



HAL
open science

Etude du stress des soignants dans les services d'urgence et SMUR de Meurthe et Moselle : à propos de 62 cas recueillis en 2000

Gilles Schlienger

► **To cite this version:**

Gilles Schlienger. Etude du stress des soignants dans les services d'urgence et SMUR de Meurthe et Moselle : à propos de 62 cas recueillis en 2000. Sciences du Vivant [q-bio]. 2006. hal-01733020

HAL Id: hal-01733020

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733020v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Thèse

Pour obtenir le grade de

Docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par

Schlienger Gilles

Le 4 Décembre 2006

**Etude du stress des soignants dans les services d'urgence
et SMUR de Meurthe et Moselle**

(À propos de 62 cas recueillis en 2000)

Examineurs de la thèse

Pr. Pierre-Edouard Bollaert	président
Pr. Bruno Levy	juge
Pr. Abdel Bellou	juge
Dr Philippe Atain Kouadio	juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS – Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –

Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas Lecompte – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET
RÉÉDUCATION**

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Docteur Jean PAYSANT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT

Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND

Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET –

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ –

Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHELSSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A Mr le Pr. Pierre Edouard Bollaert, président du jury de la thèse,

Professeur de réanimation médicale

Qu'il soit remercié du temps qu'il a bien voulu consacrer à ce travail

A Mr le Pr. Levy, juge de la thèse

Professeur de réanimation médicale

Qu'il soit remercié

A Mr le Pr Abdel Bellou,

Professeur de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement

Qu'il soit remercié

Au Dr Philippe Atain Kouadio, juge de la thèse
Praticien hospitalier urgences et smur de Nancy
Qu'il soit remercié

A mes parents qui se sont sacrifiés tout au long de ces années d'études, aux événements heureux et malheureux vécus ensemble, qu'ils soient remerciés.

A mon épouse Laurence, à Mathilde « ma puce », à Clara « ma choupette ».

A mon frère Olivier, son épouse Nathalie, pour leur gentillesse et leur encouragement.

A mes beaux-parents, Monsieur et Madame Bourgeois Christian, Victor, Isabelle et Claudia Lopes, pour leur profond respect.

Spécialement à mes grands-parents maternels :

Jeanne dite « Giovannina » disparue en 1990 et qui m'a toujours soutenu,

Angelo dit « Joly » disparu en 1999 qui, de là-haut, doit être fier de son « gamin ».

1 – A **MARGOT Valérie, DEGRELLE Pascal, GIANI Fabrice**, mes copains et copines de faculté de Médecine de Nancy.

2 - Au personnel du service des urgences de Mont-Saint-Martin :

- **Docteur ROSANT**, médecin chef du département réanimation et urgences pour m'avoir conforté dans le métier d'urgentiste,

- **Docteur ABOTCHI**, médecin coordinateur des urgences pour avoir permis d'accéder à ma fonction.

- **Docteur ZIEGLER et Docteur MALHOMME**, dits « LOLO », pour m'avoir mis « le pied à l'étrier » des urgences.

- **Docteurs BENSAL, DEVAUX et ZAID**, pour leur sympathie et leur compétence.

- Aux infirmières : **Katy, Cathy, Valérie, Isabelle, Angélique, Christine, Véronique, Anne-Marie, Sandrine, Sophie, Rahma**, et spécialement à **Gwenaëlle et Catherine** infirmières psychiatrique des urgences qui m'ont fait redécouvrir cette spécialité et son intérêt.

- Aux I.A.D.E., aux cadres infirmiers et brancardiers, aides-soignants,

- Aux secrétaires de réanimation et d'urgence, spécialement à **Marie-Thérèse INVERNIZZI** qui a eu la lourde tâche de taper cette thèse.

3 - Au personnel médical et paramédical des hôpitaux de Briey, Lunéville, Nancy, Pont-à-Mousson, d'avoir participé et rempli ce questionnaire, ainsi qu'aux cadres infirmiers et chef de service des unités d'urgences SMUR et SAMU.

4 - A **LOUDART Christian**, dit « KIKI » disparu en 1997, qui, au fil des mois, est devenu un ami.

5 - Aux patients qui franchissent tous les jours, à toute heure la porte des urgences, contents ou mécontents, heureux ou malheureux, malades ou non.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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.

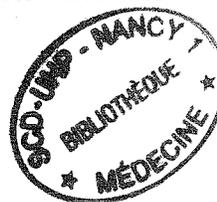
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des matières



INTRODUCTION	- 18 -
PREMIERE PARTIE	- 20 -
LE STRESS	- 20 -
REVUE DE LA LITTERATURE	- 20 -
1 - EVALUATION DU CONCEPT DE STRESS ET DEFINITION	- 21 -
1.1. Présentation du concept de stress	- 21 -
1.1.1. Définition littérale du stress	- 21 -
1.1.2. Historique du stress	- 22 -
1.2. Définition du stress	- 22 -
1.2.1. Concept selon Hans SELYE	- 22 -
1.2.2. Prédispositions pharmacologiques du stress	- 24 -
1.2.2.1. Le système nerveux central.....	- 24 -
1.2.2.2. Le système sympathique et médullo-surrénalien	- 25 -
1.2.2.3. - Le système hypothalamo-hypophyso et corticosurrénalien.....	- 26 -
1.3. Classification du stress	- 28 -
1.3.1. Classification DSM IV du stress aigu.....	- 28 -
1.3.2. Phase de burn out ou d'épuisement professionnel :	- 29 -
1.4. Modalités de réaction du stress face à une situation d'urgence	- 30 -
1.4.1. Stress normal dit adaptatif.....	- 30 -
1.4.2. Stress dépassé.....	- 31 -
2 - MISE EN EVIDENCE DU STRESS ET DES FACTEURS DE RISQUE	- 32 -
2.1. Description des différentes échelles d'évaluation du stress :	- 32 -
2.1.1. NSS : Le " Nursing Stress Scale"	- 32 -
2.1.2. GHQ : Général Health Questionnaire crée	- 32 -
2.1.3. La mesure du Burn-Out	- 32 -
2.1.4. La mesure du stress psychologique	- 32 -
2.2. Manifestations du stress dans les hôpitaux et leurs conséquences :	- 32 -
2.2.1. Conséquences somatiques	- 33 -
2.2.2. Conséquences psychologiques	- 34 -
2.2.3. Conduites à risques	- 36 -
2.2.3.2. Toxicomanie	- 36 -
2.2.4. Causes déclenchant le stress.....	- 37 -
2.2.4.1. Surcharge et conditions de travail	- 37 -
2.2.4.2. Souffrance et prise en charge du patient.....	- 40 -
3 - DESCRIPTION des SERVICES d'URGENCE et de SMUR de MEURTHE-et-MOSELLE	- 40 -
3.1. Présentation	- 41 -
3.1.1. Le réseau central.....	- 41 -
3.1.2. Le réseau périphérique.....	- 41 -
3.2. Description.....	- 41 -
3.2.1. Réseau Central.....	- 41 -
3.2.2. Réseau périphérique	- 42 -

DEUXIEME PARTIE	- 47 -
QUESTIONNAIRE ET DISCUSSION.....	- 47 -
1 - CONCEPTION ET DISCUSSION DU QUESTIONNAIRE	- 48 -
1.1. Présentation du questionnaire.....	- 48 -
1.1.1. Présentation générale	- 48 -
1.1.2. Modalités de diffusions du questionnaire	- 55 -
1.2. Méthodologie d'analyse des données recueillies	- 55 -
1.2.1 : Etudes de corrélation.....	- 55 -
1.2.2 : Tests non paramétriques.....	- 55 -
2 - RESULTATS	- 55 -
2.1 Résultats descriptifs	- 55 -
2.1.1. Population générale.....	- 55 -
2.1.2. Étude de la population féminine	- 56 -
2.1.3. Étude de la population masculine.....	- 57 -
2.2. Principales modalités du stress	- 60 -
2.3. Liens avec l'organisation du service :	- 63 -
2.4. Relations avec l'environnement extérieur au service.....	- 66 -
2.5 Etude des conduites à tenir face au stress.....	- 68 -
2.6. Modalités du stress exprimé, analyses de variance.	- 74 -
2.6.1 Mise en place d'indicateurs	- 74 -
2.6.2 Modalités selon le sexe	- 77 -
2.6.3 Modalités selon la catégorie professionnelle	- 77 -
2.6.4 Modalités selon l'âge	- 77 -
2.6.5 Modalités selon l'ancienneté	- 78 -
2.6.6 Modalités selon le site d'exercice	- 78 -
2.6.7 Autres liens retrouvés	- 79 -
3 - LIMITES DU QUESTIONNAIRE	- 79 -
3.1. Par rapport à l'élaboration du questionnaire.....	- 79 -
3.1.1. Présentation et mise en page.....	- 80 -
3.1.2 Elaboration des questions	- 80 -
3.2. Par rapport au personnel soignant	- 81 -
3.2.1 Présentation générale du questionnaire	- 81 -
3.2.2 Bilan général des réponses du questionnaire.....	- 81 -
CONCLUSION	- 83 -
1 - CONSTATATIONS	- 84 -
2 - PROPOSITIONS	- 85 -
ANNEXES	- 88 -
Questionnaire	- 88 -
Abréviations	- 88 -
BIBLIOGRAPHIE	- 96 -



INTRODUCTION

Fort jeune, et pour des raisons bien précises, la médecine m'a attiré. Des années plus tard, l'attrance s'était renforcée, mon inscription à la faculté de médecine fut un moment fort.

Aurolé de ma jeunesse, et de convictions profondes, j'avais alors une certaine vision de la profession, et envisageais mon avenir, serein.. Après de longues années passées sur les bancs de la faculté, et les stages qui jalonnaient ce parcours, je pensais me destiner soit à une carrière hospitalière de spécialité, soit exercer la médecine "dite générale" en cabinet libéral. Les événements qui suivent en décidèrent autrement.....

Alors externe en 5^{ème} année, de garde à la clinique de traumatologie de Nancy, je reçus alors, un certain soir, une jeune femme, âgée de 25ans. Elle présentait, suite à un accident de la voie publique, une quasi amputation du pied droit. Elle avait été transportée sans "moyens médicaux spécifiques", presque sans "égards", face à une pathologie "difficile"....

Le personnel était "choqué", je le fus aussi ! Un tournant venait d'être "amorcé" dans ma route de futur médecin, je ne le sus pas immédiatement....

A ce moment précis, je rêvais l'acuité de mon regard sur cette scène, sur cette jeune femme.....L'évènement fut vécu et "revécu", pendant des semaines. Il alimenta les conversations. Certains me semblent- il, l'oublièrent très vite, d'autres se le remémoraient, se disaient "stressés". Rien ni personne ne fut en mesure de les aider cet évènement.

J'ai intégré un peu plus tard le service d'accueil des urgences et de smur de Mont Saint Martin, en Septembre 1995, en qualité de médecin des urgences. On s'attend, dans un tel lieu, à accueillir des pathologies "délicates" mais on pense pouvoir les "gérer". Je me suis vite rendu compte qu'au sein de ce service, le personnel soignant "vivait" chaque jour, les évènements heureux ou malheureux des patients mais également leur impatience.

L'avenir s'annonçait parfois moins serein, le tournant annoncé se négociait : être médecin, ou être soignant dans un service d'urgence, c'est vivre en présence d'évènements très difficiles, insupportables parfois.

J'aimais, cette médecine d'urgence, rapide, précise, mais j'ai vite ressenti la souffrance de ceux qui y participent. Souffrance réelle, mais si mal, si peu exprimée.... Mais par pudeur, par fuite de ne pas souffrir, on feint de l'ignorer.

On concentre ses efforts, son énergie sur le travail à accomplir, et on calfeutre nos émotions. Il faut tenir sa place dans le métier ! Et puis un jour on n'en peut plus, certains ne veulent plus se taire, pour faire bonne figure : ces évènements difficiles sont vecteurs d'un stress certain . Il faut reconnaître cet état, il faut l'entendre.

Ce stress peut tenter sur la qualité des soins donnés sur la vie personnelle, sur la qualité de la vie.

Ainsi, c'est par "hasard" que l'on m'a proposé ce sujet de thèse sur le stress, ses manifestations cliniques, ses possibilités de résolution m'ont intéressés.

C'est sous la forme d'un questionnaire, distribué aux services de Meurthe et Moselle, que j'ai envisagé l'étude de ce phénomène.



Première partie

Le stress

Revue de la littérature

1 - EVALUATION DU CONCEPT DE STRESS ET DEFINITION

1.1. Présentation du concept de stress

Dans un premier temps, il nous a semblé pertinent de nous intéresser à l'histoire du stress, et à sa définition littéraire et médicale. Cette recherche fort intéressante dans sa diversité et sa complexité, nous a mené donc naturellement à examiner cette notion de stress dans le monde du travail, et en particulier dans le milieu hospitalier. Le sujet était vaste, mais nous l'étayerons dans un deuxième temps à partir d'un questionnaire. Celui-ci révélera par ailleurs ses failles, ses limites mais nous n'en sommes pas encore là !

1.1.1. Définition littéraire du stress

Le terme stress s'est beaucoup vulgarisé, à tel point qu'aujourd'hui il n'existe plus de véritable définition de ce terme mais des approches tendant à définir ce nouveau concept.

Il apparaît dans la langue latine par un verbe **STRINGERE**, qui signifie **tendre, raidir**. Il va évoluer très vite, puisque dans la littérature anglaise du 18^e siècle, il désigne déjà un état de détresse en rapport avec la dureté de la vie et de l'adversité.

Littéralement, on trouve aujourd'hui dans ces deux dictionnaires courants respectivement le Petit Robert et le Larousse, les définitions suivantes :

- C'est d'abord une « spécialisation d'un mot anglais (effet intense, tension). Réponse de l'organisme aux facteurs d'agressions physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions (agréables et désagréables) qui nécessitent une adaptation (**élément de la Théorie du syndrome général d'adaptation**) »

- Puis un « terme neurobiologique désignant une agression de l'organisme dans sa totalité et pouvant menacer son existence par des agents de toute nature (émotion, froid, maladie, intervention chirurgicale, choc traumatique), réponses physiologiques métaboliques et comportementales à cette agression ».

On n'est guère éclairé par ces quelques lignes qui nous renvoient toutefois à l'idée qu'il faut nous faut aller voir « du côté de la médecine » pour tenter de comprendre.

1.1.2. Historique du stress (3)

^ Déjà au XIX^{ème} siècle, Claude BERNARD, médecin et physiologiste français (1813-1878), émet l'hypothèse que l'organisme est soumis à des agents pathogènes extérieurs, qu'il peut développer un système de régulation en fonction de ceux-ci et des événements de son environnement. Cette régulation ferait l'objet de désordres biochimiques : la vie ne serait alors que l'équilibre établi par l'organisme pour gérer à la fois tout excès et toute insuffisance de cette régulation. L'équilibre de ce milieu extérieur dit « homéostasie » n'est viable que si les écarts avec la norme restent suffisamment réduits pour être compensés sans épuisement des capacités de régulation.

^ Au XX^{ème} siècle, la théorie s'affine avec CANNON, physiologiste américain (1871-1945), démontre que cette faculté d'adaptation ne puise pas pour autant son énergie que dans le domaine physique mais également dans le domaine psychique : il compare uniquement l'homme à l'animal, qui devant un danger n'a que deux solutions : soit il fuit, soit il se bat. C'est ainsi que naîtra la théorie physico-chimique de la réaction du stress, qui sera développée plus loin dans le chapitre. (13)(14).

^ L'évolution se précise avec Hans SELYE, endocrinologue canadien (1907-1982), en 1935, qui définit un « syndrome général de maladie » regroupant toutes les réponses non spécifiques à la maladie et, en particulier, infectieuse. Il développe également le « syndrome d'être simplement malade » « Syndrom of just being sick » et rapproche ce phénomène des effets d'agressions diverses (brûlures, traumatismes, etc.) .Il n'entérinera le mot stress que beaucoup plus tard en l'intégrant dans le syndrome général d'adaptation. (61,65).

1.2. Définition du stress

1.2.1. Concept selon Hans SELYE (66)

Ce concept brièvement cité précédemment méritait bien évidemment d'être développé puisque Hans Selye est considéré comme le père fondateur du stress. Il définit ce terme comme « la réponse non spécifique de l'organisme à n'importe quelle demande ». Qu'il soit favorable ou non, le stress déclenche dans l'organisme les réactions d'ajustement nécessaires pour une meilleure adaptation à toute situation. En fait, il est couramment considéré comme l'inadaptation à une contrainte obligeant l'individu à recourir à une dépense d'énergie supplémentaire, modifiant ainsi l'équilibre de son corps et de son esprit. Cette possibilité d'adaptation de l'organisme est une notion clé de la survie de l'individu et de l'espèce : ainsi devant toute agression se mettent en jeu deux systèmes de réactions : (63,64).

^ Un système non spécifique décrit sous le "syndrome non spécifique d'adaptation" appelé aussi triade de SELYE se décomposant en (63,65) :

- Une hypersécrétion des glandes surrénales.
- Un effondrement immunitaire et thymique.
- Une atteinte de la paroi de l'estomac.

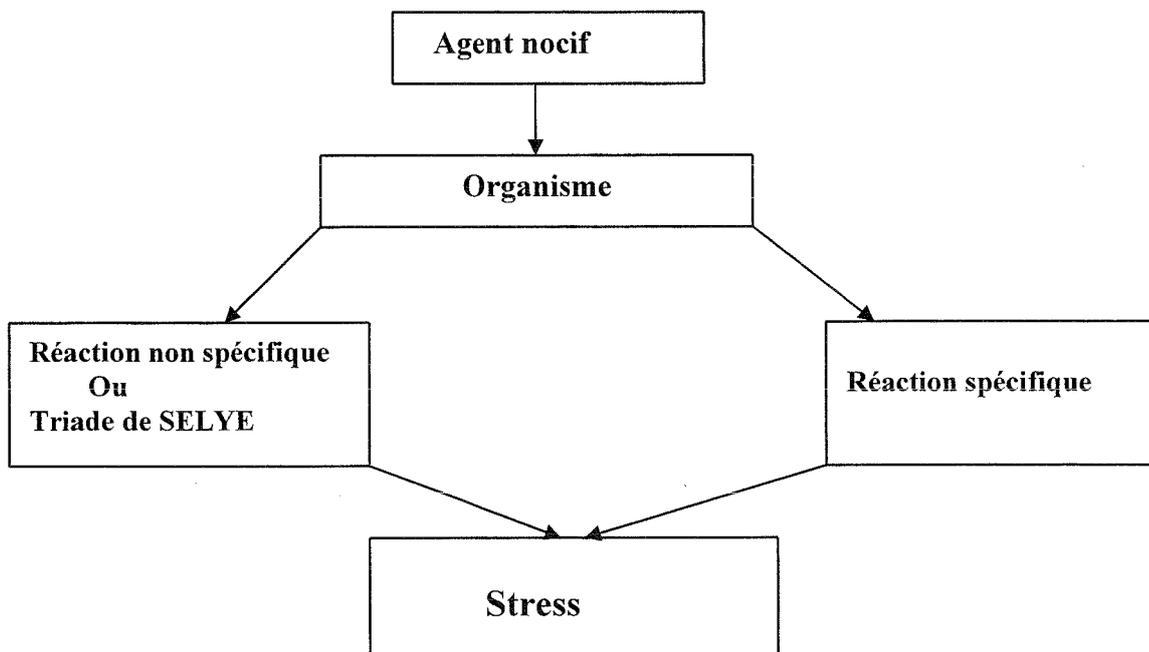
^ Un système spécifique, défini comme " le syndrome général d'adaptation" et se divise en trois phases : (63)

- La réaction d'alarme initiale, qui met en jeu une accumulation d'énergie : celle-ci est disponible pour n'importe quel évènement stressant d'intensité croissante. Ce phénomène s'effectue sous le contrôle d'un processus hormonal et neurobiologique.

- La réaction de résistance (ou de lutte et d'adaptation) secondaire où l'organisme s'adapte et résiste à l'agression en mobilisant durablement ses ressources physiques, psychologiques et comportementales. Ainsi, peuvent apparaître des sensations nouvelles désagréables (céphalées, épigastralgies,...), responsables de phénomènes tels que l'anxiété. Celle-ci va sera au centre de la déstabilisation du phénomène d'adaptation (54) (15).

- La réaction d'épuisement (ou d'absorption) ultime, au cours de laquelle l'organisme est adapté au stress,. Mais la lutte ayant demandé beaucoup d'énergie, l'individu est plus ou moins épuisé et doit de rétablir un niveau d'énergie satisfaisant pour pouvoir qu'il puisse lutter à nouveau. Cependant, l'organisme étant affaibli, peuvent se développer des comportements phobiques ou obsessionnels et conduire à un épuisement professionnel. (15,17)

Ceci peut être résumé par le schéma suivant (47) :



SELYE a précisé par la suite (au-delà de la théorie initiale) la nécessité de distinguer l'agent ou stressueur, du stress proprement dit et de définir ainsi les niveaux de stress (65) :

^ Le mauvais stress ou « distress », est le résultat d'une tension très intense ou d'un stress trop important. Il est considéré comme étant à la fois le plus mal vécu et le plus refoulé par l'homme. (73).

^ Le bon stress ou « l'eustress », est caractérisé par une mobilisation d'énergie sous tendue par un comportement psychique adapté conférant alors à l'individu une capacité telle qu'elle lui permette la mise en oeuvre de moyens pour lutter contre le stress.(74).

1.2.2. Prédilections pharmacologiques du stress

Le terme stress, connu en physique pour désigner la contrainte à laquelle est soumis un matériau, a été repris en physiologie par Walter CANNON en 1914 (émotionnel stress) puis en 1935 dans le cadre d'une étude sur l'homéostasie chez des mammifères confrontés à des situations de contrainte, notamment des variations de température, et précisant le rôle du système nerveux autonome (activation sympathique) dans les situations d'urgence (13).

Là encore, Hans SELYE, ira plus loin .Il développera la notion de stress à partir d'agressions aiguës chez l'animal. Il observera une réponse univoque, non spécifique, qu'il appellera « syndrome général d'adaptation », celui-ci étant dominé par l'axe corticotrope (64).

Actuellement, cette notion s'est affinée. On assistera à l'émergence de réponses spécifiques chez l'homme en fonction de la situation stressante : notamment des réponses d'ordre psychologique, physiologique. Ces dernières intégrant le rôle prépondérant du système nerveux central, puis sympathique, enfin hypothalamo-hypophysaire

1.2.2.1. Le système nerveux central (14)

Le rôle du cortex intervient lors des processus intellectuels et affectifs mis en oeuvre pour apprécier la situation stressante à partir d'un ou plusieurs messages adressés par les cinq sens. Cependant, ces réactions hormonales ne sont pas uniquement réflexes mais tributaires de l'état instantané du sujet, de son niveau de sensibilité, de ses acquis d'apprentissage concourant à l'évaluation du stress , des moyens à mettre en jeu pour y faire face.(55)

L'hippocampe représente un carrefour majeur sur le registre de l'adaptation neuro-comportementale. Il possède, en effet, des récepteurs aux glucocorticoïdes qui se répartissent en deux groupes (67)

- L'un de type I : sensibles aux modifications modérées nyctémérales de concentration en glucocorticoïdes.

