012;29(4):462-474.
55. Etter J-F. A comparison of the content, construct and predictive validity of the cigarette dependence scale and the Fagerström test for nicotine dependence. Drug and Alcohol Depend. 2005;77:259–268 .
56. Etter J-F. Comparing the validity of the Cigarette Dependence Scale and the Fagerström Test for Nicotine Dependence. Drug alcohol Depend. 2008;95:152–159.
57. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger O et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. Alcohol Clin Exp Res. *2005;*29(11):2001–2007.
58. Blevins C, Weathers F, Davis M et al. The posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. Journal of Traumatic Stress. 2015;28:489-498.
59. Langevin V, Boini S, François M et al. Risques psychosociaux: outils d'évaluation. Maslach Burnout Inventory (MBI). Référence en santé au travail. Sept 2012;131:157-159.
60. Lourel M, Gueguen N. A meta-analysis of job burnout using the MBI scale. Encephale. 2007 Dec;33(6):947–53.

61. World Health Organization. World Health Organization. Injuries and violence the facts. [Internet]. WHO. [cité 1 août 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2015
62. Leka S, Griffiths A, Cox T. Organisation du travail et stress. Série protection de la santé des travailleurs n° 3. Institute of Work Health and organisations. Royaume-Uni: Organisation: Mondiale de la Santé. 2004:8–9.
63. Estryn-Behar M, Doppia M, Guetarni K, Fry C, Machet G, Pelloux P, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians? Results from the French SESMAT study. Emerg Med J. 2011 May; 28(5):397–410.
64. Birault F, Breillat E, Grandcolin S et al. Satisfaction professionnelle des médecin urgentistes et syndrome d'épuisement professionnel: quel liens? JEUR. Dec 2015;27(4):176-182.
65. Merchaoui I, Bouzgarrou L, Amri C et al. Souffrance mentale au travail et qualité de vie du personnel des urgences. Archives des maladies professionnelles et de l'environnement. Décembre 2013;74(6):677.
66. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. GMS Heal Technol Assess. 2010;6:Doc09.
67. Le burn out à l'hôpital - Le syndrome de.... Pierre Canouï, Aline Mauranges - 9782294704680 - Livre [Internet]. Disponible sur: http://www.decitre.fr/livres/le-burn- out-a-l-hopital-9782294704680.html
68. Leclerc N, Brion J, A vigliano C. Intérêt d'un atelier de relaxation aux urgences. JEUR. Mai 2007;20(1):201.

10. ANNEXES

Ce questionnaire s'intéresse à vous et à votre qualité de vie. Il est totalement anonyme.

Au sein du pôle, quelle est votre profession ?

☐ Aide-Soignant(e)
☐ Ambulancier(e)
☐ Brancardier(e)
☐ Infirmier(e)
☐ Médecin

Âge: ….
Sexe: ☐ F ☐ M

Statut marital:
☐ Célibataire ☐Divorcé(é) ☐ Concubinage
☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e)
☐ Autre:

Nombre d'enfants : ….

Age des enfants : ….

Ancienneté aux urgences : …. année(s) …. mois

Temps du trajet domicile-travail (aller ET retour): …. min

- Pénibilité au travail en moyenne (EN 0 à 10) :

Absence de pénibilité	0		10	Pénibilité maximale imaginable

- Stress lié au travail en moyenne (EN 0 à 10) :

Absence de stress	0		10	Stress maximale imaginable

- Avez-vous déjà vécu un événement que vous pourriez considérer comme traumatique au cours de votre vie ?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui :

A-t-il eu lieu au cours des 6 derniers mois? Oui Non

Est-il survenu sur le lieu du travail? Oui Non

- Actuellement où vous situez vous sur l'échelle du Bonheur ?