-L'autre de type II : sensibles aux modifications de sécrétions de glucocorticoïdes telles qu'elles apparaissent dans les situations d'agression. (38)

Ainsi, on peut supposer qu'un stress aigu favoriserait « l'apprentissage » par activation des récepteurs de type II alors qu'un stress chronique entraînerait une désensibilisation des récepteurs de type I conduisant à une perturbation de l'adaptation face au stress.

1.2.2.2. Le système sympathique et médullo-surrénalien

a) La décharge d'adrénaline (38)

L'activation du système sympathique et de la médullosurrénale lors des situations de stress apparaît dès la première réaction d'urgence caractéristique de la phase d'alarme. Elle s'accompagne d'une libération concomitante de catécholamines.

Cette réponse physiologique d'adaptation immédiate dure quelques minutes : elle a été étudiée notamment chez l'homme lors des compétitions sportives. L'organisme stimulé par la libération de catécholamines, anticipe l'effort à venir. De l'adrénaline est alors libérée par les terminaisons nerveuses du système sympathique, surtout de la noradrénaline sécrétée par la médullosurrénale qui passe rapidement dans la circulation sanguine. (53)

b) La mise en alerte psychique et somatique

La libération d'adrénaline et de noradrénaline entraîne une augmentation rapide de la fréquence cardiaque, de la force de contraction systolique, de la tension artérielle avec redistribution du sang au profit des muscles et au dépens des viscères.

Pour exemple, le trac représenterait une réponse excessive de cette anticipation à l'action. Ainsi de l'énergie immédiatement disponible, est obtenue par hydrolyse de l'ATP, elle-même stockée dans les muscles(37).

1.2.2.3. - Le système hypothalamo-hypophysaire et corticosurrénalien (13)

a) La poussée de cortisol

La stimulation aiguë du système hypothalamo-hypophysaire et corticosurrénalien lors d'une situation de stress entraîne une libération importante d'hormones glucocorticoïdes par la corticosurrénale. D'importantes quantités de vitamine C sont consommées par la synthèse de cortisol, entraînant une chute des taux plasmatiques de vitamine C pendant une réaction de stress. La mise en œuvre de la réponse après stimulation de l'axe corticotrope est plus lente que lors de la libération de catécholamines, demandant ainsi quelques minutes, mais elle est durable dans le temps.

En effet, l'hypothalamus par l'intermédiaire des noyaux para ventriculaires, intervient en premier libérant la corticotrophine releasing factor (CRF) qui se fixe sur des récepteurs spécifiques des cellules corticotropes de l'hypophyse, et entraîne entre autres la libération d'hormones corticotropes hypophysaires (ACTH : hormone adrénocorticotrope). Celle-ci a pour cible la corticosurrénale qui libère alors le cortisol dans la circulation sanguine. Son taux plasmatique constitue un indicateur pour le rétrocontrôle modérateur du système.

b) La continuité de la réaction d'urgence

La mise en œuvre de ce système constitue la réaction essentielle de l'organisme face à une situation majeure de stress. Normalement, elle ne se prolonge pas au-delà de deux heures. Cependant, si la situation stressante se poursuit, l'état d'alerte est maintenu, libérant une quantité importante de glucocorticoïdes. Ceux-ci ont une double fonction (34) :

► D'abord fournisseurs d'énergie pour la mise en œuvre des capacités adaptatives du sujet à partir de la néoglucogenèse. Elle-même liée à la dégradation des lipides et des protéides. Cette mobilisation d'énergie aboutit à la production d'adénosine triphosphate (ATP). Sont également associées les nombreuses réactions enzymatiques où interviennent la vitamine B, C et le magnésium.

► Puis régulateurs pour éviter la réactivité excessive des autres systèmes déclenchés par le stress, notamment la sécrétion d'insuline, de vasopressine, mais aussi des réactions inflammatoires et immunitaires (lymphokines). Or, si celles-ci sont dépassées, elles risquent d'agir à contrario de leur fonction de protection, agressant l'organisme alors qu'elles doivent le protéger.

c) Les autres substances hypothalamiques et hypophysaires

L'ACTH, sous la dépendance de la corticolibérine, est issue d'un précurseur hormonal, la proopiomélano-corticotrophine (POMC) dont la dégradation aboutit à plusieurs autres substances dont la mélatropine (MSH), les peptides opiacés, notamment la bêta endorphine qui agit sur le seuil de la douleur.

D'autres peptides hypothalamiques, notamment l'arginine vasopressine (AVP), l'angiotensine II (AII), agissent complémentaires sur la tension artérielle.

De même, le stress peut induire une diminution de la sécrétion d'hormones de croissance ayant pour conséquence l'apparition d'un « nanisme psychosocial »

Enfin, la sécrétion d'hormones gonadotropes s'en trouve également diminuée, entraînant des aménorrhées chez l'adolescente. Ces désordres sont notamment associés à des conflits psychiques, des carences affectives : on peut alors parler de « maltraitance psychique.... »

En conclusion de ce chapitre, cette revue montre l'étroite relation entre les facteurs psychiques et les réponses biologiques. Ils mettent en évidence l'importance du système nerveux central dans le déclenchement et l'intensité des réponses hormonales périphériques.

En conséquence, il convient qu'après l'aspect physiologique du stress l'on s'intéresse à la description clinique de celui-ci. Puis, notre effort se portera sur la confrontation de ce phénomène envers le personnel soignant hospitalier (médecins, infirmières, aides soignant).

1.3. Classification du stress

1.3.1. Classification DSM IV du stress aigu

Ces items permettent de confirmer l'état de stress aigu ;

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- 1. Le sujet a vécu ou a été témoin d'un événement durant lequel des individus ont pu mourir, être très gravement blessés, être menacés de mort ou bien durant lequel son intégrité physique a pu être menacée.
- 2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. L'individu présente trois ou plus des symptômes dissociatifs suivants:

- 1 Un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle
- 2 Une réduction de la conscience de son environnement
- 3 Une impression de déréalisation
- 4 Une impression de dépersonnalisation
- 5 Une amnésie dissociative.

C. L'événement traumatique est constamment revécu (ex.:images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique).

D. Évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme (ex.: pensées, conversations, endroits, gens).

E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neurovégétative (ex.: difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hyper vigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).

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

G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

1.3.2. Phase de burn out ou d'épuisement professionnel :

Le concept du « **Burn Out** » ou d'épuisement professionnel a été élaboré, décrit au début des années 70. Si l'on se réfère à la langue anglaise « **to burn** » verbe signifie « **brûler** » mais l'adjonction de « **OUT** » traduit d'une manière forte l'idée de « **s'éteindre s'user, puisque tout a été brûlé** ». Plusieurs auteurs ont été les pionniers à définir ce nouveau concept à partir de différents critères. (2)

1.3.2.1. Le concept de Maslach et Jackson

Maslach et Jackson, psychiatres américains, définissent trois items :

a) Le premier dit d'épuisement professionnel est défini par la notion de dépassement, de la perte d'action et d'émotion consécutive à une demande d'aide importante par le soignant. Souvent, elle a été assimilée au « John Wayne Syndrome ».

b) Le deuxième dit de dépersonnalisation (déshumanisation) considéré comme un désinvestissement relationnel : cette phase tend à démontrer que le soignant est dépourvu de tout sentiment et essaie de mettre entre lui et le patient une certaine distance. Ainsi, les actes effectués sont pratiqués de manière automatique, non dénués de sens bien évidemment mais dictés par l'habitude. Le soignant considère le patient comme un objet.

c) Le troisième dit de diminution de l'accomplissement personnel indique que le soignant réduisant ses capacités d'exécution des soins, fait naître une dépréciation personnelle, un sentiment de manque de compétences, de réalisations de son exercice professionnel.

1.3.2.2. Le concept d'Edelwisch et Brodsky

Edelwisch et Brodsky, psychiatres américains, ont quant à eux distingué quatre phases :

a) L'enthousiasme idéaliste défini par la sensation de grands espoirs, est la période pendant laquelle le soignant déborde d'énergie. Certain de son efficacité et malgré quelques problèmes intermittents de sa vie familiale, par exemple, il pense que ce surcroît de travail va l'aider à tout combler, tout idéaliser. (1)

b) La stagnation est une phase de transition où le travail est perçu comme moins excitant, moins riche. Le travail ne constituant plus le centre d'intérêt de la vie professionnelle du soignant. Ses propres exigences passent alors au premier plan.

c) La frustration est une troisième étape pendant laquelle le soignant se pose foule de questions sur différents domaines : elle associe une remise en cause de son travail, de son assiduité et de la valeur qu'il porte à son métier entraînant une certaine démotivation, une envie de changement de poste de travail.

d) L'apathie : cette dernière phase sous entend que le soignant ne peut plus correctement assumer son travail le subissant comme une corvée.

Ce processus d'épuisement s'étale sur un délai de un à cinq ans : d'autres auteurs ont donné des définitions intéressantes qu'il est utile à préciser brièvement :

STORLIE, endocrinologue américain, en 1977 le définit comme étant une « Perte de motivation, effondrement psychologique causé ou accompagné par une résignation au manque de pouvoir, par la perception que, quoique l'on fasse, on ne peut rien changer ».

CHERNIS en 1990 envisage que « Le burn out est un processus débutant par un niveau excessif de stress lié au travail, lequel ne peut être soulagé par les façons ordinaires et actives de résoudre les problèmes ... ».

Enfin FREUDENBERGER, psychanalyste allemand, proclame que c'est « L'usure, l'épuisement, le sentiment d'échec qui résulte des exigences trop grandes en terme d'énergie, de force et ou de ressources... ».

Ainsi, cette présentation générale du stress étant acquise, intégrons le dans le milieu hospitalier, plus précisément celui des urgences. De nombreux auteurs, en particulier, L. CROCQ et O. Lévy, psychiatres militaires français se sont intéressés à la psychopathologie des « sauveteurs » que nous sommes, en décrivant les agents stressés de notre profession (16,19,20)

. Le soignant, élément clé de la décision médicale, a été ignoré jusque là : il est soumis à des phénomènes tensionnels contre lesquels il lutte sans cesse. . Une étude sur le stress dans le milieu hospitalier s'avère intéressante en insistant à la fois sur les indicateurs, les facteurs de risque, et les mécanismes de défense face ce sentiment.

1.4. Modalités de réaction du stress face à une situation d'urgence

Face à une situation d'urgence, le soignant développe une réaction de stress qui lui est utile, mais qui va lui coûter une dépense importante d'énergie physique et psychique. Cet état se décompose de la manière suivante :

1.4.1. Stress normal dit adaptatif : (23) (20)

Dans un premier temps, le soignant est en mesure de résister à la situation stressante. Il va mettre en œuvre une capacité d'énergie qui lui permettra d'élaborer un mécanisme, qui malheureusement va le contraindre à trouver une solution à tout prix. Celle-ci devra être adaptée, rapide mais elle sera pesante, génératrice d'anxiété. Ce personnel devra effectuer un effort considérable à maintenir un travail satisfaisant et une stabilité sur le plan personnel. A la fin de cette période, deux possibilités pourront apparaître :

Soit ce phénomène éphémère de quelques minutes voire quelques heures est surmonté chez les professionnels de l'urgence (21)

Soit il, se poursuit malgré tout générant un état de stress dit prolongé ou dépassé.

1.4.2. Stress dépassé (24) (25)

il se rencontre plutôt chez les victimes mais est décrit maintenant chez les « sauveteurs » et qui se décrit sous quatre formes :

- La modération : le soignant reste prostré devant une situation qu'il considère comme un désastre. Il ne peut effectuer d'action efficace. Sortant alors de cette torpeur, il ne réalise qu'après coût l'étendue du désastre.

- L'agitation incoordonnée est la période pendant laquelle le soignant ne peut correctement se concentrer sur des gestes d'urgence habituellement maîtrisés. Il ne peut plus les mettre en pratique entraînant ainsi une désorganisation des soins et la mise en péril de l'équipe soignante.

- La fuite panique, quant à elle, peut être individuelle ou collective. Le personnel se trouve en total désarroi face à la situation. Il se met en échec en créant une panique collective du groupe. A l'extrême, on assiste à une fuite du poste de travail soulignant ainsi une réaction de non compréhension de l'équipe, et plus grave une désorganisation de cette dernière.

- L'action automatique, enfin, peut être faussement rassurante car elle représente une phase pendant laquelle le soignant se plonge en toute concentration sur les actes techniques sans se soucier de l'atmosphère effroyable de la situation. Ces gestes techniques sont alors empreints d'un certain automatisme car rien ne peut vraiment les perturber. Cette action va permettre au soignant de recréer ou de maintenir l'effet de groupe face à la catastrophe. (31)

2 - MISE EN EVIDENCE DU STRESS ET DES FACTEURS DE RISQUE

2.1. Description des différentes échelles d'évaluation du stress :

2.1.1. NSS : Le " Nursing Stress Scale" élaboré par Gray Toft et Anderson en 1981 , comprend trente quatre questions explorant sept types de situations stressantes ou apparaissant stressantes codifiés par des facteurs allant de 1 à 3. Ces situations stressantes se répartissent de la façon suivante :

- Les conflits avec les médecins, les infirmières
- L'insuffisance de formation médicale, paramédicale
- L'évaluation de la charge de travail
- L'accompagnement des malades
- Le manque de soutien psychologique
- L'incertitude concernant les traitements donnés.

2.1.2. GHQ : Général Health Questionnaire crée par Colberg en 1972 permet de mettre en évidence le passage de la fatigue à celui de l'insatisfaction dont la conclusion débouche sur l'apparition de troubles insidieux tel que l'asthénie, le manque de sommeil, et permet d'établir un score total affecté de zéro à trois aux quatre niveaux de réponses proposées. (59)

2.1.3. La mesure du Burn-Out est plus spécifique aux professions de santé trouve son développement par Masbasch et Jackson en 1986 Il sert alors de référence à de nombreuses études permettant a une classification en plusieurs items et décrivant le stress en trois aspects :

- L'épuisement émotionnel et /ou physique
- Le désinvestissement dans le travail
- Le manque d'accomplissement personnel (16).

2.1.4. La mesure du stress psychologique

A noter également, et en relation avec le paragraphe 3.1.3, la mesure du stress psychologique mise au point par Leyne et Tessier (1990) au Canada a permis de mettre en évidence le stress indépendamment des facteurs stressants et des manifestations psychologiques causées par ce dernier.

2.2. Manifestations du stress dans les hôpitaux et leurs conséquences :

Nous savons à ce stade que le soignant subit le stress quotidiennement, abordons ici les conséquences somatiques et psychologiques :

2.2.1. Conséquences somatiques

^ **Sommeil et insomnie** : Estryn Behar et Leconte (1989) mettent en évidence dans une étude portant sur 1505 femmes dans les hôpitaux parisiens entre femmes actives et groupe de soignantes. (31)

Dans la tranche d'âge de 18 à 40 ans : sont dénombrées

Céphalées : 15 % des femmes actives
: 40 % des soignantes

Insomnies : 13% des femmes actives
: 20 % des soignantes

Dans la tranche d'âge de 40 à 59 ans : sont dénombrées

Céphalées : 20 % des femmes actives
: 38 % des soignantes

Insomnies : 25 % des femmes actives
: 19 % des soignantes

A noter également (13) :

► D'abord un sentiment **d'abandon** : on constate que 60% des soignantes n'exercent pas plus de 10 ans .Les causes sont liées soit à un arrêt de travail définitifs pour des problèmes personnels (familiaux, médicaux), soit une réorientation professionnelle dans un cadre non médical.

► Puis un problème général de santé : une étude menée à l'hôpital Bicêtre en 1989 sur l'ensemble des infirmières a permis **l'évidence** que 40 % des infirmières (dont l'âge moyen se situe autour de 36 ans) pensent avoir une santé relativement bonne. Dans ce groupe, néanmoins, il convient de constater que(7) :

. 65 % d'entre elles souffrent du dos (sachant que des examens complémentaires radiologiques et biologiques n'ont rien révélé de particulier).

. 60 % d'entre elles se sentent fatiguées sans notion de troubles somatiques.

- 13 % d'entre elles souffrent de maladies nerveuses encore mal étiquetées.

- 30 % des infirmières du même utilisent des somnifères et des tranquillisants.

Consécutivement, une échelle de burn out a permis de montrer trois états et de les mesurer :

- L'épuisement émotionnel pour 25%
- Le retrait de l'investissement pour 15%
- L'apparition de problèmes psychologiques pour 60%

2.2.2. Conséquences psychologiques

Deux études ont démontré le rôle du stress et de ses conséquences (10,11)

^ La première porte sur la Charge psychique et mentale des soignants. D'après une étude évaluant 900 infirmières (**IDE**) tous secteurs confondus, les indices étudiés ont été les suivants (37,39) :

- 1er indice : La charge de travail.
- 2e indice : L'autonomie du personnel.
- 3e indice : Le soutien social.

En relation directe avec 4 items : -L' anxiété.
-L'agressivité.
-Les troubles cognitifs.
-La dépression.

On constate alors :

→ 35,75 % des **IDE** à charge de travail faible qui bénéficient d'une bonne autonomie et d'un bon soutien, présentent un niveau bas de stress.

→ 42,09 % des **IDE** à charge de travail élevée et peu autonomes, présentent un stress important

→ 10,40 % des **IDE** à charge de travail faible, avec peu d'autonomie et peu de soutien social présentent un stress faible car il est inversement proportionnel à la frustration et donc à la démotivation.

On peut néanmoins conclure que les indices 2 et 3 ne sont pas des variables modératrices du lien entre santé mentale et charge de travail mais variables modératrices de ce dernier.

^ La seconde découle de la **Statistique de la caisse autonome de retraite des médecins français (1988)** et concerne le problème psychiatrique éventuel lié à la mortalité (9,12):

Ainsi, parmi 106 300 médecins en activité au 31 décembre 1988, on dénombre que :

. ■ D'une part ,946 indemnités journalières en Incapacité Temporaire de Travail ont concerné toutes les pathologies les causes psychologiques voire psychiatriques représentent 19,58%

. ■ D'autre part ,322 pensions pour Invalidité totale et définitive ont été établies parmi lesquelles figurent 36,80 % pour les causes psychiatriques.

Dans le « **même état d'esprit** » intéressons-nous aussi à

L'**étude de Manodritta et Ropert en 1996** basée sur 75 dossiers d'expertise concernant des médecins régie par le Code de la Santé Publique, article L.460 ,qui pour une raison psychiatrique présentent une infirmité ou un état rendant dangereux l'exercice de la profession. Cette étude permet de mettre en évidence que (49) :

■ 38 % des médecins sont des femmes (alors qu'elles ne représentent que 28% de la population française à l'époque)

■ 72 % des médecins vivent seuls (sachant que la totalité des femmes concernées vivent seules) qui présentent des symptômes décrits comme :

. L'absence de différence significative entre les spécialités exercées.

. Les pathologies rencontrées sont de nature psychotique.

. Les Conduites toxicomanes.

. Les difficultés économiques.

. L'exercice médical de 10 ans.

■ 45 % des expertises donnent un avis d'aptitude d'exercice soit lorsque que la pathologie initiale a été prise en charge par une thérapie efficace avant même que l'expertise soit terminée, soit l'état de santé constaté a paru compatible avec la possibilité d'exercer sa profession.

L'**étude concernant les arrêts de travail** : Farrello en 1989 (au CHR d'Angers) a étudié sur une année le nombre de congés longue durée de 6 mois minimum. La cause des 76 congés est représenté par la **dépression dans 60%** des cas,sachant que 2360 jours d'arrêt sont consécutifs au stress et 1300 jours pour de l'asthénie (31).

En clôture de ce paragraphe , penchons-nous sur les conséquences ultimes que peut engendrer le stress s'il l n'est pas rapidement diagnostiqué,isolé . . .

2.2.3. Conduites à risques

2.2.3.1. Suicide ou tentative de suicide sont décrits dans différentes études

(29)

^ **L'étude de Volko et Clayton** en 1975 dénombre 25 % des cas de suicide des médecins .Les trois causes de ces actes sont notées ci-dessous(72) :

- Le travail avec aspects émotionnels de la vie.
- Les codes de comportements.
- La souffrance de soignant.

En conséquence des formations ont été mises en place pour répondre à ce constat ; celles-ci font appel à la gestion des soignants et de leurs risques psychologiques, secondairement à un besoin de compréhension de la société sur les problèmes médico-légaux.

^ **L'étude de Steppacher et Mausner** en 1989 révèle que 530 décès de médecins en 5 ans ont été recensés.parmi ceux-ci : on note 40% sont des femmes, que 60% sont des hommes (20 % ont un âge inférieur à 40 ans).(31).

^ Enfin, **l'étude de la Revue Nursing Times** datant de 1992 permet de cibler deux indices .Le premier estime qu'il y a une augmentation du nombre de suicide chez les femmes médecins.Le deuxième montre que le métier d'infirmiers et cadres infirmières est classé parmi les dix professions à risque de suicide.Ajoutons que les médecins viennent en tête de liste 26) (31).

2.2.3.2. Toxicomanie (52)

L'étude de MAYO Clinic a traité 255 toxicomanes entre 1966-1972.La profession médicale ou paramédicale représentent 31% de ce total (11% étaient mariés à une personne exerçant une profession de santé) Cette pathologie était en étroite relation avec l'alcoolisme (cela représente 10% des licenciements des médecins aux états unis par l'étude de Niven en 1984)

2.2.4. Causes déclenchant le stress

2.2.4.1. Surcharge et conditions de travail

a) Propos relatif de travail (25)

^ **D'après l'étude de Margoles et Coll.** en 1974 incluant 1496 salariés, permet de mettre en évidence un lien entre surcharge de travail et indicateurs du stress, cinq critères sont ainsi définis (44,62) :

-L'alcoolisme	10 %
- l'Absentéisme	20 %
- La faible motivation	20 %
- La faible estime de soi	20 %
- L'absence de suggestion à l'employeur	30 %

^ **D'autre part, Freuch et Kaplan (33)** en 1970 permettent d'établir un lien entre surcharge de travail à la fois quantitative et qualitative et définissent au moins neuf symptômes classés par ordre décroissant de valeur **(33)** :

- 1 – l'insatisfaction professionnelle
- 2 – La tension au travail
- 3 –La faible estime de soi
- 4 – L'insécurité
- 5 – Le haut niveau de cholestérolémie
- 6 – L'augmentation de la fréquence cardiaque
- 7 – La diminution de la résistance cutanée
- 8 – L'augmentation du tabagisme
- 9 – La gêne

b) Conditions d'exercice de la profession

^ Par rapport à la profession :

Médecins (51,60)

Goodman, en 1981, considère que les médecins prennent de la distance avec les patients pour éliminer « **leur stress** » où manifestent un manque d'intérêt pour ne pas souffrir de leur rôle de martyr.

L'auteur offre ainsi une définition plus que vraisemblable du médecin (« **Personne ne veut être marié à un médecin qui travaille les week-ends et qui se fait appeler à deux heures du matin à son domicile mais chacun aimerait le trouver en cas de besoin.**»). (63)

Infirmières (59)

D'après Kahn « le soignant s'il est mal adapté à son travail par un manque de compétence ou une mauvaise organisation des soins, souffrira d'un manque de responsabilité. Cet aspect le conduira vraisemblablement vers une insatisfaction de son travail, de son rôle au sein du service et de l'hôpital ».

Ces aspects sont évidemment hélas bien connus mais rarement divulgués : peur du ridicule, être étiqueté faible, fierté morale. Il faut alors faire semblant et être capable de trouver des artifices de comportement face au stress (58). Actuellement, le personnel infirmier n'hésite plus à parler de cet état de stress. La population lui rendant un écho favorable (Le phénomène est certainement moins flagrant chez les médecins). (13).

Les infirmières parlent aujourd'hui de la difficulté de soigner comme le révèle une étude portant sur le métier d'infirmières hospitalières (en 1996, menée sur les hôpitaux de l'assistance publique) :

■ Un premier chiffre de 48% exprime un manque de considération caractérisé soit par une tierce personne (cadre, médecin), alors qu'il n'y a pas « **urgence** » !, soit par des **communications incessantes et souvent inutiles** .

On observe également un certain manque de respect à la fois de la hiérarchie, l'équipe soignante puisque 25% pensent que leur avis est peu pris en compte, que les observations qu'elles peuvent faire entendre (sur la prise en charge des patients) sont souvent ignorées. (52).

■ Un dernier chiffre de 22%, c'est le pourcentage qui pense que les malades n'ont que peu de considération pour leurs soins, comme on l'entend parfois « **Elles sont payées pour cela, après tout !** » On les réduit ici à de simples techniciennes en laissant complètement de côté le rôle profondément humain que doit conserver à « **tout prix** » tout soignant. Triste constatation, si réelle pourtant...

On comprend à la lecture de ces modestes lignes et des chiffres cités, le stress de ces soignants « **corvéables** » à merci, quand ils ne sont pas ignorés ou carrément ignorés.

Le sentiment de dévalorisation de la profession est alors si légitime !!

^ Utilité du travail :

Une étude suédoise de Leppanen et Olkinuora en 1987 se penche sur les liens éventuels entre utilité du travail et compétences, et permet d'identifier des facteurs susceptibles nuisibles ou non à leur carrière. (62)

On révèle que 50 % des aides-soignantes pensent que leurs connaissances théoriques et pratiques sont insuffisantes.

Les infirmières 25 % des IDE se trouvent **incompétentes** pour 25% d'entre elles sur des questions d'ordre médical et surtout dans le domaine psychiatrique (**alors que contrairement, un médecin sur sept interrogé se sent compétents dans ce même domaine !**!).

^ Relations de travail et conditions de travail

Les Relations entre équipes : une étude faite par Estry-Behar en 1989 sur deux équipes, comportant 1387 soignantes équipe nuit (EN), 1252 soignantes équipe jour (EJ) permet de révéler trois items :

Le dépassement d'horaires, le plus important :

La prise en avance du service est de 70 % pour EN versus 34 % EJ

La prise en avance du service en fin de travail est de 40% pour EN versus 34% pour EJ

L'ambiance est meilleure voire la meilleure (65 % EN/57 % EJ)

Le Temps de parole donné aux malades (57 % EN/47 % EJ).

^ **Conditions de travail** ont fait l'objet en 1992 de questions de l'ensemble du personnel de Bicêtre. Cela a mis en évidence que, 56 % des personnes ont été obligées de modifier leurs horaires de repos dans les trois derniers mois, que 70 % des personnes sont interrompues dans leur tâche.

Dans cette approche, une étude pratiquée en 1995 par Kivimaki et Lindstrom sur 12 unités de 4 services médicaux divisés en 2 sous unités de 6 chacune, a montré la relation possible entre satisfaction et cadre infirmier et a permis de mesurer plusieurs indices (42) :

^ La communication avec personnel infirmier (C).

^ Le feedback (F).

^ La prise de décision et tenir compte de l'avis (P).

^ L'innovation (I).

Six unités satisfaisantes avec les résultats suivants :

C : 33,12%

F : 15,28 %

P : 29,77 %

I : 14,49 %

Les cadres encourageant ici l'équipe soignante afin :

- De provoquer l'équipe pour parler (débriefing).
- D'éviter l'échec du soignant.
- De permettre une critique constructive.

2.2.4.2. Souffrance et prise en charge du patient

Selon Maslach en 1982 : le soignant s'occupe du patient de façon active et de ses aspects douloureux sans en être détaché. nécessite une adaptation. Le fait de ne plus penser au patient et à ses problèmes après le travail a été considéré comme un facteur de réduction du stress exprimant ainsi le phénomène de discontinuité. (62)

Selon une étude de Koniarek en 1995 en Pologne qui a référé 1023 IDE de 11 hôpitaux à propos de leur travail une fois à domicile (29). Force est de constater que

- 9 % n'y repensent jamais
- 61,5 % y repensent parfois
- 29,5 % y repensent très souvent (55)

On constate que :

^ la réussite professionnelle est le plus faible dans le premier groupe sachant que le phénomène de dépersonnalisation est le moins fort dans le groupe qui suit le principe de discontinuité (le fait de reparler de son travail à son domicile) et est le plus bas dans le groupe des IDE qui s'empêchent systématiquement de repenser au travail une fois rentré (31)

^ Le phénomène de burn out est moins fréquent chez les IDE qui se comportent selon le phénomène de discontinuité diminuant l'épuisement professionnel et émotionnel (2) (26).

^ A contrario, le fait de cesser de penser au malade après le travail donnerait lieu paradoxalement à une augmentation de l'épuisement professionnel (57).

3 - DESCRIPTION des SERVICES d'URGENCE et de SMUR de MEURTHE-et-MOSELLE

3.1. Présentation

Le réseau d'activité de SAMU et de SMUR de Meurthe-et-Moselle comprend un réseau central de coordination et un réseau périphérique d'effecteurs.

3.1.1. Le réseau central désigné sous le nom de SAMU 54 situé à l'Hôpital Central dont le rôle est lié à une triple fonction :

^ Fonction de régulation (par le centre 15 au SAMU numéro de téléphone 15) des appels téléphoniques urgents ou non en relation étroite avec :

- codes (pompiers numéro de téléphone 18)
- confédération des ambulanciers privés

^ Fonction de SMUR de la ville de Nancy et de son agglomération

^ Fonction de déclenchement des secours (SMUR, VSAB, ambulances privées) des hôpitaux périphériques du département.

3.1.2. Le réseau périphérique qui concerne les hôpitaux périphériques (Briey, Lunéville, Mont-Saint-Martin, Pont-à-Mousson, Toul) désignés par UPATOU directement lié à l'activité et au plateau technique du service des urgences et dont le rôle est double :

^ Fonction d'engagement médicalisé (SMUR) sur les interventions d'urgence déclenché par le SAMU 54

^ Fonction d'accueil et de traitement des patients se présentant aux urgences qui nécessitent des soins d'urgence immédiats ou en différé et qui aboutissent à trois possibilités :

- Soit à une hospitalisation dans le service adapté à la pathologie rencontrée
- Soit à une réorientation en médecine libérale
- Soit à un transfert par manque de place ou d'insuffisance de plateau technique, vers une autre UPATOU ou vers un CHU.

3.2 Description

3.2.1. Réseau Central

Organisé autour du SAMU 54 (exception faite du SAU de l'Hôpital Central), il se définit par :

Centre de régulation (centre 15) :

- 2 médecins par jour ayant pour mission :
 - *régulation des appels du centre 15 du département
 - *départ n° 3 éventuel en VRM
- 1 médecin par jour pour transfert primaire ou secondaire par voie aérienne.
- 2 médecins par jour assurant les départs en VRM 1 et VRM 2 (secondés par des IDE ou/et des résidents de médecine générale) de Nancy et de ses environs.
- SMUR périphérique comportant un médecin SMUR détaché dans chaque UPATOU (Toul, Lunéville, Pont-à-Mousson).

Au total :

6 sorties SMUR en moyenne par jour

1 hélicoptère disponible par jour en fonction des variations météorologiques.

3.2.2. Réseau périphérique

. UPATOU à Mont-Saint-Martin :

– Nombre annuel de passages : 19000

-- Personnel/24 heures :

Jour 2 IDE assurant :

- . Accueil
- . Sorties SMUR avec le médecin

1 IDE de psychiatrie assurant :

- . Accueil psychiatrique
- . Sortie SMUR éventuellement si cas typique de psychiatrie
- . Accueil des autres patients

- 1 AS faisant office de brancardier

- 3 Médecins :

. 2 médecins thésés en 12 heures assurant accueil et SMUR (2 sorties SMUR possibles en même temps) et actes urgents des étages

. 1 résident de médecine générale en 24 heures

Nuit - 1 IDE assurant :

- . Soins
- . Sortie SMUR

- 1 IADE assurant :

- . Sortie SMUR
- . Éventuellement les soins

- 1 AS faisant office de brancardier

- 3 Médecins :

- . Même fonction que la journée pour les 2 médecins thésés

. Le résident de médecine générale assurant les problèmes médicaux des étages de l'établissement.

→ Services. Multidisciplinaire (HGE, pneumologie, médecine interne, cardiologie, néphrologie, dialyse, pédiatrie, maternité, chirurgie abdominale et traumatologie)

Réanimation (15 lits)

→ Astreinte à domicile des médecins pour pédiatrie, réanimation, dialyse, gynécologie, maternité, chirurgie et radiologie)

→ Local soins :

- 1 salle déchoquage (2 lits minimum)
- 4 salles (suture, pédiatrie, examens traumatologie)

→ Local personnel :

- * salle détente au sous-sol comprenant cuisine et salon avec téléviseur
- * salle détente servant également à l'entretien psychologique
- * salle pour les médecins pour rédaction d'ordonnances et accueil des familles.

Total :

- 2 à 3 sorties SMUR en moyenne à 24 heures
- nouveau service d'urgence ouvert en novembre 2000
- nouveau statut des médecins urgentistes et nouvelle organisation des gardes (en 12 heures au lieu de 24 heures).

. UPATOU de Pont-à-Mousson

→ Nombre annuel de passages : 12000

→ Personnel/24 heures :

- Jour - 1 médecin assurant accueil et smur
- 2 IDE assurant accueil (ou 1 IDE + 1 AS)
 - 1 IDE de psychiatrie à UPAM
 - 1 assistant de chirurgie ou de médecine si sortie SMUR

- Nuit - 1 médecin (idem fonction que jour)
- 1 IDE (idem fonction que jour)
 - 1 IDE psychiatrique à UPAM

→ Services : Pas de réanimation

Transfert CHU pour :

- . Pédiatrie (médecine + chirurgie)
- . Maternité
- . Réanimation cardio-respiratoire

→ Astreinte sur place :

- 1 anesthésiste H/24 h + 1 IADE

→ Local soins :

- 1 salle déchoquage à 3 lits

→ Local personnel :

- 1 petite salle détente (5 m x 3 m) servant de self
- 1 salle (4 m x 3 m) pour rédaction courrier
- 1 salle d'attente = couloir

Total :

- 1 sortie SMUR / 24 heures
- travaux d'urgence en cours
 - restrictions des services médecine
 - 2 postes médecin à pourvoir

UPATOU de Lunéville

→ Nombre annuel de passages : 15000

→ Personnel/24 heures :

- Jour - 1 médecin (8 h - 22 h) assurant accueil
- 1 médecin SMUR (SAMU 54) assurant :
 - . SMUR
 - . Éventuellement accueil
 - 2 IDE assurant accueil
 - 1 AS

- Nuit - 1 médecin (22 h - 8 h) assurant accueil
- 1 médecin SMUR (idem fonction que le jour)
 - 1 IDE (idem que le jour)
 - 1 AS

Remarque : l'interne de garde assure les problèmes dans les étages et l'hospitalisation des patients éventuels.

--Services :

- Cardiologie (SIC) : 6 lits
- . Réanimation : 7 lits
- . Maternité, pluridisciplinaire
- . 1 cardiologue de garde
- . 1 gynécologue d'astreinte

→ Local soins : - 1 salle déchoquage (1 à 2 lits maximum)

- 1 salle traumatologie avec :
 - . Amplification de radiologie
 - . Matériel d'anesthésie
- 2 salles permettant les sutures et autres consultations

- Local personnel :- 1 salle détente (20 m²) repas pris au self
 - 1 «comptoir » pour rédaction courrier médical et papiers administratifs

Total :

- 1 sortie SMUR / 24 heures
- 2 médecins temps plein à pourvoir
- pas de travaux pour les urgences dans l'immédiat

UPATOU de Toul

- Nombre annuel de passages : 12000

- Personnel/24 heures :

Jour - 2 IDE assurant accueil (dont 1 d'elle n'était présente que pendant 4 heures)

- 1 médecin temps plein assurant accueil
- 1 médecin temps partiel assurant accueil
- 1 médecin SMUR
- pool de brancardier

Nuit - 1 médecin

- 1 IDE
- 1 médecin SMUR

- Services :

Service maternité, pédiatrie, médecine interne, chirurgie générale

Maternité : 1 anesthésiste H/24 sur plan

Astreinte : pédiatrie, cardiologie, GE, psychiatrie.

- Local soins : - 1 salle déchoquage (1 à 2 lits maximum)
 - 3 salles de soins
 - 1 attente couchée avec 3 lits
 - 1 salle brancard douche

- Local Personnel :- salle détente (5 x 5 m)
 - salle de rédaction médicale (4 x 3 m) pour rédaction de courrier médical et accueil des familles

Total :

1 sortie SMUR/ 24 heures
Manque cruellement de locaux de détente

UPATOU de Briey

→ Nombre annuel de passages : 16000

→ Personnel/24 heures :

Jour - 4 IDE assurant :

- . Accueil
- . SMUR
- . Activité traumatologique (plâtres)
- 2 médecins temps plein assurant :
 - . Accueil
 - . SMUR
- brancardier = pool

Nuit - 2 IDE + 1 AS

- 2 médecins temps plein idem fonction

→ Service multidisciplinaire avec astreinte médicale

Local soins :- 1 salle déchoquage (2 à 3 lits maximum)
- 2 salles soins (suture, traumatologie)

Total

2 sorties smur /24 h

Deuxième partie

Questionnaire et discussion

1 - CONCEPTION ET DISCUSSION DU QUESTIONNAIRE

1.1. Présentation du questionnaire

Ce questionnaire a été proposé aux différentes unités d'urgence de Meurthe-et-Moselle . Strictement de conception personnelle, il tente de mettre en évidence une approche spécifique du stress dans chaque unité d'urgence.

1.1.1. Présentation générale

Ce questionnaire comportant 6 pages (cf. annexes). Les thématiques au nombre de 6 sont numérotées dans l'ordre alphabétique (de A à F). Il est possible de répondre suivant diverses modalités en fonction des questions :

- questions à choix unique (*questions de la rubrique C*)
- questions à choix multiple (question A, question D.1àD.2, question E).

Le questionnaire est construit de la manière suivante :

Page n° 1 : Présentation générale et démarche à suivre pour répondre aux questions :

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Exerçant la profession de médecin des urgences et de smur à l'hôpital de Mont Saint Martin, je réalise actuellement une thèse dont le sujet aborde le phénomène du stress dans les services d'urgence.

Nous y sommes confrontés chaque jour, en toute circonstance .Certaines causes nous paraissent évidentes, d'autres pas.

C'est pourquoi, ce questionnaire personnel et anonyme permettra peut être de trouver d'autres causes et de pouvoir y remédier.

Merci d'avance de votre concours et de faire parvenir le formulaire ci-joint à votre secrétariat ou à votre chef de service.

Schlienger Gilles

Page n° 2 : Eléments de présentation générale de la personne (métier, lieu d'exercice et année d'exercice.....)

Vous êtes : *Homme* *Femme*

- Marié*
- Célibataire*
- Concubin(e)*
- Veuf(ve)*
- Divorcé(e)*
- Remarié(e)*

Nombre d'enfants :

Votre âge :

- De 18 à 30ans
- De 30 à 42 ans
- De 42ans à 54ans
- 54ans et plus

Votre fonction au sein des urgences :

- médecin
- infirmier (ère)
- aide soignant
- autres précisez

Vous exercez au sein des urgences depuis combien de temps ?

- moins de 1an
- de 1 à 5ans
- de 5 à 10 ans
- de 10 à 15ans
- de 15ans à 20ans
- de 20ans et plus

Votre lieu d'exercice au sein des urgences et de smur :

- Nancy
- Toul
- Lunéville
- Pont à Mousson
- Mont st Martin
- Briey

Page n° 3 à n° 6 :

Les rubriques ont été numérotées de A à F de la manière suivante :

Question A :

A) Quelles ont été vos motivations pour intégrer ?

- Travail motivant
- Acquisition d'une compétence en urgence
- Acquisition d'une expérience et de responsabilités
- Non satisfaction dans votre précédent travail
- Travail d'équipe
- Reconnaissance de la profession vis-à-vis de la population
- Motivation financière
- Autres précisez

Cette première question paraissait essentielle car il nous semblait important d'évaluer le niveau de motivation de chacun pour exercer ce type d'activité.

Question B :

B) Quelle est la composition du personnel des urgences ?

- Nombre de médecins*
- Nombres d'infirmiers (ères)*
- Nombre d'aides soignants*
- Autres précisez*

Cette question permettra pour la discussion d'évaluer le problème récurrent des effectifs compte tenu de la charge de travail.

Question C :

C) Quel est le nombre journalier de patients ?

- <20
- 20 à 40
- 40 à 60
- 60 à 80
- 80 à 100
- sup. à 100

Cette question permettait de savoir si les personnes interrogées avaient conscience du volume de leur activité journalière (étude de la disparité des réponses).

Question D :

Cette question centrale aborde la perception de stress pour chacune des personnes interrogée et évalue plusieurs composantes de ce concept :

- Présence d'un sentiment de stress au travail (oui /non)

D) Vous sentez vous stressé sur votre lieu de travail ?

- Non*
- Oui*

- Présence de manifestations somatiques et émotionnelles (item D.1.a à D1.c)

D) *1) Sur le plan professionnel, comment ce stress se manifeste -t-il ?*

a) Au niveau de votre comportement

- Anxiété, angoisse
- Irritabilité envers les patients et les collègues
- Isolement
- Surcharge de travail
- Difficulté de maintenir une qualité de travail
- Autres précisez

b) Au niveau de vos émotions

- Culpabilité de traitements moins adaptés
- Désintérêt de la profession
- Sentiment d'être victime du milieu professionnel
- Baisse de l'estime de soi
- Démotivation
- Autres précisez

c) Au niveau physiologique

Sommeil

- Insomnie
- Hypersomnie
- Sommeil non récupérateur
- Cauchemars

Cœur -Poumon

- tachycardie
- Précordialgies d'effort et /ou de repos
- Dyspnée d'effort et/ou de repos

Abdominal

- Trouble du transit
- Dysphagie
- Douleur épigastrique
- Nausées et/ ou vomissements

Autres

- Sueurs
- Fatigue générale
- Céphalées
- Tremblements
- Perte ou prise de poids

Aspects environnementaux et contextuels

D 2) *Sur le plan de votre environnement de travail*

a) *Locaux pour les patients*

Salle d'attente

- Présence*
- Absence*
- Mauvais agencement*

Salles d'examen

- Quantité insuffisante*
- Agencement*
- Insuffisamment équipées*

b) *Locaux pour vous-mêmes et autres personnels*

Poste central

- Restreint*
- Agencement*
- Autres précisez*

Salle de détente

- Non*
- Oui mais éloigné du poste de travail*
 - Equipement limité :*
 - *Restreinte*
 - *Agencement*
 - *Autres précisez*

c) *Relation avec le personnel de l'établissement*

Personnel des étages

- Dysfonctionnement du système hospitalier*
- Relation conflictuelle*
- Incompréhension du travail effectué*
- Taches ne correspondant pas au travail*

Autorité avec administration et autre

- Demande trop importante de travail*
- Impression du devoir non accompli*
- Impossibilité de justifier ses plaintes*
- Absence de participation dans les décisions du service*
- Manque d'autonomie fonctionnelle*
- Supervision trop importante de l'autorité*
- Autres précisez*

E) Pour lutter contre le stress, quels moyens pensez-vous mettre en œuvre ?

a) Sur le plan personnel

- *Mensonges*
- *Banalisation de la profession*
- *Rires, dérision*
- *Absentéisme*
- *Consommation :*
 - *alcool*
 - *somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs*
- *Thérapie*
- *Idées de suicide*
- *Réintégrer votre propre rôle au sein de votre famille*
- *Pratiquer des activités de loisirs :*
 - *sportives*
 - *vacances*
 - *intellectuelles*
- *Autres précisez*

Cette question permet de faire la synthèse rapide des moyens personnels et professionnels pouvant être mis en œuvre afin de limiter le niveau ou la durée des périodes de stress .

Question F :

F) Si un jour, vous abandonniez les urgences, quelles en seraient les raisons ?

- *Stress trop important*
- *Non reconnaissance de votre travail par votre entourage*
 - *Professionnel*
 - *Familial*
- *Décision personnelle en vue d'une stabilité de votre statut familial*
- *Autre travail moins motivant mais plus stable*
- *Implication trop importante dans votre travail*
- *Sensation du devoir accompli*
- *Angoisse de l'âge et devenir de la profession*
- *Autres précisez*

Cette question, d'une réelle évidence, en signe de conclusion marque néanmoins la difficile position des professionnels quant à leur devenir (au sein ou en dehors de cet environnement stressant). En effet, dans toute profession, il y a un début de carrière, il y a aussi une fin qui se réalise parfois après une « **réorientation professionnelle** » dont nous avons voulu évaluer les composantes principales

Par ailleurs , afin de quantifier les manifestations de stress, nous avons utilisé plusieurs scores composites réalisés à partir du questionnaire :

Le premier score estime le niveau de difficulté de sommeil (tableau 1 ci-dessous)

Le second estime le niveau global de stress ainsi que les différents modalités abordées dans ce travail (à savoir : manifestations somatiques, émotionnelles, relationnelles).