Pire vie possible	0		10	Meilleure vie possible

1-Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : *Excellente= **1** ; Très bonne= **2** ; Bonne= **3** ; Médiocre= **4** ; Mauvaise= **5***	
2-En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limités pour : • *Des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) ?* *Oui, beaucoup limité= **1** ; Oui un peu limité= **2** ; Non, pas du tout limité= **3*** • Monter plusieurs étages par l'escalier ? *Oui, beaucoup limité= **1** ; Oui un peu limité= **2** ; Non, pas du tout limité= **3***	
3- Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique : • Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? *Toujours= **1** ; La plupart du temps= **2** ; Souvent= **3** ; Parfois= **4** ; Jamais= **5*** • Avez-vous été limités pour faire certaines choses ? *Toujours= **1** ; La plupart du temps= **2** ; Souvent= **3** ; Parfois= **4** ; Jamais= **5***	
4- Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé): • Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ? *Toujours= **1** ; La plupart du temps= **2** ; Souvent= **3** ; Parfois= **4** ; Jamais= **5*** • Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude : *Toujours= **1** ; La plupart du temps= **2** ; Souvent= **3** ; Parfois= **4** ; Jamais= **5***	
5-Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestique ? *Pas du tout= **1** ; Un petit peu= **2** ; Moyennement= **3** ; Beaucoup= **4** ; Enormément= **5***	
6-Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes sentis au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée. • Y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ? *Toujours= **1** ; La plupart du temps= **2** ; Souvent= **3** ; Parfois= **4** ; Jamais= **5*** • Moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ? *Toujours= **1** ; La plupart du temps= **2** ; Souvent= **3** ; Parfois= **4** ; Jamais= **5*** • Moments où vous vous êtes senti triste et abattu ? *Toujours= **1** ; La plupart du temps= **2** ; Souvent= **3** ; Parfois= **4** ; Jamais= **5***	
7-Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? *Toujours= **1** ; La plupart du temps= **2** ; Souvent= **3** ; Parfois= **4** ; Jamais= **5***	

- Pratiquez-vous une activité extra-professionnelle, type loisir ?

☐ Oui ☐ Non

Combien de temps par semaine ? … heures(s)

Est-ce une activité physique ? Oui Non

Quelles sont-elles ? …

- Consommez-vous des médicaments au long cours (hors contraception)?

☐ Oui ☐ Non

Si Oui, lesquels ?

… …
… …
… …
… …

- Concernant votre sommeil :

Combien d'heures dormez-vous habituellement (en moyenne) : ….. Heures

Afin de quantifier votre mode de vie en rapport avec votre sommeil voici quelques situations de la vie quotidienne ou vous devrez évaluer les chances de somnoler ou de vous endormir:

(0) = ne somnolerait jamais
(1) = faible chance de s'endormir
(2) = chance moyenne de s'endormir
(3) = forte chance de s'endormir

Situation	Probabilité de s'endormir			
	Aucune = (0)	Faible = (1)	Moyenne = (2)	Forte = (3)
▪ Assis en train de lire	0	1	2	3
▪ En train de regarder la télévision	0	1	2	3
▪ Assis, inactif dans un endroit public (au théâtre, en réunion…)	0	1	2	3
▪ Comme passager dans une voiture roulant sans arrêt pendant une heure	0	1	2	3
▪ Allongé l'après-midi pour se reposer quand les circonstances le permettent	0	1	2	3
▪ Assis en train de parler à quelqu'un	0	1	2	3
▪ Assis calmement après un repas sans alcool	0	1	2	3
▪ Dans une voiture immobilisée quelques minutes dans un encombrement	0	1	2	3
			Votre Score :	

- Êtes-vous fumeur ?

☐ Oui ☐ Non

Si vous êtes fumeur pouvez-vous répondre à ce questionnaire :

1-Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance aux cigarettes : *Je ne suis absolument pas dépendant(e) des cigarettes = 0* *Je suis extrêmement dépendant(e) des cigarettes = 100*	
2-Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? *0-5 = **1** ; 6-10 = **2**, 11-20 = **3** ; 21-29 = **4** ; 30 ou plus=**5***	
3-Combien de temps (en minutes) après votre réveil, fumez-vous votre première cigarette ? *0-5= **5** ; 6-15= **4** ; 16-30=**3** ; 31-60= **2** ; Plus de 61=**1***	
4-Pour vous arrêter définitivement de fumer serait : *Impossible=**5** ; Très difficile=**4** Plutôt difficile=**3** Plutôt facile=**2** Très facile =**1***	

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :
*Pas du tout d'accord = **1***
*Plutôt pas d'accord = **2***
*Plus ou moins d'accord = **3***
*Plutôt d'accord = **4***
*Tout à fait d'accord = **5***

5-Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer :	

6-Je suis stréssé/e à l'idée de manquer de cigarettes :	
7-Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi :	
8-Je suis prisonnier/ère des cigarettes :	
9-Je fume trop :	
10-Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller acheter des cigarettes :	
11-Je fume tout le temps :	
12- Je fume malgré les risques que cela entraine pour ma santé :	

- Consommez-vous d'autres toxiques (cannabis, cocaïne, autres stupéfiants …) ?

☐ Oui ☐ Non

- Consommez-vous de l'alcool ?

☐ Jamais ☐ Régulièrement*

☐ Occasionnellement* ☐ Quotidiennement*

**Occasionnellement :* au moins 1 fois dans le mois *; Régulièrement:* au moins 3 consommations dans la semaine *; Quotidiennement:* au moins 1 fois par jour.

S'il vous arrive de consommer de l'alcool, pouvez-vous répondre à ce questionnaire :

1-Combien de boissons contenant de l'alcool consommez-vous ? *Jamais= **0**. 1x/mois ou - = **1**. 2 à 4x/mois = **2.** 2 à 3x/sem = **3**. 4x ou +/sem = **4**.*	
2-Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ? *1 ou 2 = **0**. 3 ou 4 = **1**. 5 ou 6 = **2**. 7 ou 9 = **3**. 10 ou + = **4***	

Concernant les questions ci-après :
*Jamais = **0**.*
*<1x/mois = **1**.*
*1x/mois = **2**.*
*1x/sem = **3**.*
*Chaque jour ou presque = **4**.*

3-Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres d'alcool ou plus lors d'une même occasion ?	

4-Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable d'arrêter de boire après avoir commencé ?	
5-Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était attendu de vous ?	
6-Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire un verre d'alcool dès le matin pour vous remettre d'une soirée bien arrosée ?	
7-Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	
8-Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir ce qui s'était passé la veille parce que vous aviez trop bu ?	
9-Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ? *Non = **0** Oui mais pas dans les douze mois = **3** Oui au cours des douze derniers mois = **4***	
10- Est-ce qu'un proche, un médecin ou un autre professionnel de la santé, s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ? *Non = **0** Oui mais pas dans les douze mois = **3** Oui au cours des douze derniers mois = **4***	

- **Instructions** : Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois à la suite d'une expérience très stressante. Veuillez s'il-vous-plait lire chaque problème soigneusement et encercler un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été dérangé par ce problème **au cours de la dernière semaine**.

Au cours de la dernière semaine, à quel point avez-vous été dérangé par :	***Pas du tout***	***Un peu***	***Modéré-ment***	***Beau-coup***	***Extrême-ment***
1. Des souvenirs répétitifs, perturbants et non désirés de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
2. Des rêves répétitifs et perturbants de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
3. L'impression soudaine de vous sentir ou d'agir comme si l'expérience stressante se produisait à nouveau (comme si vous étiez là en train de le revivre) ?	0	1	2	3	4
4. Le fait d'être bouleversé lorsque quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
5. De fortes réactions physiques quand quelque chose vous a rappelé l'expérience stressante (par exemple, palpitations cardiaques, difficultés à respirer, transpiration) ?	0	1	2	3	4
6. L'évitement des souvenirs, pensées ou émotions associées à l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4

7. L'évitement des rappels externes de l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des endroits, des conversations, des activités, des objets ou des situations) ?	0	1	2	3	4
8. Le fait d'avoir de la difficulté à vous souvenir de certaines parties importantes de l'expérience stressante (pour quelque raison que ce soit à l'exception d'une blessure à la tête, ou de consommation d'alcool ou de drogue) ?	0	1	2	3	4
9. Le fait d'avoir de fortes croyances négatives au sujet de vous-même, d'autrui ou du monde (par exemple, avoir des pensées telles que « je suis mauvais, il y a quelque chose qui ne va vraiment pas chez moi, on ne peut faire confiance à personne, le monde est tout à fait dangereux ») ?	0	1	2	3	4
10. Le fait de vous blâmer ou de blâmer quelqu'un d'autre (qui n'a pas directement causé l'évènement ou ne vous a pas fait de tort) pour l'expérience stressante ou pour ce qui s'est produit par la suite ?	0	1	2	3	4