Les Items du niveau de troubles du sommeil se décomposent selon le tableau 1 ci-dessous (score maximum = 4) :

Items	valeur
Insomnie	1
Hypersomnie	1
Sommeil non récupérateur	1
Cauchemars	1

Tableau 1 : Score des troubles du sommeil

Les items du score «niveau global de stress» se répartissent selon le tableau 2 ci-dessous (score maximum = 12) :

Items	valeur
Je me sens anxieux	1
Je me sens irritable	1
Je m'isole du reste de l'équipe, du groupe	1
J'éprouve un sentiment de surcharge de travail	1
Difficulté de maintenir un travail de qualité	1
Autres difficultés relationnelles	1
Culpabilité	1
Désintérêt pour la profession	1
Sentiment d'être victime du milieu professionnel	1
Baisse de l'estime de soi	1
Démotivation	1
Autres difficultés émotionnelles	1

Tableau 2 : Score global de stress

Nous avons également évalué l'expression d'une demande d'aide à l'aide du score dont la composition est détaillée dans le tableau 3 ci-dessous (maximum = 5)

Items	valeur
Souhaite intégrer groupe de gestion du stress	1
Souhaite intégrer un groupe de parole	1
Demande la création d'une cellule de crise	1
Souhaite un (des) entretiens individuels	1
Autre type de demande d'aide	1

Tableau 3 : Score de demande d'aide

1.1.2. Modalités de diffusions du questionnaire

Chacun des questionnaires a été remis à chaque cadre infirmier ou médecin chef des urgences des différents SAU et UPATOU de Meurthe-et-Moselle qui ont été chargés à la fois de la distribution et de la récupération des questionnaires. Le personnel choisi dans les services d'urgence concerne tous les soignants participant à l'activité de la structure d'urgence :

- Profession médicale

- * Médecins thésés (« séniors »)
- * Etudiant résident de médecine générale
- * Interne de spécialité

- Profession paramédicale

- * Infirmières et étudiantes infirmières
- * Aides-soignants
- * Infirmière psychiatrique

1.2. Méthodologie d'analyse des données recueillies

Afin de quantifier et /ou d'analyser les facteurs influençant le plus les manifestations de stress retrouvées, nous avons utilisé les tests statistiques suivants :

1.2.1 : Etudes de corrélation : quand il s'agissait de valeurs numériques quantitatives (ex : score de stress ou age versus score de difficultés de sommeil et/ou score de demande d'aide)

1.2.2 : Tests non paramétriques pour les variables qualitatives croisées avec des variables quantitatives en fonction du nombre d'items de réponses

Test de Wilcoxon si deux groupes indépendants ex : hommes /femmes versus niveau de stress.

Test de Kruskal et Wallis si plus de deux groupes (ex : catégorie professionnelle ou site de travail versus score de stress) : la valeur seuil de significativité de p est de 0.05 pour un intervalle de confiance à 95 %.

2 - RESULTATS

Nous avons distribué 300 questionnaires, 150 nous ont été retournés (50%) dont 62 étaient exploitables (41 %).

2.1 Résultats descriptifs

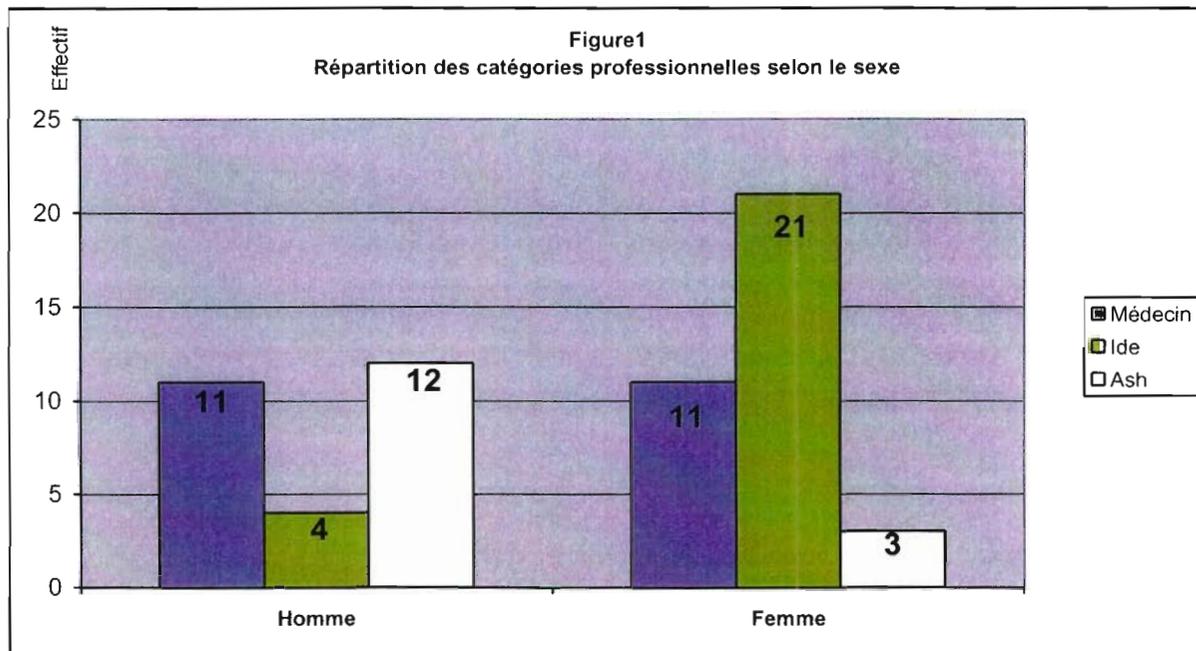
2.1.1. Population générale

La population se répartit de la manière suivante : 27 hommes (44%) et 35 femmes (56 %) soit un sexe ratio de 0,77.

L'âge moyen est de 31.5 ans \pm 2ans. Il s'agit donc d'une population jeune ayant toutefois en moyenne 3 années d'expérience professionnelle.

La grande majorité s'estime stressée (52/62 soit 84%). On note une plus forte proportion de personnes s'estimant stressées chez les femmes (n=32/35 soit 92%) que chez les hommes (n = 20/27 soit 74 %)

La répartition selon les catégories professionnelles retrouve une nette prédominance des femmes dans le groupe des infirmières, un équilibre dans le groupe des médecins et une prédominance masculine dans le groupe des aides –soignants. (figure 1)



2.1.2. Étude de la population féminine

Nous retrouvons une répartition selon les classes d'âge en trois modes principaux :

- Moins de 30 ans (26 %),
- Majorité d'âge moyen entre 30 et 42ans (54 %)
- Plus de 42 ans (20%)

Une majeure partie d'entre elles sont des femmes mariées (57%), les autres situations se répartissant ainsi :

- Célibataires (17 %, n= 6)
- En concubinage (14%, n = 5)
- Divorcées (11%, n = 4)

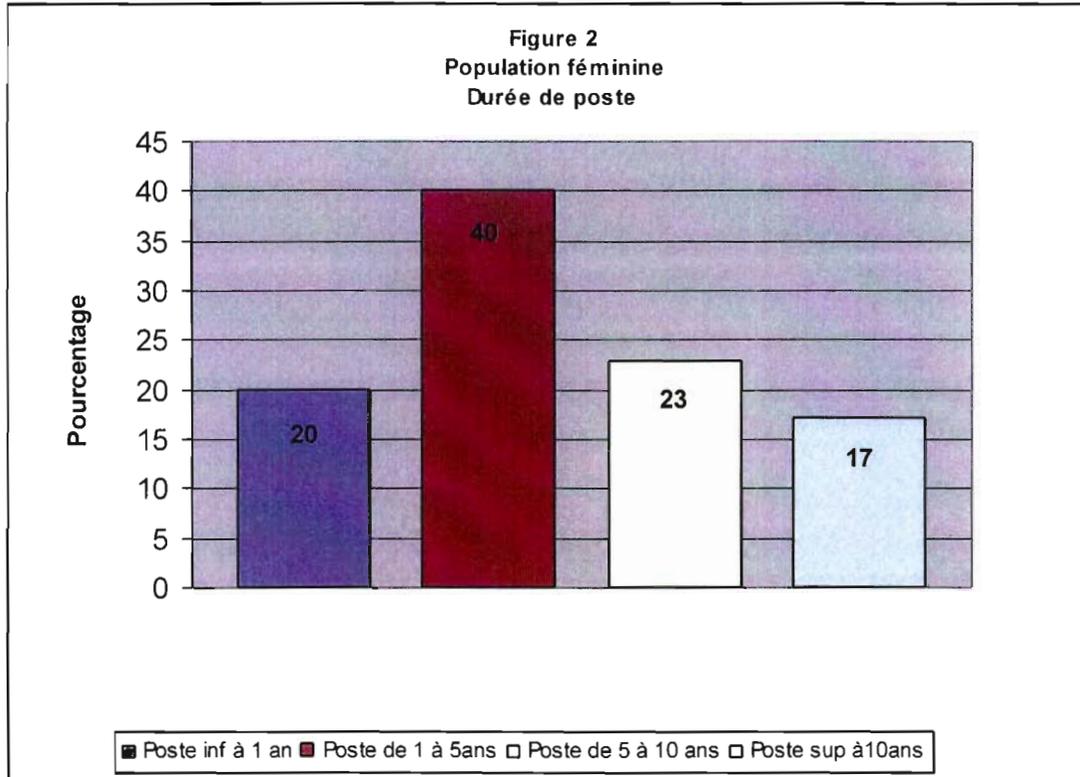
Leur expérience professionnelle se répartit de la façon suivante selon la figure ci-dessous

- 20% pour un poste depuis moins d'un an,
- 40 % pour un poste de 1à 5 ans
- 23 % pour une ancienneté de 5à 10 ans

-17% ont plus de 10 ans d'ancienneté (3% = plus de 20 et 14% de 10 à 15 ans)

On constate donc une faible proportion des personnes ayant une ancienneté supérieure ou égale à 10 ans.

La majeure partie d'entre elles exerce une profession de soignant « paramédical » mais la proportion des médecins est tout de même de 31%.



2.1.3. Étude de la population masculine

Les tranches d'âge se répartissent de la façon suivante :

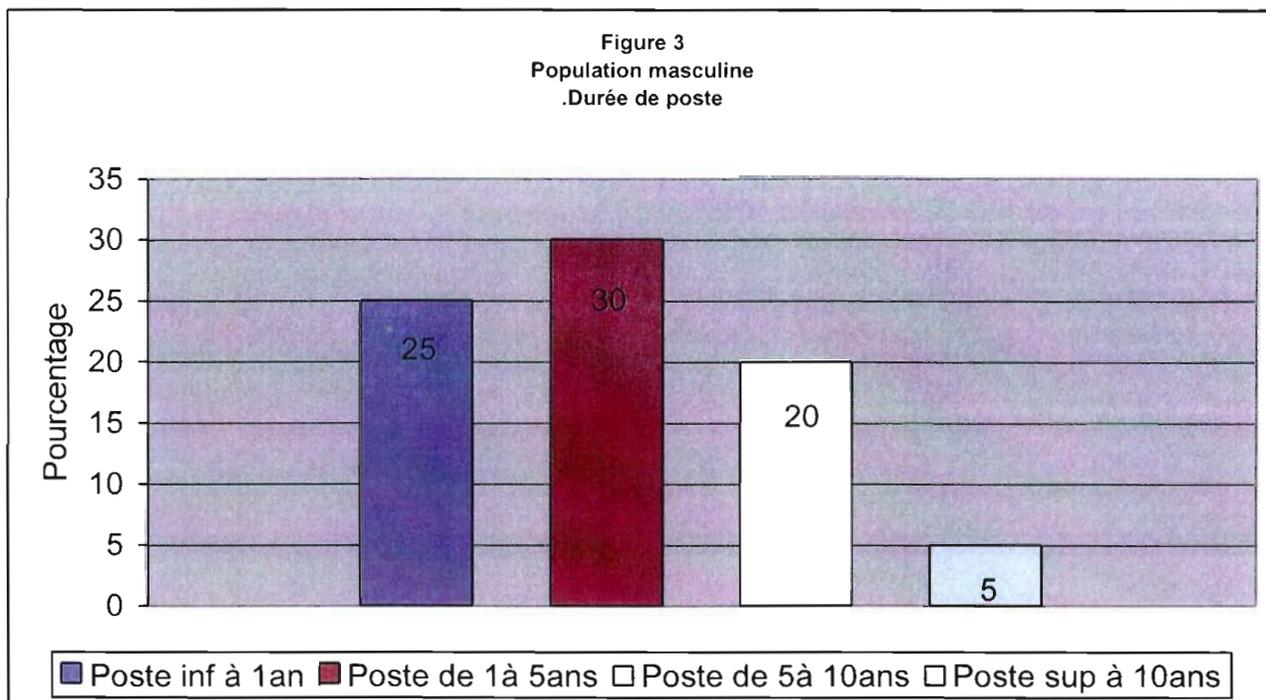
- Moins de 30 ans (7%)
- De 30 à 40 ans (56%)
- Sup. à 40ans (37%)

Il existe une majorité d'hommes mariés (63 %), le reste se répartissant de la manière suivante :

- Concubinage (22 %)
- Célibataires (15, %)

- 25% pour un poste inf à 1an
- 30% pour un poste de 1à5ans
- 20% pour un poste de 5à10ans
- 5% pour un poste sup. à 10ans

Cette répartition est présentée dans le graphique ci –dessous :



Question A : Motivations pour intégrer le service des urgences

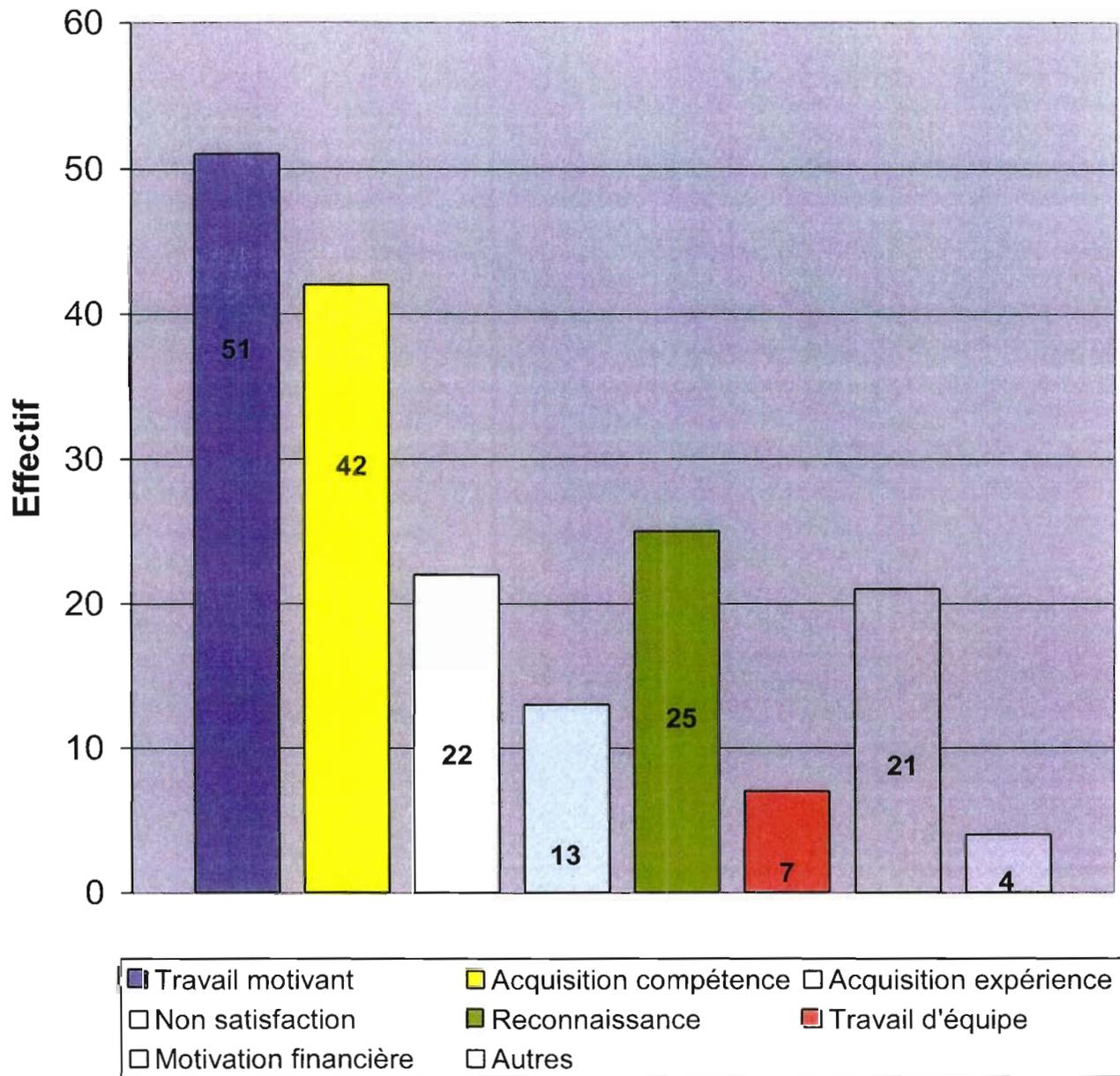
Cette question reflète que la plupart (51/62 soit 82%) des soignants qui ont intégré le service a exprimé leur forte motivation pour travailler dans ce type de services.

Ils attendent également de pouvoir progresser et acquérir une forte compétence professionnelle pour 67 % d'entre eux, ce qui nous paraît être une reconnaissance implicite de leurs éventuelles insuffisances et/ou manque d'expérience dans ce domaine précis.

Par ailleurs, les notions de travail en équipe et d'exercice de responsabilité sont également des facteurs importants d'intégration d'un service d'urgence et correspondent à des valeurs positives attendues dans le cadre de leur exercice professionnel (respectivement 40 et 32%).

Il faut noter qu'une partie non négligeable (13/62 soit 21%) se retrouve aux urgences après un échec professionnel relatif.

Figure 4
QuestionA
Motivations pour intégrer



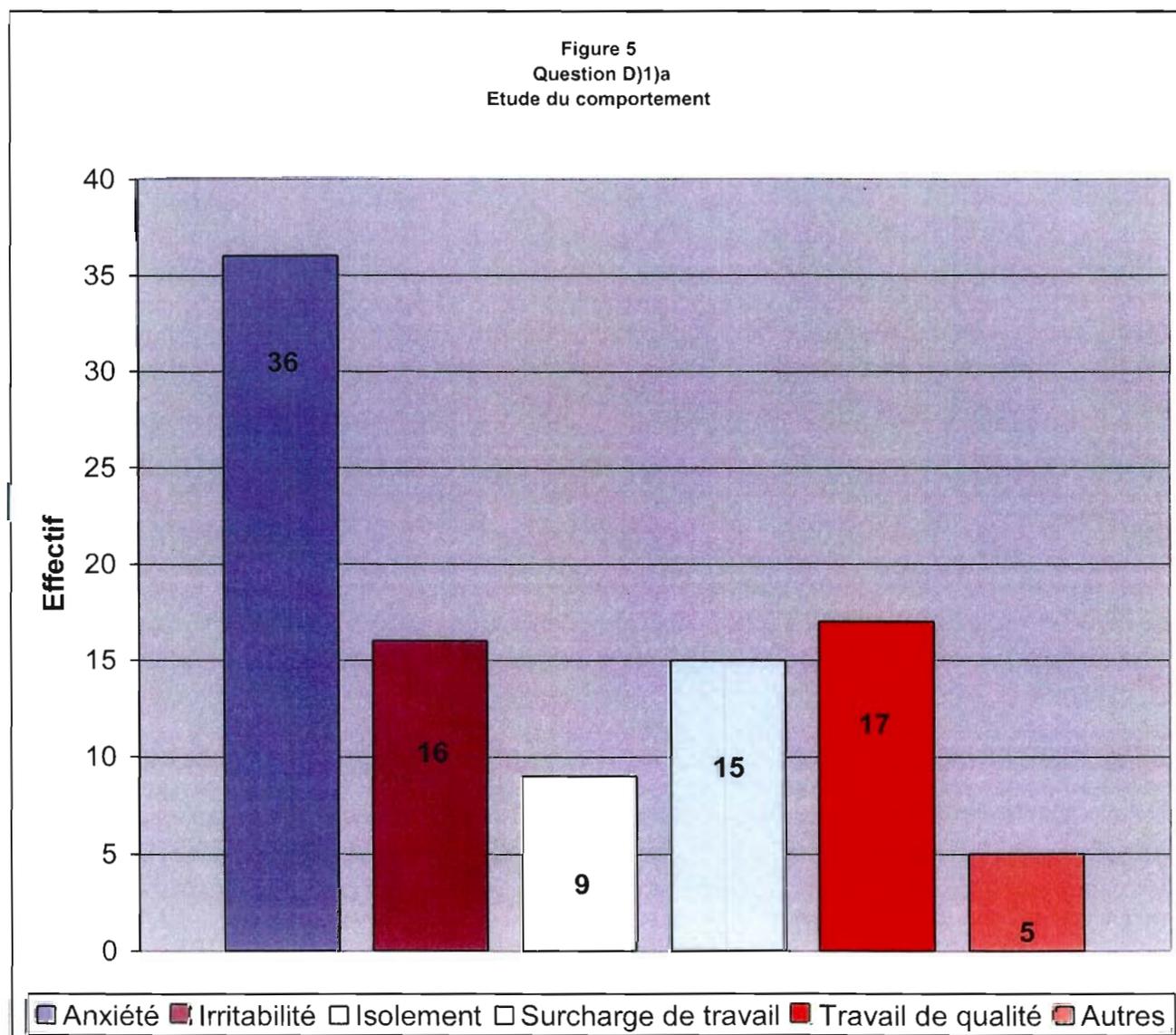
2.3. Principales modalités du stress

Question D)1)a : Etude du comportement

Le personnel soignant ressent assez la plupart du temps de l'angoisse, de l'anxiété (36/52, 69%). Il se trouve peu compétent, voire en situation d'échec.

La grande majorité s'estime stressée (52/62 soit 84%).