Suite à la page suivante

Au cours du dernier mois, à quel point avez-vous été dérangé par :	***Pas du tout***	***Un peu***	***Modéré-ment***	***Beau-coup***	***Extrême-ment***
11. La présence de fortes émotions négatives telles que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte ?	0	1	2	3	4
12. La perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant ?	0	1	2	3	4
13. Un sentiment d'éloignement ou d'isolement vis-à-vis des autres ?	0	1	2	3	4
14. Le fait d'avoir de la difficulté à ressentir des émotions positives (par exemple, être incapable de ressentir de la joie ou de ressentir de l'amour pour vos proches) ?	0	1	2	3	4
15. Le fait de vous sentir irritable ou en colère ou le fait d'agir de façon agressive ?	0	1	2	3	4
16. Le fait de prendre trop de risques ou faire des choses qui pourraient vous blesser ?	0	1	2	3	4
17. Le fait de vous sentir en état d'alerte, vigilant ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
18. Le fait de vous sentir agité ou de sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
19. Des difficultés de concentration ?	0	1	2	3	4
20. Des difficultés à vous endormir ou à rester endormi ?	0	1	2	3	4

Par ailleurs, au cours du dernier mois :	*Pas du tout*	*Un peu*	*Modéré-ment*	*Beau-coup*	*Extrême-ment*
1. Dans quelle mesure avez-vous souffert de maux de tête ?	0	1	2	3	4
2. Dans quelle mesure avez-vous souffert de vertiges ?	0	1	2	3	4
3. Dans quelle mesure avez-vous souffert de fatigue ?	0	1	2	3	4
4. Dans quelle mesure vous mettez-vous d'avantage en colère qu'auparavant ?	0	1	2	3	4
5. Dans quelle mesure avez-vous souffert de troubles de la mémoire ?	0	1	2	3	4
6. Dans quelle mesure avez-vous eu l'impression de moins bien supporter le stress qu'auparavant ?	0	1	2	3	4

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

0=Jamais
1=Quelques fois par an ou moins
2=Une fois par mois ou moins
3=Quelques fois par mois
4=Une fois par semaine
5=Quelques fois par semaine
6=Chaque jour

01. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
02. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
03. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
04. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent	0	1	2	3	4	5	6
05. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
06. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0	1	2	3	4	5	6
07. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
08. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
09. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6

12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

MERCI pour votre participation à cette étude.

11. SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

12. RÉSUMÉ

NOM : AUSSEIL **PRÉNOM** : Lucille, Stella

Date de Soutenance : 10 octobre 2018

Titre en français : Enquête sur les professionnels de Santé travaillant en service de Médecine d'Urgence

Introduction : Dans un contexte de surcharge des services d'urgences, nous avons souhaité porter une attention particulière aux personnels y travaillant.
L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prévalence des professionnels souffrant d'un équivalent de Syndrome post commotionnel défini par les critères de la CIM-10.
L'objectif secondaire était d'évaluer la prévalence du Burn-out et du Trouble de stress post traumatique.
Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle transversale monocentrique réalisée aux urgences adultes de l'hôpital Pellegrin du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux sur la période du 9 au 20 septembre 2017. L'enquête a été réalisée avec des auto-questionnaires anonymes remis à l'ensemble du personnels travaillant aux urgences (médecins, infirmier(e)s diplômés d'état, aide-soignant(e)s, les brancardier(e)s et agents administratifs). Leurs participations étaient libres et bénévoles.
Résultats : 129 personnes ont participé à notre enquête. L'âge moyen était de 34 ans. La prévalence des symptômes proche du SPC était de 39,1% chez nos professionnels de santé. Il y avait également 6% de Trouble de stress post traumatique et 54% de Burn-out. Une relation statistiquement significative entre le stress au travail, le niveau de bonheur, le TSPT, le Burn-out et les symptômes du syndrome post commotionnel est mis en évidence.
Conclusion : Le travail en médecine d'urgence semble avoir des répercussions sur l'ensemble du personnel. En effet, une si grande proportion de symptômes équivalents au syndrome post commotionnel doit nous alerter. Ces résultats suggèrent donc la nécessité d'une intervention au plus près du personnel afin de les prévenir.

Mots-Clés : Syndrome post-commotionnel ; Médecine d'urgence ; Santé au travail ; Épuisement professionnel