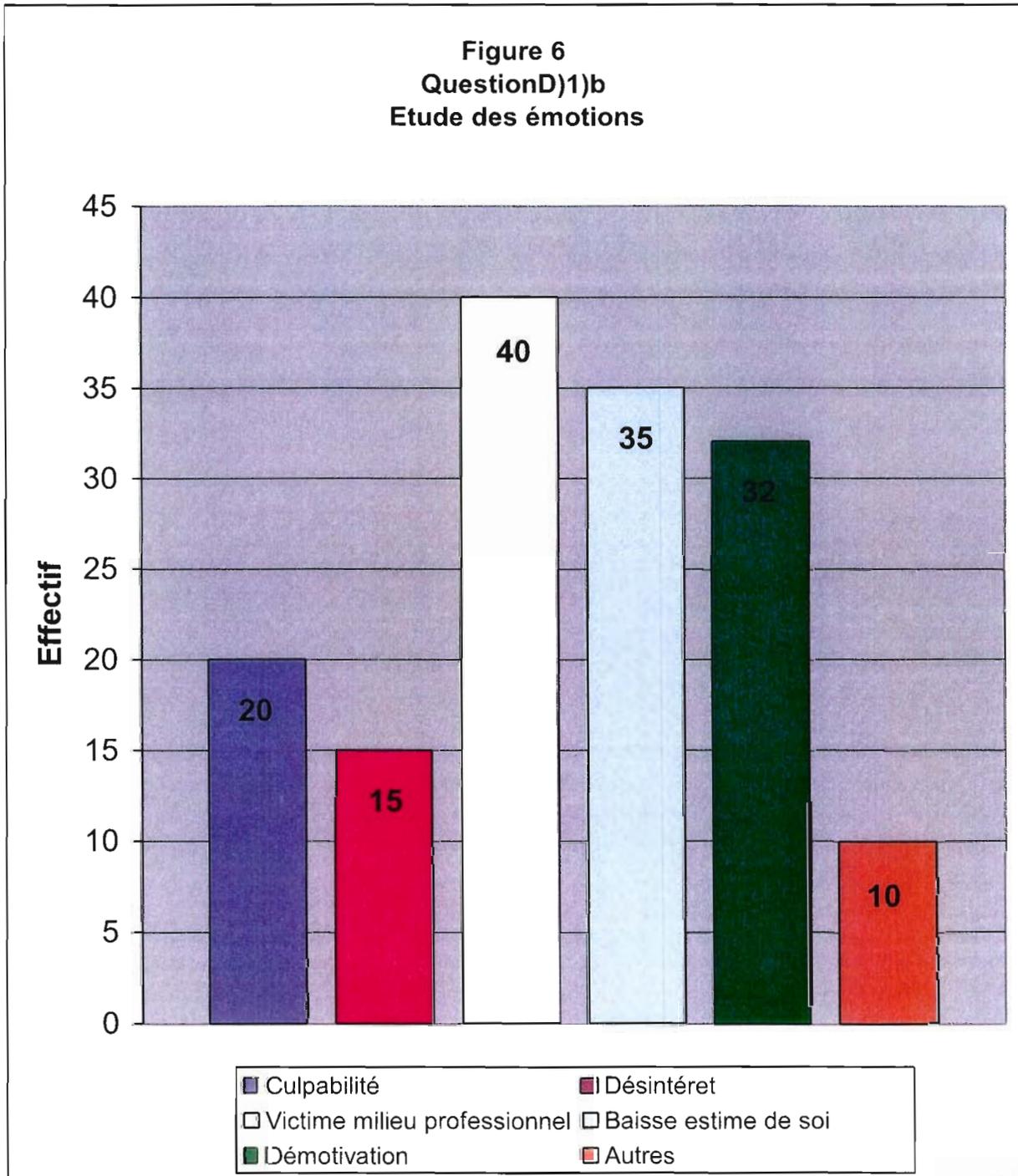
On note un fort pourcentage chez les femmes (n=32/35 soit 92%) que chez les hommes (n = 20/27 soit 74 %)



Question D)1) b : Etude des émotions

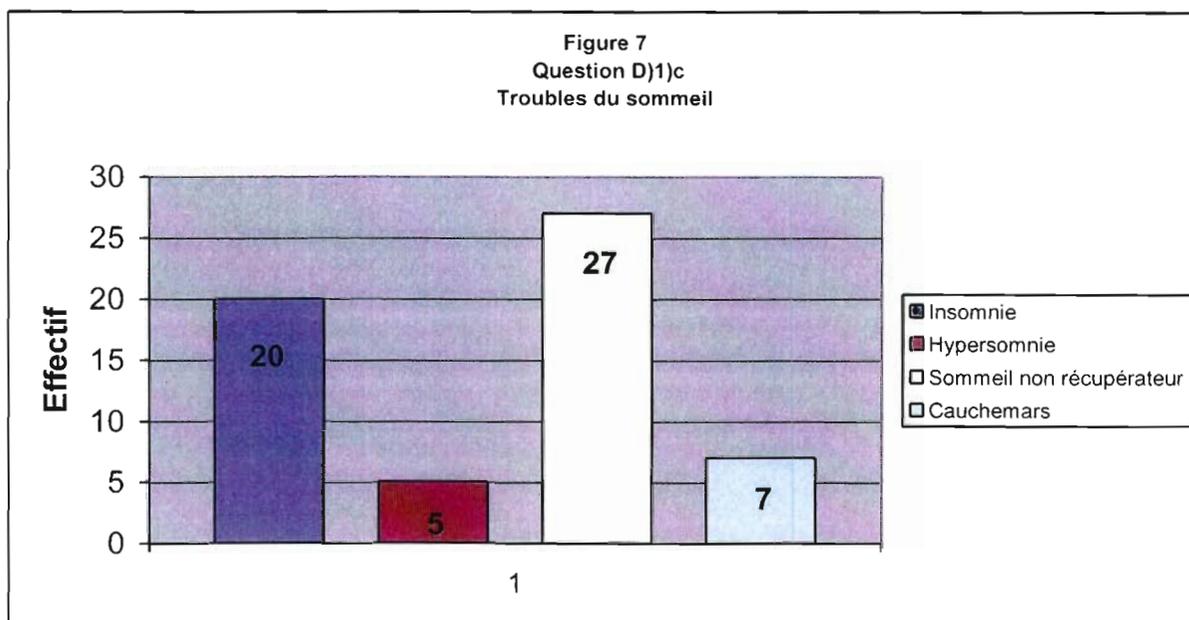
Le personnel est décrit (40/52 soit 78%) comme une « victime du milieu professionnel » car se situant au centre de l'hôpital, il palie aux insuffisances des services, et de la médecine libérale.

Ces données se confondent avec les difficultés actuelles en matière de permanence des soins, exprimées par les patients et leur entourage.



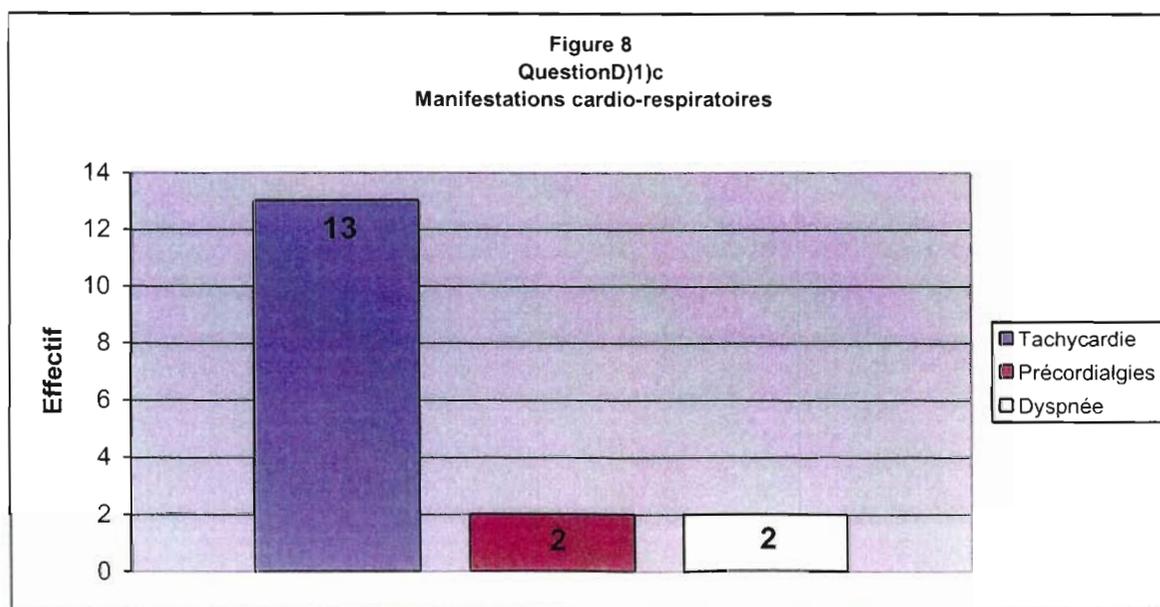
Question D.1.c : Qualité du sommeil

Il apparaît que les troubles présentés sont surtout dans le registre des carences en sommeil (qualitatives et quantitatives) Ces manifestations sont très fréquentes (62/62 soit au moins une fois pour chaque personne)



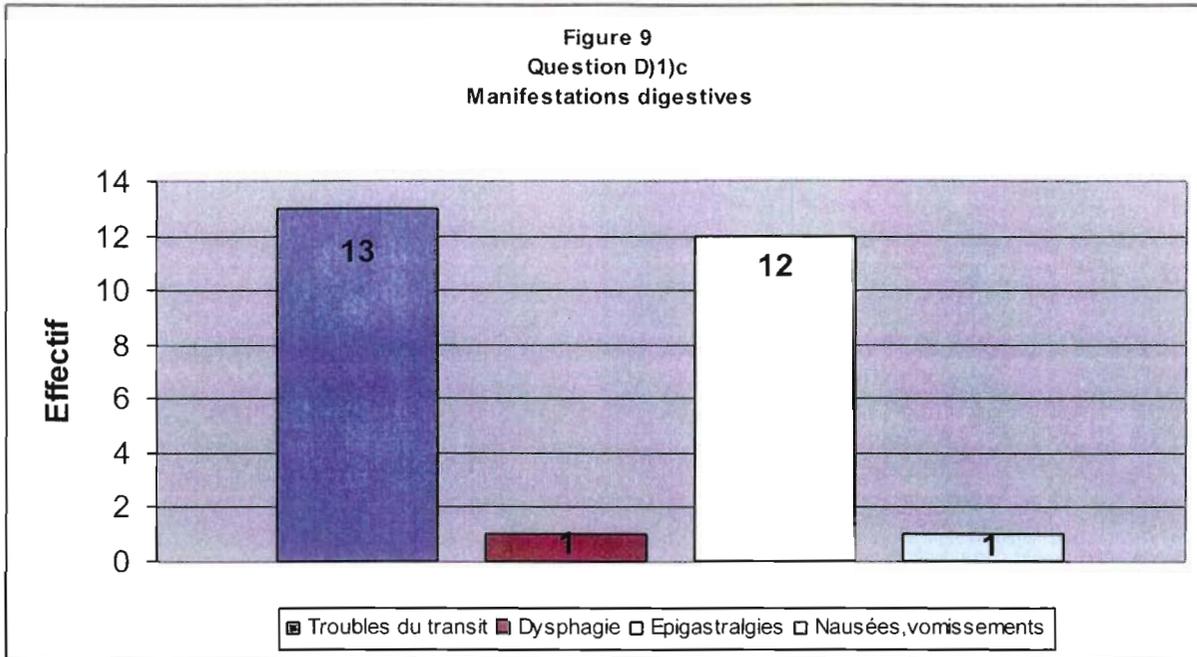
Question D.1.c : Manifestations cardio – respiratoires

La présence d'une tachycardie (fig 8) est l'élément somatique le plus souvent perçu de la sphère cardio-respiratoire. Paradoxalement, ces manifestations sont assez peu ressenties (17/52 soit 33 %).



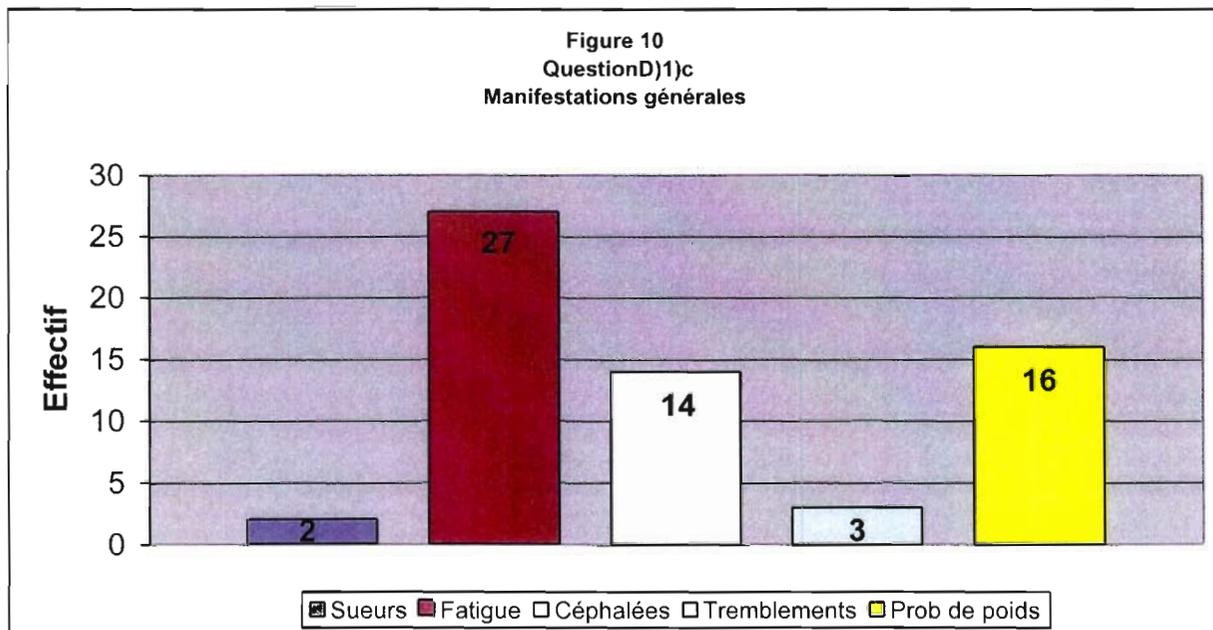
Question D.1.C : Manifestations digestives

Les troubles digestifs sont fréquents (27/52 soit 52 %). principalement représentés par l'accélération du transit et les douleurs épigastriques.



Question D.1.C : Manifestations générales

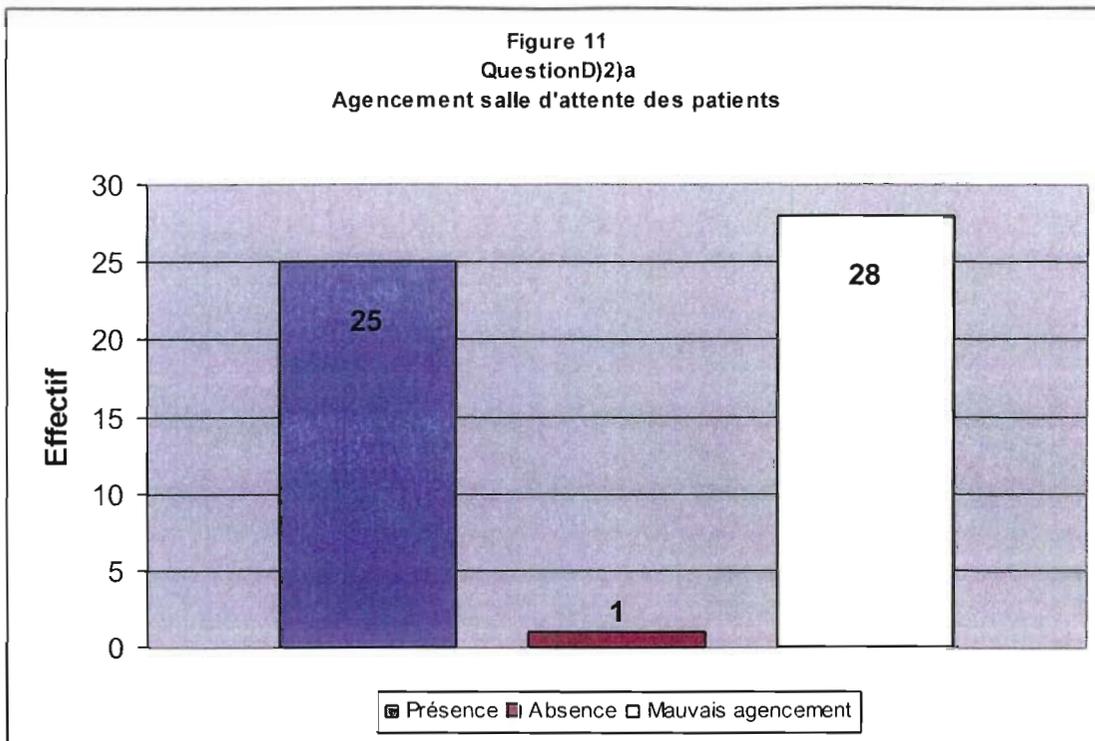
On retrouve de manière fréquente (43/52 soit 83%) des manifestations non spécifiques perçues comme liées au niveau de stress.



2.3. Liens avec l'organisation du service :

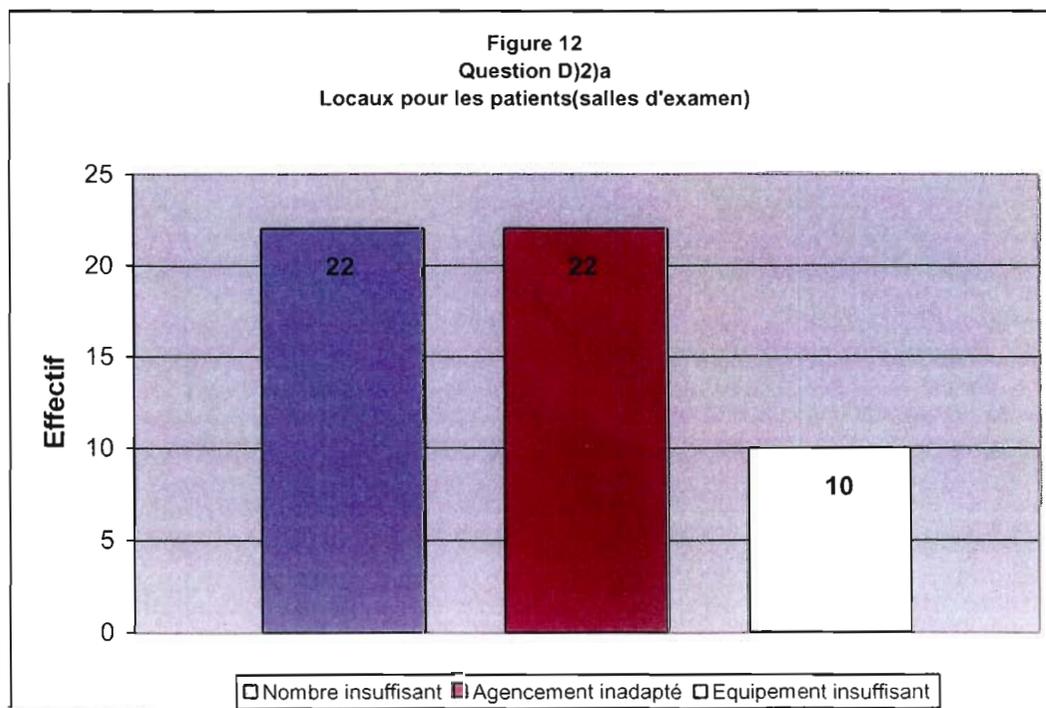
Question D.2.a : Locaux pour les patients (salle d'attente)

Les locaux d'attente pour les patients sont souvent prévus (25/52 soit 48 %) mais constamment jugés comme inadaptés par le personnel.



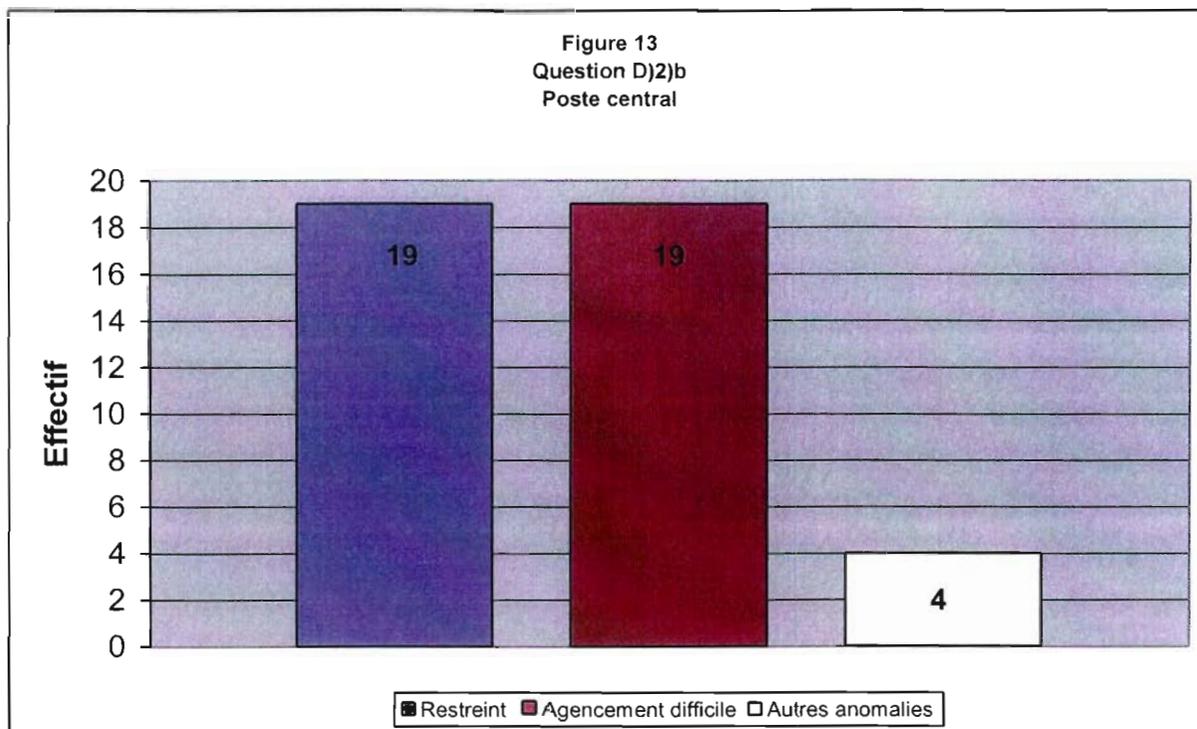
Question D.2.a Locaux pour les patients (salles d'examen)

Les salles d'examen sont, là aussi, considérées comme inadaptées pour la pratique d'un examen médical correct en situation d'urgence



Question D.2.b. : Etude des locaux pour l'équipe médicale et paramédicale (poste central)

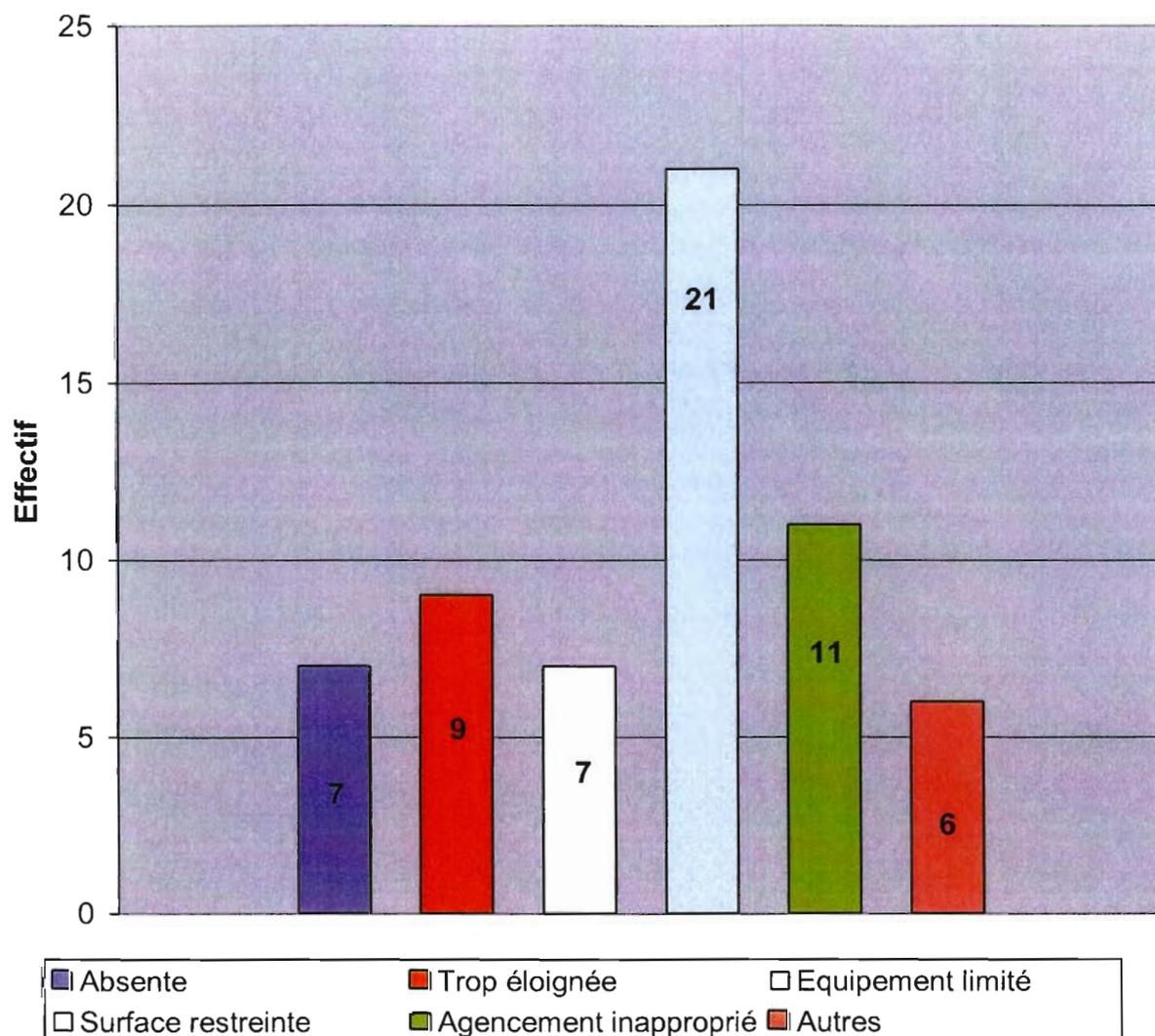
Pour un tiers des cas, l'architecture et l'environnement de travail sont perçus comme source de difficulté pouvant engendrer des manifestations de stress (19/52 soit 36% des cas).



Question D.2.b : Locaux pour vous-mêmes (salle de détente)

Dans la grande majorité des cas (83 %) un local de « détente » existe » mais il est jugé comme insuffisant (notamment trop petit dans 21/ 52 soit 40 %).

Figure14
Question D)2)b
Salle de détente



2.4. Relations avec l'environnement extérieur au service

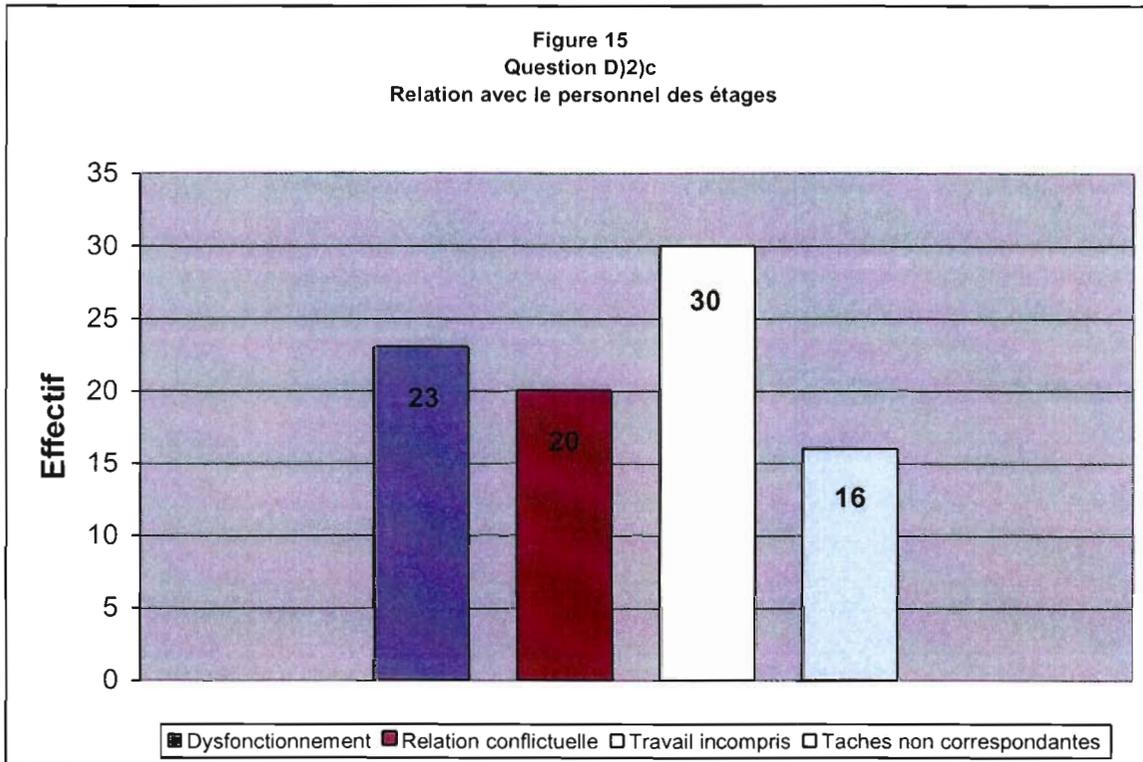
Une série de questions porte sur la perception par les équipes d'urgence de leur relation avec le reste de l'établissement (autres services et hiérarchie médico-administrative)

Question D.2.c Relation avec le personnel de l'établissement (personnel des étages)

Assez souvent (23/52 soit 44 %), l'organisation de l'hôpital n'est pas pensée pour une prise en charge optimale d'une activité de soins d'urgences (30/52 soit 58 %).

Celle-ci rendant la difficile tâche de faire accepter au plus grand nombre de personnes (extérieures ou non à l'établissement), la nécessité évidente du travail des services d'urgences.

Cela pose notamment la question des procédures standardisées de prise en charge à l'échelon d'un établissement La connaissance du rôle de chaque acteur et l'évaluation des prises en charges doivent être parfaitement déterminées.

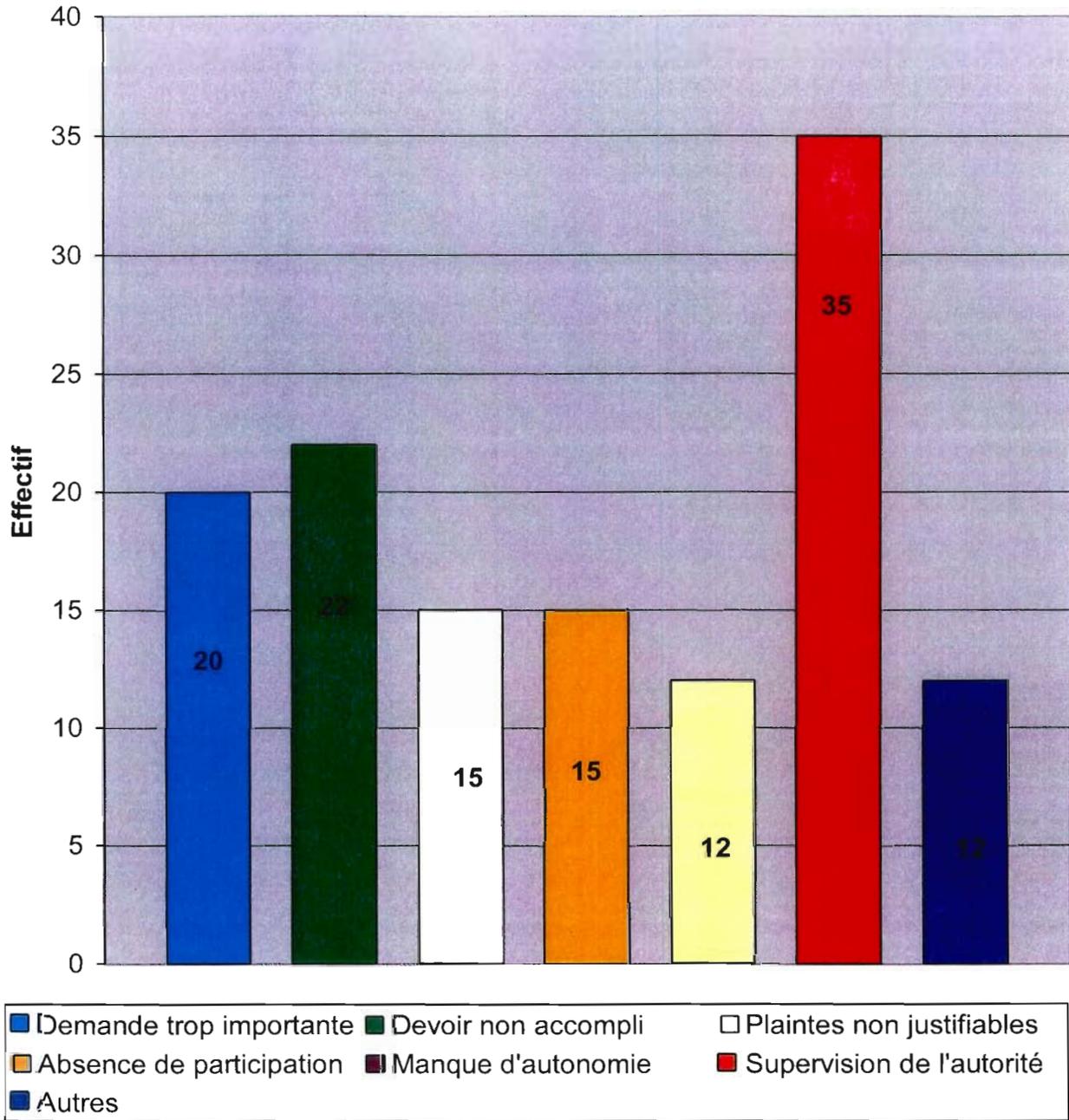


Question D.2.c Relation avec la hiérarchie

La supervision excessive de la hiérarchie est le sentiment prédominant : celle-ci est souvent vécue comme inappropriée à l'égard de la charge de travail, des problèmes d'effectifs, du nombre croissant de patients.

Il semble exister parfois un sentiment de manque de participation à la chaîne de décision (12/52 soit 23 %) concernant l'organisation du service : celle-ci ne pouvant être optimale sans une certaine autonomie de fonctionnement (11/52 soit 21%).

Figure16
Question D2)c
Relation avec hiérarchie



2.5 Etude des conduites à tenir face au stress

Face au stress, le personnel va mettre en place, spontanément, un certain nombre de solutions

A court terme(Question)2)d) :le soignant se sert du stress comme d'un allié(30/52 soit 58%) lui procurant une relative maîtrise des gestes d'urgence dans les situations dramatiques. La figure ci-dessous le représente :

Figure17
QuestionD)2)d
Lors et pendant l'intervention smur

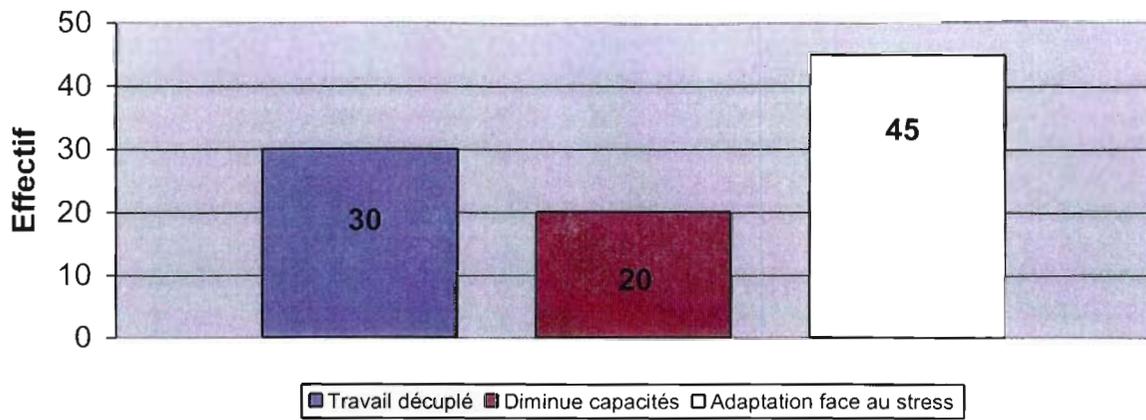
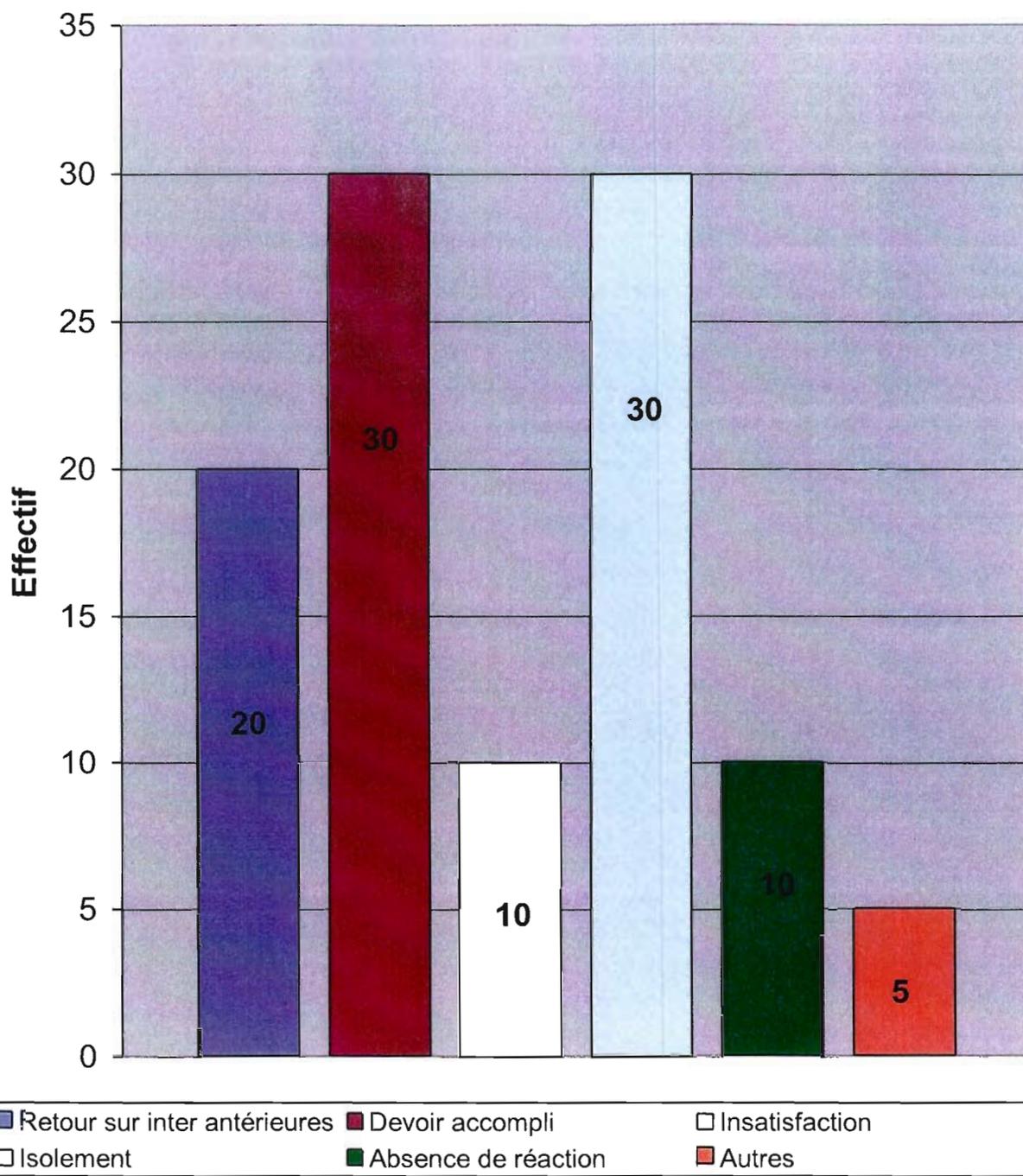


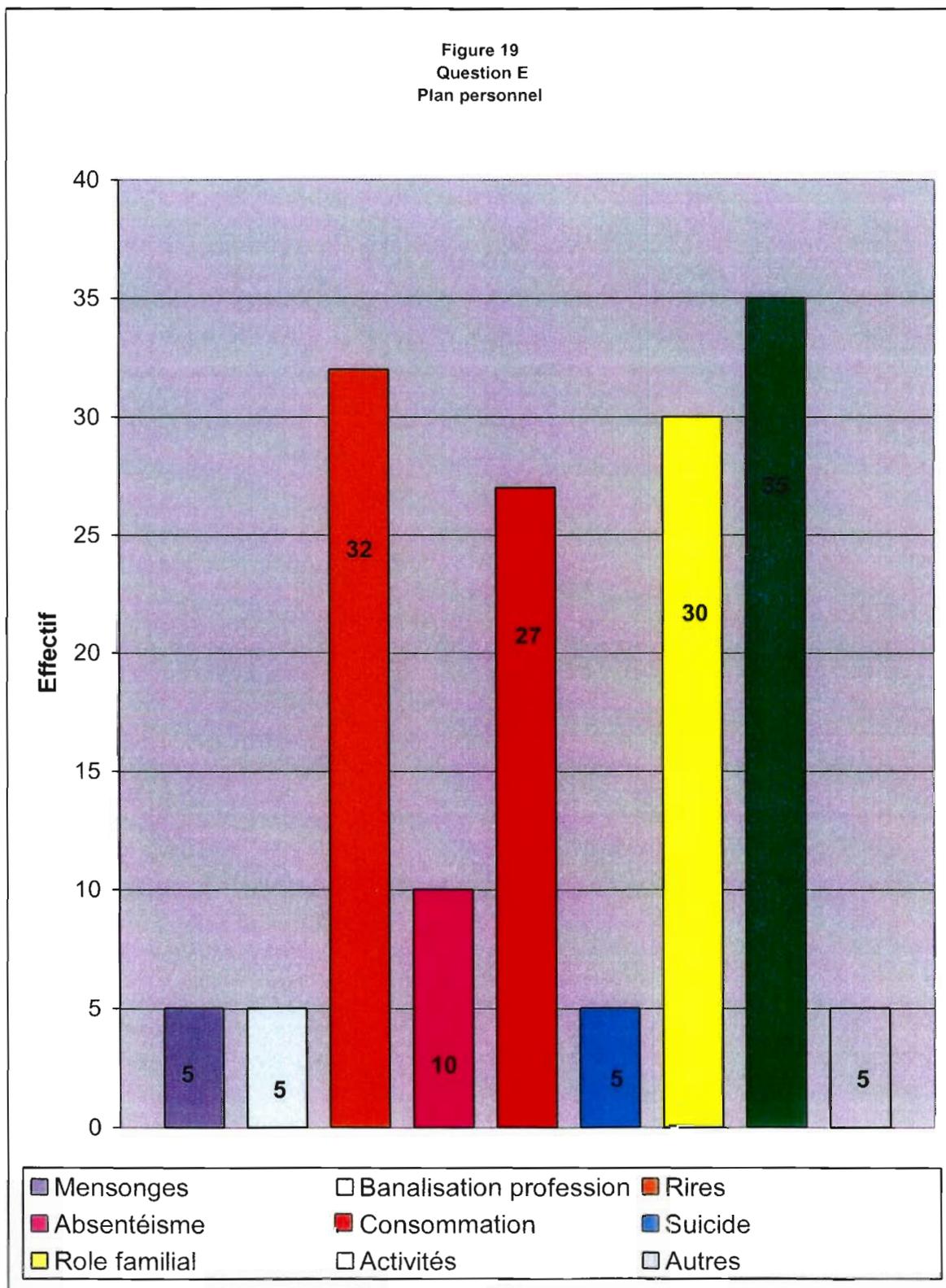
Figure18
Question D)2)d
En retour d'intervention



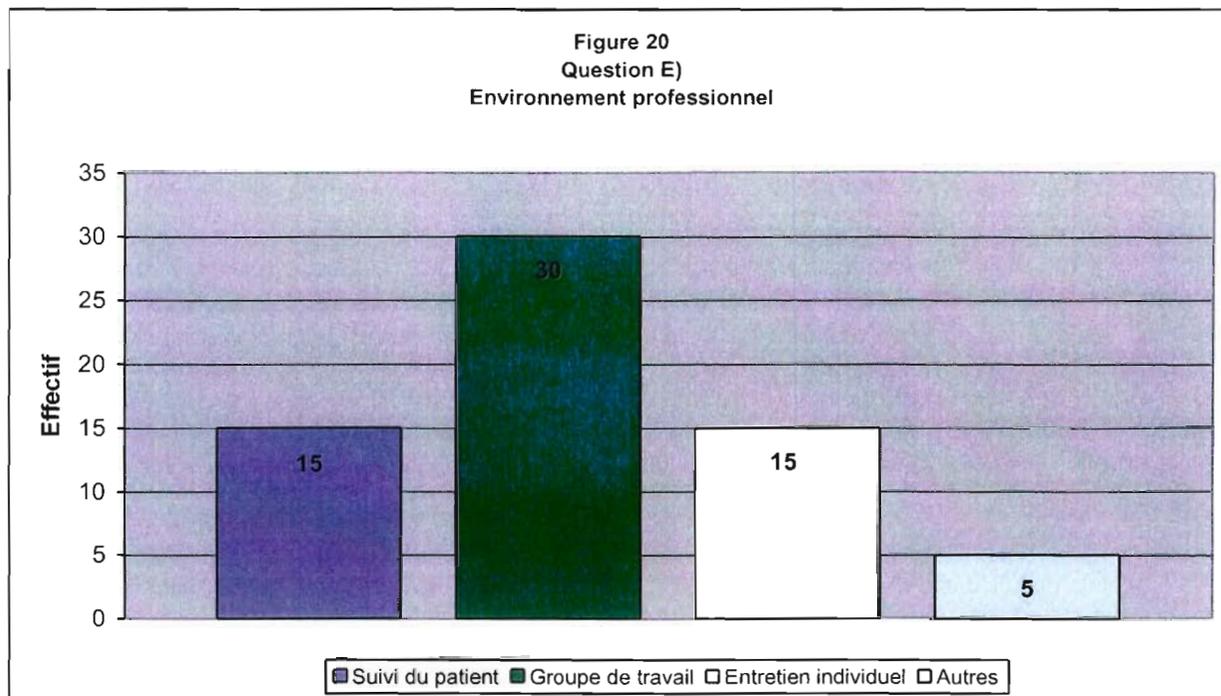
Le soignant a besoin d'un moment d'isolement. Il correspond souvent à l'intensité de l'intervention (exemple de l'accident de l'enfant).

Cependant, nous n'avons pas inclus dans ce questionnaire la notion de stress lié à la relation avec le patient, ou sa situation.

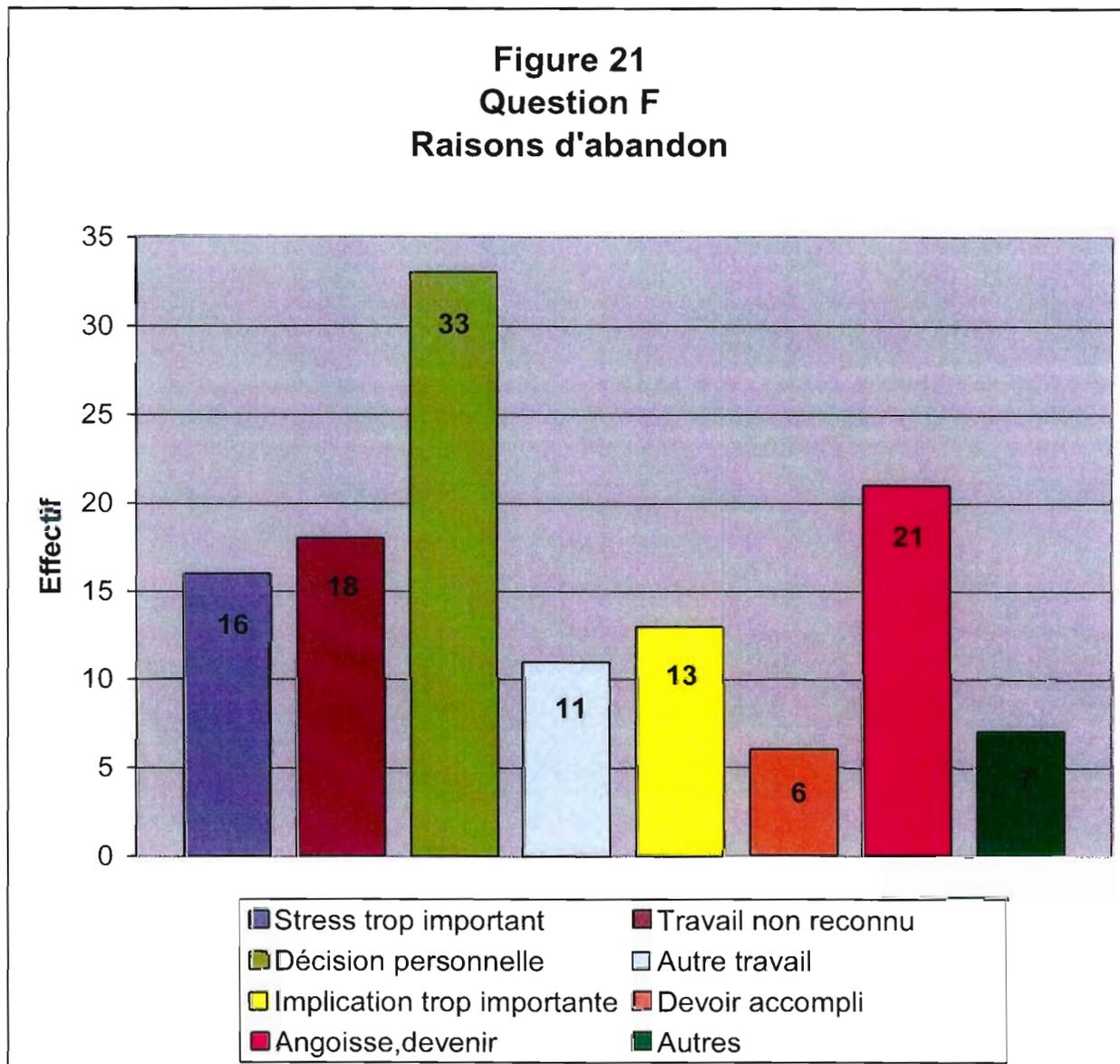
A moyen terme : cette solution est suggérée par la question E (sur le plan personnel) : **Le rire** (plaisanteries, dérision ...) fait partie des solutions (32/52 soit 61 %) les plus fréquemment adoptées, y compris à distance de la situation d'exposition. Néanmoins, que **l'alcool et/ou les hypnotiques** (27/52 soit 52%) appartient aux modalités **de « gestion du stress »** fréquemment retrouvées (en troisième position avec 27/52 soit 52 % des cas).



Enfin, la gestion collective du stress (question E) est formulée (30/52 soit 58%) par la volonté de mettre en place des groupes de travail. Ceci est illustré par la figure 20 ci-dessous :



Effectivement, la réorientation professionnelle est un sujet important dans tous les domaines d'activité, et plus particulièrement au sein de structures d'urgence où le « turn-over » est court.



2.6. Modalités du stress exprimé, analyses de variance.

2.6.1 Mise en place d'indicateurs

Les résultats de ce questionnaire montrent qu'une majorité des personnes interrogées s'estiment stressées dans le cadre de leur travail (52/62 soit 83 %). Nous allons approfondir pour denommer les principaux facteurs responsables, présents lors des situations de stress.

Pour cela, nous avons utilisé une série d'indicateurs combinés dans une étude statistique. Celle-ci s'établit par :

- Soit des réponses binaires (êtes vous stressés oui/non ?)
- Soit des indicateurs composites (utilisant les différentes rubriques du questionnaire) au nombre de trois :

1) L'indicateur "Manifestations somatiques" est composé des regroupements suivants :

- * « Cardiologiques » : tachycardie, palpitations
- * « Digestives » : dysphagie, douleurs épigastriques, nausées, vomissements.....
- * « Générales » : fatigue, sueurs,

il est représenté par le tableau suivant:

Indicateur calculé des manifestations somatiques (tableau 1)

Symptôme cardio-respiratoire	valeur	Symptôme digestif	valeur	Symptôme non spécifique	valeur	TOTAL SCORE
Tachycardie	1	Transit	1	Sueurs	1	
Précordialgie	1	Dysphagie	1	Fatigue générale	1	
Dyspnée	1	Epigastre	1	Céphalées	1	
		Nausées	1	Tremblements	1	
		Vomissement		Variation poids	1	
Total « cardio »	3	Total digestif	4	Total non spécifique	5	.../12

2) L'indicateur "Troubles du sommeil" est composé des items suivants :

- * « L'insomnie »

- * « L'hypersomnie»
- * « Le sommeil non récupérateur»
- * « Les cauchemars»

Items	valeur
Insomnie	1
Hypersomnie	1
Sommeil non récupérateur	1
Cauchemars	1

Tableau 2 : Score des troubles du sommeil

3) L'indicateur "Difficultés comportementales et relationnelles" est composé par

*«La relation avec la hiérarchie» : la demande trop importante en terme de charge de travail, le manque d'autonomie, l'absence de soutien en cas de difficultés telles que les plaintes

* «La relation avec l'aval» : la non reconnaissance du travail effectué, les relations conflictuelles...

* «Les attitudes d'isolement et de retrait du groupe»

Items	Valeur
Dysfonctionnement syst hosp	1
Relation conflictuelle	1
Incompréhension du travail	1
Taches non correspondantes	1
Demande trop importante	1
Devoir non accompli	1
Plaintes	1
Manque de participation	1
Manque d'autonomie	1
Supervision de l'autorité	1

Tableau 3 Difficultés comportementales et relationnelles

Le score combiné de ces rubriques définit le « **Score de Stress** » en additionnant chaque colonne (1 point par réponse positive)

Items	valeur
-------	--------

Je me sens anxieux	1
Je me sens irritable	1
Je m'isole du reste de l'équipe, du groupe	1
J'éprouve un sentiment de surcharge de travail	1
Difficulté de maintenir un travail de qualité	1
Autres difficultés relationnelles	1
Culpabilité	1
Désintérêt pour la profession	1
Sentiment d'être victime du milieu professionnel	1
Baisse de l'estime de soi	1
Démotivation	1
Autres difficultés émotionnelles	1

Tableau 4 : Score de stress

Le niveau moyen de stress combiné retrouvé est de (9,45 /12) avec une médiane à 10 , un écart type de 1.83 .On démontre que le stress, si présent, est à un niveau assez élevé, dans le cadre de l'activité professionnelle de cet échantillon de soignants (médecins infirmières,aides soignants) , issu de plusieurs sites.

Si l'on effectue une étude de corrélation entre le fait de répondre « oui » à cet item et le niveau de stress combiné (test Wilcoxon), on retrouve un lien statistiquement significatif ($p = 0.00000242$; IC 95 %) , admettant que ce score traduit de manière assez fidèle le niveau de stress perçu.

La valeur moyenne du score de demande d'aide et/ou de soutien est de 1.1 sur 5 chiffre paraissant peu important compte tenu de la fréquence du stress perçu.

Souhaite intégrer groupe de gestion du stress	1
Souhaite intégrer un groupe de parole	1
Demande la création d'une cellule de crise	1
Souhaite un (des) entretiens individuels	1
Autre type de demande d'aide	1

Tableau 5 : Score de demande d'aide

L'absence de corrélation entre le niveau de stress perçu et la demande d'aide formulée ($r = - 0.009$ avec $p= 0.54$) nous laisse penser qu'il existe une sous estimation du niveau de difficulté et de la nécessité d'un soutien des personnes interrogées.

De même, en intégrant les difficultés de sommeil en tant qu'indicateur de stress , nous avons trouvé une corrélation positive significative entre le score de difficulté de

sommeil et le score de stress perçu alors que les items composant ces scores sont indépendants ($r= 0.43$ pour le coefficient de corrélation de rang de Spearman avec $p = 0.001$).

2.6.2 Modalités selon le sexe.

Il n'existe pas de différence, statistiquement significative ($p=0.506$ au test Wilcoxon), entre le niveau de stress et la répartition hommes-femmes de cet échantillon. Egalement, il n'est pas retrouvé de lien entre les modalités du stress exprimé en fonction du sexe

La présence de la composante émotionnelle ($p= 0.064$), troubles du sommeil ($p = 0.128$), manifestations somatiques ($p= 0.96$) n'est pas liée au sexe.

De la même façon, il n'y a pas de différence ($p= 0.72$), entre les deux sexes, pour la composante « difficultés avec la hiérarchie »

Il n'apparaît pas de différence entre les hommes et les femmes de notre échantillon en matière de stress perçu et exprimé.

2.6.3 Modalités selon la catégorie professionnelle.

Il ne semble pas exister d'influence majeure ($p= 0.84$) entre la catégorie professionnelle (Chi Deux de Kruskal-Wallis à deux degrés de liberté est égal à 0.349) avec les catégories égales de médecins, infirmiers, aides soignants.

Egalement, la composante émotionnelle ($p=0.89$), les attitudes d'isolement, de retrait ($p= 0.084$), les difficultés avec la hiérarchie ($p= 0.71$) les manifestations somatiques ($p=0.563$) ne sont pas liées à la catégorie professionnelle.

Seule la présence de troubles du sommeil paraît plus marquée selon la catégorie professionnelle considérée ($p= 0.049$).

2.6.4 Modalités selon l'âge

L'étude des modalités et du niveau de stress ne retrouve pas de différence sur l'âge (regroupement par tranches) des personnes auditées. (Le Chi Deux de Kruskal-Wallis à cinq degrés de liberté est égal à 5.52 avec p égal 0.355).

Nous avons également constaté que l'âge n'influence ni le niveau de stress, ni la difficulté perçue indépendamment des autres facteurs (tels que l'ancienneté dans la profession, le site, la catégorie professionnelle...)

2.6.5 Modalités selon l'ancienneté

L'étude des réponses apportées montre que l'ancienneté n'est pas directement corrélée au niveau de stress exprimé pour l'échantillon étudié (Le Chi Deux de Kruskal-Wallis à cinq degrés de liberté est égal à 4.57 avec p égal à 0.47.)

Cela va à l'encontre des théories faisant état de la notion de stress « **cumulatif** », source accrue de Burn Out avec l'ancienneté dans la profession. Il serait intéressant de poursuivre cette analyse dans ce domaine, celui-ci n'étant pas étudié dans de ce travail.

En ce qui concerne les différentes modalités de stress ; là non plus, il n'y a pas de lien avec l'ancienneté. En effet, la composante émotionnelle ($p= 0.84$), la présence de troubles du sommeil ($p= 0.69$), les difficultés relationnelles avec la hiérarchie ($p = 0.109$) et ou l'aval ($p= 0.30$), la demande d'aide ($p = 0.57$), ne sont pas liés à l'ancienneté professionnelle des soignants.

Par contre, nous retrouvons **une corrélation fortement significative ($p = 0.00017$) entre l'ancienneté dans la profession et la présence de manifestations somatiques identifiées comme manifestations dans un contexte perçu comme « stressant » par les acteurs** (quelles qu'en soient les modalités). Nous estimons que cette constatation est directement liée à l'âge physiologique mais les données de la littérature ne confirment pas cette prédominance des symptômes somatiques en fonction de l'âge. La profession d'urgentiste comporte – t – elle une risque spécifique ? Une étude longitudinale serait vraisemblablement nécessaire afin de répondre à cette question.

2.6.6 Modalités selon le site d'exercice

Notre étude a porté sur deux grandes catégories de sites.

La première correspond au centre hospitalier universitaire avec un niveau élevé d'activité, une organisation spécifique.

La seconde est représentée par les UPATOU qui ont une activité généralement plus faible mais une organisation qui favorise plus l'autonomie et l'indépendance des urgentistes dans leur mode d'exercice .

Celui-ci fait état de :

- L'absence de spécialistes sur place quelle que soit la catégorie de compétences spécifiques requises.
- Un plateau technique moins complet avec des plus grandes difficultés de diagnostic.
- La nécessité de prendre en charge les urgences internes de l'établissement.

- La plus grande probabilité de retrouver le même patient lors de situations différentes ou successives (ce qui confère probablement un niveau d'implication personnelle plus élevé).

Parlons ainsi « **d'isolement professionnel** » quand il n'est notamment pas possible de transférer le patient vers la structure hospitalière adaptée à la situation dans des délais estimés comme raisonnables, voir recommandés réglementairement (exemple du syndrome coronarien ST. (+), accident vasculaire cérébral)

A contrario, il n'est pas retrouvé de différence significative entre le niveau de stress perçu et les sites géographiques étudiés ($p = 0.73$ pour le Chi Deux de Kruskal-Wallis à cinq degrés de liberté en ce qui concerne par exemple le score de stress perçu).

Cette constatation confirme que les mécanismes de genèse du stress dépendent en partie de facteurs individuels internes, indépendants de l'environnement de travail.

Ainsi, les commentaires libres laissent à penser que la majorité des urgentistes est demandeuse de procédures, de protocoles, permettant une prise de décision plus formalisée, conforme aux données récentes des disciplines spécialisées

. Nous considérons ce type de réponse comme une demande d'aide implicite face à une difficulté qui n'est pas toujours clairement exprimée et reconnue.

2.6.7 Autres liens retrouvés

L'analyse des questionnaires met en évidence la notion de « situations et/ou pathologies particulières » qui exposent préférentiellement au stress quel que soit les autres paramètres (age, ancienneté, catégorie professionnelle).

Ainsi, la prise en charge d'enfant, de polytraumatismes complexes laissent-ils apparaître une majoration du stress, par 70% de l'effectif étudié, toute profession confondue.

Ces éléments doivent faire partie des axes de prévention notamment en matière de formation des acteurs impliqués (réglementaires telles que la CMU et la formation régionale d'IDE urgentiste) mais également informelle tels que les ateliers réalisés dans l'unité de soins concernée.

3 - LIMITES DU QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire de conception personnelle, une critique était obligatoire quant à son élaboration : l'empreinte qu'il a pu laissée ou non, sera aussi évoquée

3.1. Par rapport à l'élaboration du questionnaire

3.1.1. Présentation et mise en page

Le nombre de pages : le questionnaire est long, a parfois entraîné une lassitude, une qualité moins satisfaisante des réponses a été mise en évidence (150 questionnaires sur 300 ont été retournés, 62 étant exploitables)

La présentation :

- De caractère noir et blanc peut- être jugé austère.
- Il existei une insuffisance de séparation entre les questions entraînant une manque de clarté (voir page 1 par rapport à la page 6).

Le délai de réception des questions : le questionnaire remis au cadre infirmier et au chef de service, celui-ci est chargé de sa distribution, de sa récupération dans un délai de un mois à un mois et demi.

3.1.2 Elaboration des questions

La cotation des réponses : à la fois choix multiple et choix simple (même si cela n'a pas été indiqué). Paradoxalement, il n'y a pas eu de difficultés par rapport à ce manque.

.Un nombre élevé d'items et de sous items, ayant entraîné quelquefois, une réponse incomplète de la page concernée (question 2, page 5 : 2 items avec 2 sous items chacun).

L'inutilité de certaines questions : (question B, C, page 2) qui est plutôt d'ordre général , les chiffres peuvent être fournis soit par le secrétariat concerné soit par le DIM de chaque hôpital concerné.

La rédaction et présentation des questions : certaines réponses ont pu être incomplètes voire inexistantes par l'absence ou le manque d'indication.

Question D) :

- Si on répondait NON à l'item sur le stress, on pouvait se priver de répondre aux autres questions jusqu'à la fin du questionnaire.
- Cependant, si on rajoutait une indication à celle-ci, la personne aurait quant même pu répondre à la question (page 6)

3.2. Par rapport au personnel soignant

Ce questionnaire a suscité en premier lieu une discordance entre l'enthousiasme général lors de la présentation de l'enquête et le nombre restreint de questionnaires remis à ce jour.

Deux raisons semblent apparaître :

3.2.1 Présentation générale du questionnaire

Sur la forme : (déjà évoqué au-dessus)

Sur le fond : la mise en valeur de ce questionnaire aurait pu se faire par l'intermédiaire de réunions, de présentations dans chaque service d'urgence. Paradoxalement, ces réunions n'ont pu se dérouler par :

- * L'indisponibilité du personnel :
 - . Congés, arrêt maladie ou maternité
 - . Horaires de travail
 - . Charge de travail supplémentaire

* L'indisponibilité des locaux de réunion de chaque hôpital (voir présentation du cadre de travail des UPATOU !).

3.2.2 Bilan général des réponses du questionnaire

Il n'existerait pas de débouché suscité par l'enquête, la mise en pratique sur la vie quotidienne des urgences semble être difficile :

Soit par le manque de temps pour la mise en place de véritables aides et soutiens au personnel,

Soit par l'absence, la rareté du personnel ayant une activité de type psychologique, psychiatrique (ISP, Psychologues), permettant de mettre en place ces aides.

Frein hiérarchique (surtout infirmières) :

Sachant que le questionnaire « personnel et anonyme » était soumis au cadre infirmier ou au chef de service, il aurait, dans l'absolu, été possible d'identifier chaque personne à posteriori (page 1), leur crainte si légitime serait :

- La réorientation dans un service de spécialité autre, donc non désiré.
- La possibilité éventuelle de sanctions administratives individuelles ou collectives.
- L'intrusion non désirée dans la vie privée et familiale (question E, item a, page 5) :

Conclusion

1 - CONSTATATIONS

La profession de médecine d'Urgence est perçue comme étant une médecine rapide, imparfaite, et encore mal considérée.

Ainsi, nous accordons à reconnaître que le stress se compose d'un ensemble de réactions d'ordre, somatique, comportemental, psychologique

► Les premières manifestations sont le plus souvent une sensation d'asthénie, de fatigue générale associée à un problème de sommeil, entravant une récupération suffisante.

En plus, de manière fréquente s'ajoutent des problèmes de nature somatique tels que les maux de tête, les désordres gastro-intestinaux.

► Le soignant se trouve dans l'ambivalence entre le sentiment d'être à la fois spécialiste en tout (lors des périodes de garde) mais aussi spécialiste en rien lors que les spécialistes sont disponibles. Ce constat ressenti comme une difficulté, est largement évoqué par les personnels concernés, est étiqueté comme une source de stress et de contraintes professionnelles.

Une harmonisation des pratiques (procédures, protocoles) et un meilleur échange entre les différents services semblent être vivement attendus par ces personnels pour pallier à ce problème.

Le personnel soignant tend à développer des attitudes négatives envers son environnement de travail. Ainsi, des sentiments de culpabilité, d'échec, et une image négative « de soi » comme de son travail apparaissent de façon légitime.

Son épuisement le contraint à s'absenter voire parfois à rechercher un autre emploi pour éviter une exposition chronique à cette situation.

► La population d'urgentistes « stressés » ne se perçoit pas en souffrance, elle n'est pas spontanément amenée à demander une aide ou un soutien. Faute de conscience de cette difficulté, l'organisation du travail dans les services d'urgence ne permet guère de trouver des moyens pour gérer ce stress professionnel.

En effet, il paraît « **impensable** » de croire que le soignant vivant dans un sentiment de stress ne soit reconnu malade : sa hiérarchie ne voyant là que l'expression « **d'une dépression** » l'équivalent que de la dépression. Ainsi les facteurs de stress organisationnels sont potentiellement menaçants pour le soignant et entraînent des réactions adverses tant pour lui que pour sa tâche. De telles situations sont liées à :

À l'environnement physique : la charge de travail est souvent excessive compte tenu des horaires.

À l'environnement psychologique : la morbidité des patients, leur comportement, la mort sont des éléments auxquels les soignants sont souvent insuffisamment préparés. La différence d'évaluation des situations entre prescripteurs et exécutants peut aussi générer un sentiment de malaise.

À l'environnement social : des conflits d'ordre professionnel apparaissent avec les collaborateurs, les collègues, les supérieurs hiérarchiques et administratifs.

2 - PROPOSITIONS

Nous avons vu que les difficultés du soignant sont réelles : attachons-nous à trouver des « **solutions** ».Elles sont d'ordre organisationnelles puis d'ordre psychologiques

► Tout d'abord, l'encadrement au travail devrait permettre chacun de se fortifier (selon son caractère) incluant l'expression de ses idées. Dans cette approche deux possibilités peuvent se décliner :

En premier lieu, **le soutien du cadre infirmier** associé à sa direction doit s'exprimer dans la gestion du personnel, se comportant comme le centre reconnu de référence et de sécurité. Ainsi, la qualité du travail, l'autosatisfaction et l'estime de soi doivent s'améliorer.

En second lieu, un « **leadership** » qui favorise réciproquement le respect, la communication, la participation, la confiance ,mais ne base pas toute son intervention uniquement sur l'organisation des tâches : le climat de travail de l'unité de soins.s'en trouvant amélioré.

En association, il semble que des stratégies d'adaptation plus pertinentes se mettent en place. On trouve dans la littérature plusieurs modèles de gestion du stress.

Ainsi, Kobasa, travaillant avec des soignants en milieu psychiatrique, constate que la résistance au stress est variable d'un individu à un autre, et développe l'idée de la **hardiesse**. Celle-ci est un antagoniste du stress : « **On souffre plus en subissant passivement une situation imposée et insatisfaisante qu'en essayant de construire pour la contrer.** »

Cette notion, permet à la personne de demeurer forte même sous l'influence d'événements générateurs de stress. Un triple bénéfice apparaît et se compose en :

- La capacité de prendre des décisions
- La contribution engagée envers les autres
- La vision des changements

Ceux-ci étant bénéfiques au développement personnel, le soignant gagne un sentiment « **d'engagement** » qui ne lui permet pas d'éviter l'interaction avec l'environnement mais d'avoir, au contraire, la capacité de demander de l'aide, voire parfois un soutien.Ainsi, il acquiert à ses questions un vaste répertoire de réponses .Celles-ci lui permettent une analyse plus approfondie des situations stressantes auxquelles il est confronté.

Ainsi, le soignant dans « **une sorte de défi paradoxal** » perçoit comme normal le changement plutôt que la stabilité, tirant ainsi un stimulus positif pour son développement personnel.

► Enfin, il existe d'autres modèles de stratégies de réponse au stress :elles sont orientées sur la prise en charge psychologiques ,venant en complément de celles citées plus haut.

La **relaxation** est une réponse physiologique antagoniste au stress. Son but est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique, neutralisant les effets indésirables du stress. Ces effets sont la diminution de la consommation d'oxygène et l'élimination du dioxyde de carbone, la diminution du rythme respiratoire et cardiaque, de la pression artérielle et du volume sanguin. Enfin, cette méthode agit sur la vasodilatation périphérique, la diminution de la transpiration, la tension des muscles, la motilité gastrique. Il existe deux méthodes référencées :

● **Le training autogène** implique la mise en jeu de processus liés à l'intimité de la personne et définit un état de relaxation caractérisé par :

- La détente musculaire.
- La vasodilatation des extrémités des membres.
- Le ralentissement respiratoire.
- Le ralentissement cardiaque.
- La détente abdominale.
- La fraîcheur du front.

En quelques mois, cet état sera atteint par des étapes successives : le sujet va se concentrer à la fois sur les instructions du thérapeute, sur les représentations mentales qu'il fait surgir par rapport aux instructions du thérapeute, sur les sensations corporelles qui en découlent et qui sont le témoin de changements physiologiques.

● **La relaxation progressive musculaire de Jackson** consiste à alterner la contraction et la détente de groupes musculaires. Le sujet contracte un groupe musculaire et se concentre sur les sensations physiques de la tension. Puis, il se relâche et détend progressivement les muscles intéressés et se concentre de la même façon sur la sensation de détente musculaire. Ces exercices se faisant successivement sur tous les groupes musculaires des membres supérieurs et inférieurs.

Ces modalités simples paraissent trouver leur place dans le cadre des urgences comme cela est le cas pour de nombreuses autres activités professionnelles.

A charge des services de trouver un mode d'organisation pour faciliter cette mise en place de solutions : par exemple par une meilleure organisation des lieux et des temps de « **détente** ».

Ainsi, ces stratégies comportementales permettent :

- D'évaluer le problème du stress et les réactions à celui-ci.
- D'analyser les relations entre les différents phénomènes pour émettre une hypothèse thérapeutique.
- Mettre en place des stratégies qui vont fournir les moyens de tester cette hypothèse.

-D'évaluer les résultats qui vérifieront ou pas cette hypothèse, permettant ainsi la nécessité d'une nouvelle analyse.

Stabilisant le sommeil, l'équilibre au travail, prévenant la somatisation et la dépression : la relaxation articulée, avec une bonne hygiène de vie, est donc une méthode de choix. L'effet de groupe augmentant son efficacité.

D'autres méthodes plus élaborées individuelles ou collectives peuvent être proposées mais nécessitent une organisation plus régulière dans le temps. Ainsi, nous citerons la thérapie cognitive de Beck, la thérapie rationnelle émotive de Ellis, le coping,

Dans une société qui met en avant des valeurs comme la productivité, l'efficacité, l'efficience, la rationalisation des ressources financières, il est évident **que noyé dans les multiples protocoles et démarches pré cadrées**, l'initiative du personnel soignant, diminue sans dégager sa responsabilité.

Néanmoins, laissant s'exprimer son « moi », sa participation à l'élaboration des règles et stratégies est possible, améliorant bien mieux la qualité de son travail.

Des implications positives sur sa vie personnelle apparaîtront, diminuant le risque d'absentéisme et de maladie. C'est pourquoi, toutes les situations inattendues de stress et de difficultés doivent être rapidement analysées, résolues et traitées par les moyens thérapeutiques décrits plus haut.

Ainsi, c'est par cette capacité de travail en collégialité que sera créé un environnement favorable au développement de la personne et de la qualité des soins.

Annexes

**Questionnaire
Abréviations**

Schlienger Gilles
Centre hospitalier de mont saint martin
4 rue A Labbé
54350 Mont St Martin
Tel : 0382447515
Fax : 0382447804

Mont Saint Martin, le 02 octobre 2000

Madame, Mademoiselle, Monsieur

Exerçant la profession de médecin des urgences et de smur à l'hôpital de Mont Saint Martin, je réalise actuellement une thèse dont le sujet aborde le phénomène du stress dans les services d'urgence.

Nous y sommes confrontés chaque jour, en toute circonstance .Certaines causes nous paraissent évidentes, d'autres pas.

C'est pourquoi, ce questionnaire personnel et anonyme permettra peut être de trouver d'autres causes et de pouvoir y remédier.

Merci d'avance de votre concours et de faire parvenir le formulaire ci-joint à votre secrétariat ou à votre chef de service.

Schlienger Gilles

Présentation générale

Vous êtes : Homme Femme

- Marié
- Célibataire
- Concubin(e)
- Veuf (ve)
- Divorcé(e)
- Remarié(e)

Nombre d'enfants :

Votre âge :

- De 18 à 30ans
- De 30 à 42 ans
- De 42ans à 54ans
- 54ans et plus

Votre fonction au sein des urgences :

- médecin
- infirmier (ère)
- aide soignant
- autres précisez

Vous exercez au sein des urgences depuis combien de temps ?

- moins de 1an
- de 1 à 5ans
- de 5 à 10 ans
- de 10 à 15ans
- de 15ans à 20ans
- de 20ans et plus

Votre lieu d'exercice au sein des urgences et de smur :

- Nancy
- Toul
- Lunéville
- Pont à Mousson
- Mont st Martin
- Briey

A) Quelles ont été vos motivations pour intégrer ?

- Travail motivant
- Acquisition d'une compétence en urgence
- Acquisition d'une expérience et de responsabilités
- Non satisfaction dans votre précédent travail
- Travail d'équipe
- Reconnaissance de la profession vis-à-vis de la population
- Motivation financière
- Autres précisez

B) Quelle est la composition du personnel des urgences ?

- Nombre de médecins
- Nombres d'infirmiers (ères)
- Nombre d'aides soignants
- Autres précisez

C) Quel est le nombre journalier de patients ?

- <20
- 20 à 40
- 40 à 60
- 60 à 80
- 80 à 100
- sup. à 100

D) Vous sentez vous stressé sur votre lieu de travail ?

Non

Oui

1) Sur le plan professionnel, comment ce stress se manifeste –t-il ?

a) Au niveau de votre comportement

- Anxiété, angoisse
- Irritabilité envers les patients et les collègues
- Isolement

- **Surcharge de travail**
- **Difficulté de maintenir une qualité de travail**
- **Autres précisez**

b) Au niveau de vos émotions

- **Culpabilité de traitements moins adaptés**
- **Désintérêt de la profession**
- **Sentiment d'être victime du milieu professionnel**
- **Baisse de l'estime de soi**
- **Démotivation**
- **Autres précisez**

c) Au niveau psychologique

Sommeil

- **Insomnie**
- **Hypersomnie**
- **Sommeil non récupérateur**
- **Cauchemars**

Cœur-poumon

- **Tachycardie**
- **Précordialgies d'effort et /ou de repos**
- **Dyspnée d'effort et/ou de repos**

Abdominal

- **Trouble du transit**
- **Dysphagie**
- **Douleur épigastrique**
- **Nausées et/ ou vomissements**

Autres

- **Sueurs**
- **Fatigue générale**
- **Céphalées**
- **Tremblements**
- **Perte ou prise de poids**

2) Sur le plan de votre environnement de travail

a) Locaux pour les patients

Salle d'attente	Présence
	Absence
	Mauvais agencement

Salles d'examen	Quantité insuffisante
	Agencement
	Insuffisamment équipées

b) Locaux pour vous-mêmes et autres personnels

Poste central

- Restreint
- Agencement
- Autres précisez

Salle de détente

- Non
- Oui mais éloigné du poste de travail
 - Equipement limité
 - Restreinte
 - Agencement
 - Autres précisez

c) Relation avec le personnel de l'établissement

Personnel des étages

- Dysfonctionnement du système hospitalier
- Relation conflictuelle
- Incompréhension du travail effectué
- Taches ne correspondant pas au travail

Autorité avec administration et autre

- Demande trop importante de travail
- Impression du devoir non accompli
- Impossibilité de justifier ses plaintes
- Absence de participation dans les décisions du service
- Manque d'autonomie fonctionnelle
- Supervision trop importante de l'autorité

d) En intervention smur

Lors et pendant l'intervention, le stress

- Décuple votre travail
- Diminue vos capacités
- Adaptation de celui-ci car il est nécessaire comme besoin

En retour d'intervention : quel est votre état d'esprit ?

- Retour sur les interventions antérieures
- Sentiment du devoir accompli
- Sentiment d'insatisfaction
- Isolement total
- Pas de réaction
- Autres précisez

E) Pour lutter contre le stress, quels moyens pensez-vous mettre en œuvre ?

a) Sur le plan personnel

- Mensonges
- Banalisation de la profession
- Rires, dérision
- Absentéisme
- Consommation :
 - alcool
 - somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs
- Thérapie
- Idées de suicide
- Réintégrer votre propre rôle au sein de votre famille
- Pratiquer des activités : sportives
- : vacances
- : intellectuelles
- Autres précisez

b) Environnement professionnel

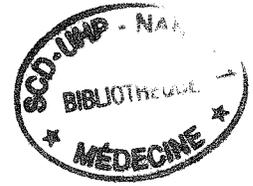
- Suivi du devenir médical du patient
- Groupe de travail pour mettre en place
 - Gestion du stress
 - Groupe de parole (psychiatres, isp psycho)
 - Création d'une cellule de crise au sein des

urgences

- Possibilité d'entretiens individuels
- Autres précisez

F) Si un jour, vous abandonniez les urgences, quelles en seraient les raisons ?

- Stress trop important
- Non reconnaissance de votre travail par votre entourage
 - Professionnel
 - Familial
- Décision personnelle en vue d'une stabilité de votre statut familial
- Autre travail moins motivant mais plus stable
- Implication trop importante dans votre travail
- Sensation du devoir accompli
- Angoisse de l'âge et devenir de la profession
- Autres précisez



Abréviations

ASH : Aide soignant hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

IDE : Infirmière diplômée d'état

SAMU : Service aide médicale urgente

SMUR : Secours mobile d'urgence et de réanimation

**UPATOU : Unité de proximité, d'accueil et de traitement d'orientation
d'urgences**

VSAB : Véhicule de secours aux asphyxiés et blessés

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE



1. ALBERT E

Comment devenir un bon stressé

Paris, Odile Jacob, 1994

2. ALLAND M

Souffrance et Burn out

Cours supérieur d'urgence, 1999 (12) ; pp 118-127

3. ANDRE C., LEFORD F., LEGERON P

Le stress

Edition Privart (Paris), Collection les Classiques Santé, 1998

4. ADRIAN V

Psychologic aspect of toxicomania

Mayo Clinic, 1968

5. ARNAULT G

Gérer l'anxiété et le stress des soignés et des soignants

Soins Décembre, 1996 ; pp 26-29

6. BALDWIN PJ., DODD M., WRATE RW

Young Doctor's Health - How do working conditions affect attitudes, health and performance

Soc Sir Med, 1997 Jul, 45 (1); pp 35-40

7 .BUREAU INTERNATIONAL du TRAVAIL

Le stress dans le monde du travail (1993)

8. BOULARD R

Etude mentale du personnel infirmier : Les indices de santé du personnel infirmier

Psychologie du travail, Editions EAP (1993)

9. BOWRON JS ; TODD KH

Job stressors and job satisfaction in a major metropolitan public EMS service

Prehospital Disaster Med, 1999, Oct-Dec 14 (4); pp 236-239

10 .BRICKENSTEIN R

Réactions individuelles, phénomènes de sommation et réactions collectives lors de catastrophes.

Munch Med Wesch, 1982, 122 ; pp 1459-1462

11. BURNS C., HARM NJ

Emergency nurses' perceptions of entical incidents and stress debriefing

J. Emerg Nurs, 1993, Oct, 19 (9); pp 431-436

12. CAMACHO M

Stress and burnout in emergency. Stress in the nurses of the emergency services of the Funchal Hospital Center

Servir, 1997, Aug, 45 (4) ; pp 181-193

13. CANNON W

Stresses and strain of homeostasis

Am J Med 1935, 189; pp 1-14.

14. CASTELNAU D., LOO H

Le stress .Stratégies comportementales et cognitives dans la gestion du stress

Monographie de l'encéphale, 1993, 19 ; pp 193-202

15. CHARAZIN C

L'usine professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière ?

Recherche en soins infirmiers, 1991 ; p 27

16. CORDIER B., Sylvestre M ., LEYRIE J

Pathologies psychiatriques post-traumatiques

Encyclopédie médico-chirurgicales (Paris) Psychiatrie 1994,329, (10) ; pp 1-6

17. CROCQ L

Gestion du stress du personnel soignant en cas d'afflux massif de blessés

Cellule médico psychologique d'urgence, 1996, (12) ; pp 135-147

18. CROCQ L

Secours psychologique dans les catastrophes

Probl Réanim, 1973, 7 ; pp 395-402

19. CROCQ L

Stress et névrose traumatique

Psychol Méd, 1974, 6 ; pp 1493-1531

20. CROCQ L

Stress et névrose traumatique

Psychol Med, 1974, 8, pp 1493-1531

21. CROCQ. L ., DOUTHEAU C .,SAILHAN M

Les réactions émotionnelles dans les catastrophes

Encyclopédie médico chir, 1983,373 (10) ; p 8

22. CROCQ L

Les comportements collectifs de catastrophe.

Conv. Med, 1984, 3 ; pp 331-338

23. CROCQ L

Stress, trauma et syndrome psycho traumatique

Soins psychiatriques, 1997, 188 ; pp 7-13

24. CROCQ L., DOUTHEAU C., LOUVILLE P., CREMNIER D

Psychiatrie de catastrophe, réactions immédiates et différées, troubles séquellaires

Panique et psychopathologie collective

Encyclopédie Med Chir. (Paris) Psychiatrie, 1998, 37,113,(-D-10) ; pp 1-8

25. CROCQ L., LERY O

Le stress des décideurs et des sauveteurs dans les catastrophes

Congrès de psychiatrie et de neurologie

Montréal, 1989 ; pp 523-537

26. DIVORNE L., SIMON J

Quelle formation à l'accueil pour les infirmières d'urgence ?

Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, 1997, DUML

27. DOLAN SL., VAN AMERNGEN MR., CORBINS., ARSENAULT A

Lack of professional latitude and problems as correlates of propensity to quit among nursing staff

J. Adv. Traumatique, 1992, Dec, 17, (12); p 1459

28. DOUTHEAU C

Les comportements humains en situation de catastrophe

Conv Med, 1983, 2 ; pp 217-220

29. DUDEK B., KONIAREK J

Les échelles de l'évaluation subjectives pour la mesure de la charge de travail mental

Journal international de la sureté professionnelle et ergonomie, 1995,(1,2) ; pp 118-129

30. ESCAFFRE J-P

Management des comportements et des charges mentales dans les services hospitaliers

Cours supérieur d'urgence

Société francophone d'urgences Médicales, 1999, (13) ; pp 130-138

31. ESTRYN-BEHAR Madeleine

Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse, prévention

Editions Estem, 1994 ; pp 26-53

32. FERRERI M., VACHER J., TAWIL S., ALBY J.M

Facteurs événementiels et dépression : le questionnaire EVE, une nouvelle approche de méthodologie prédictive.

Psychologie médicale, 1987, 19, (13) ; pp 244-248

33. FREUCH JR., KAPLAN RD

Journal of medical education, 1970, (48); pp 436-441

34. MARUANI G

Stress et conséquences

Concours médical, 1997, 119, (34) ; pp 2583-2585

35. GOLGERG R., BOSS RW., CHAN L., GOLBERGJ., MALLON WK., MORADZADEH D., GOODHAN EA., MC CONKIE ML

Burn out and its correlates in emergency physiciens: four year's experience with wellness booth

Acad Emerg Med, 1996, Dec, 3, (12); pp 1156-1164

36. GOODMAN E., GRAYTOM P., ANDERSON JG

Stress among hospital nursing

Boston Globe, 1981, May; pp 13, 14

37. HAWLET MP

Sources of stress for emergency nurses in four cuban Canadian Emergency departments.

J. Emergency Nurs, 1992, Jun 18, (3); pp 211-216.

38. HEIM E

Stressors in health occupations, do females have a greater health risk
Psychosom Med Psycho, 1992, 38, (3) ; pp 207-226.

39. HELP S

Experience of stress in accident and emergency nurses
Accid Emerg Nurs, 1997, Jan, 5, (1); pp 48-53

40. HEYWORTH J., WHILTLEY TW., ALLISON EJ Jr., REVICKI DA

Correlates of work-related stress among consultants and senior registrants in accident and emergency medicine
Arch Emerg Med, 1993, Dec, 10, (4); pp 271-273

41. KELLER KL

The management of stress and prevention of burnout in emergency nurses
J. Emerg Nurs, 1990, Mar-Apr, 16 (2); pp 90-95

42. KIVIMAKI M., LINDSTROM K

Effects of private self consciousness and control on the occupational stress, strain relationship
Stress medecine, 1995, 11; pp 7-16

44. LEPPANEN RA., OLKINUORA MA

Psychological stress experimented by health care personnel
Scan-division journal of Work
Environment and health, 1987, 13, (1) ; pp 1-8

45. LEUENBERGER JF

Le « debriefing » : une mesure de prévention après un traumatisme (à propos d'un exemple récent)
Revue médicale de la suisse romande , 1994, 114 ; pp 171-173

46. L'INFIRMIERE MAGAZINE

La preuve par le stress
Juin, 1993, 73 ; pp 68-73

47. LOOP., LOOH

Le stress permanent
Médecine de psychothérapie
Paris, Masson, 1986 ; 126 p

48. LOUVILLE P

Approche psychologique des catastrophes : implications des médecins anesthésistes réanimateurs
J. Eur Urg, 1996, 9 ; pp 180-183

49. MANODRITTA ,ROPERT

Aptitude psychiatrique à l'exercice de la profession médicale
Procédure d'application de l'article L460 du Code de Santé Publique
Périodique, l'information Psychiatrique, 71,(10) ; pp 987-991(10ref)

50. MARGOLIS C

Job stress: An unlisted occupational hazard
Journal of occupational medecine, 1974(16)

51. MASLACH C ., JACKSON SE

The measurement of experienced Burn-Out

Journal of occupational Behaviour, 1981, 2; pp 99-113

52. MAYO CLINIC

Psychologic aspect of toxicomany

Staff meeting of the Mayo clinic, 1968, (35), pp 386-389

53. MICHEL C

Interventions difficiles de la vie quotidienne des sauveteurs de Meurthe-et-Moselle

IFSIS Centre psychothérapique de Nancy 1998.

54. NEALE AV

Work Stress in emergency medical technicians

J. Occup Med, 1991, Sep, 33, (9); pp 991-997

55. NEVEUX-HUBEN C

Les acteurs de l'urgence face au stress

Urgence pratique, ISIS, 1997, mai, (22) ; pp 9-14

56. NIVEN RG., MORSE RM., MARTIN MA., SWENSON WM

Prognosis of physicians treated for alcoholism and drug dependence

Jama, Feb, 1984, 251; pp 743-746

57. NIVET P., ALBY, CROCQ L

Les réactions émotionnelles chez les décideurs, les sauveteurs et les soignants

Soins psychiatriques, 1989, 106-107 ; pp 18-22

58. PEGATOQUET I

Comment prévenir le burn out des soignants aux urgences

Formation en Soins d'Urgence, Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, CMCE 1994

59. PT. Y.

Comportements dans un cas de secours d'urgence

Travail humain, 1978, 41 ; pp 67-80

60. REVICKI DA., MAY HJ., WHITLET TW

Rehability and validity of the Work-Related-Strain ,Inventory among health professionals

Behav Med, 1991, 17, (3); pp 111-112.

61. RIVOLIER J

L'homme stressé

Paris, PUF, 1992

62. SCHWEITZER B

Stress and burnout in junior doctors

Department of medecine, University of Cape Town

S. Afr Med J (South Africa), Jun, 1994 ,84, (6) ; pp 352-354

63. SELYE H

A syndrome produced by diverser nocurous agents

Nature, 1936, 38; pp 32-33

64. SELYE H

The General adaptation syndrom and diseases of adaptation

J. Clin Endocrinal, 1946, 12; pp 118-230

65. SELYE H

The stress of life (trad fr le stress de la vie)

New-York, Mc Grau Hill, 1956, 1962

Paris, Gallimard

66. SENON JL., LAFAY N., RICHARD.

Mécanismes d'ajustement au stress

Encyclopédie Med Chir. (Paris) Psychiatrie, 1998, 37-400, C-20 ; pp 1-6

67. SERVANT D., PARQUET PJ

Stress, Anxiété et pathologies médicales

Paris, Masson, 1995

68. SIMON J

Prévenir la souffrance du soignant. Société Francophone d'Urgences Médicales

Cours supérieurs d'urgence, 1999, (12) ; pp 139-151

69. DUQUETTE A., KEROUAL S., SAULNIER P., SANDHU B

Gestion du stress en soins infirmiers

Soins, Formation, Pédagogie, Encadrement, 1er trimestre, 1994, 9 ; pp 48-55

70. STEPPACHER C., MAUSNER JJ

Suicide in male and female physicians

Jama, 1975, 228,(3) ; pp 323-328

71. UNGER PF

Les urgences : une foire au stress !

Hôpital Cantonal Universitaire de Genève, Campus, 1996.

72. VOLKO RJ., CLAYTON PJ

Depression in internship

Dis Nerv Syst, 1975 Jan, 36,(1); pp 26-29

73. WALSH M., DOLAN B., LEWIS A

Burnout and stress among about nurses

Emerg Nurses, 1998, May, 6, (2); pp 23-30.

74. WILLIAMS S., DALE J., GLUCKSMAN E., WEKKESLEY AA

Senior house officer's work related stressors, psychological distress, and confidence in performing clinical in accident and emergency: a questionnaire study

BMJ, 1997, Mar, 8 ; pp 713-718



VU

NANCY, le **3 octobre 2006**

Le Président de Thèse

NANCY, le **7 novembre 2006**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **P.E. BOLLAERT**

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **13 novembre 2006**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

Résumé de la thèse

Le stress, terme général connu du public, l'est malheureusement peu de l'activité professionnelle notamment hospitalière. Dans la langue latine, il est défini par l'adjectif « **tendre** » : au 18ème siècle, dans la littérature anglaise, il signifie un état de détresse lié à la dureté de la vie.

Ainsi, nous avons voulu comparé les réponses liées à cette notion à partir d' un questionnaire distribué au personnel médical et paramédical des services d'urgence de Meurthe et Moselle durant une période de 1 à 2 mois au cours de l'année 2000.

Nous démontrerons que le niveau de stress n'est pas lié aux conditions de travail, ni aux catégories professionnelles mais rattaché à la difficulté relationnelle des soignants. Aujourd'hui, peu de moyens sont mis à notre disposition pour lutter contre ce phénomène, quand bien même il est pris en compte et reconnu par les soignants. Ce travail essaiera de proposer une série de mesures pour limiter voire diminuer ce phénomène.

Titre en anglais

Research of stress in emergency departments about the medical and paramedic staff in Meurthe and Moselle during the 2000 year.

Thèse de Médecine Générale année 2006.

Étude du stress du personnel soignant des services d'urgence de Meurthe et Moselle en 2000.

Mots clés : stress, urgences, démotivation, angoisse, abandon.

Intitulé et adresse de l'UFR

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre les Nancy cedex