



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Article original

Impact psychologique de l'implication des professionnels des CUMP dans le dispositif de soins médico-psychologique face à l'épidémie COVID-19



Psychological impact of involvement of medical and psychological emergency unit professionals in the medical and psychological care system of the COVID-19 epidemic

Élise Neff^{a,b,*}, Alexis Vancappel^{c,d,e}, Laura Moïoli^{a,b}, François Ducrocq^f, Wissam El-Hage^{c,e}, Nathalie Prieto^{g,h}, Gaëlle Abgrall^{a,b}

^a Cellule d'urgence médico-psychologique, SAMU, groupe hospitalier Necker-Enfants malades, Paris, France

^b Centre régional de psychotraumatologie Paris Centre et Sud, Paris, France

^c Inserm, UMR 1253, iBrain, université de Tours, Tours, France

^d EE 1901 Qualipsy (Qualité de vie et santé psychologique), département de psychologie, université François Rabelais de Tours, Tours, France

^e Pôle de psychiatrie-addictologie, centre régional de psychotraumatologie CVL, CHRU de Tours, Tours, France

^f Cellule d'urgence médico-psychologique, SAMU, CHR Lille, Lille, France

^g Cellule d'urgence médico-psychologique, SAMU, hôpital Édouard Herriot, HCL, Lyon, France

^h Service de médecine légale, centre régional de psychotraumatologie Auvergne Rhône-Alpes, groupement hospitalier Édouard-Herriot, hospices civils de Lyon, Lyon, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 juin 2021

Accepté le 28 août 2021

Disponible sur Internet le 12 octobre 2021

Mots clés :

Cellule d'urgence médico-psychologique

Sars cov-2

Traumatisme psychique

Santé mentale

Professionnel de santé

Soutien médico-psychologique

Covid-19

Retour d'expérience

R É S U M É

Objectif. – Déterminer l'impact psychologique chez les professionnels des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) du dispositif de soutien à la population française lors de la crise sanitaire de COVID-19.

Méthode. – Les professionnels des CUMP ($n = 313$) ont participé à une enquête en ligne évaluant les difficultés rencontrées dans le dispositif, leur niveau de satisfaction, les niveaux d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, d'épuisement professionnel, ainsi que les stratégies d'adaptation.

Résultats. – Nous retrouvons peu de difficultés émotionnelles significatives mais des scores plus élevés chez les femmes, chez les professionnels ayant ressenti des contraintes sur leur vie personnelle ainsi que chez ceux qui pensaient avoir été contaminés par le COVID-19. Certaines stratégies d'adaptation (coping actif, planification, expression des sentiments, réinterprétation positive et acceptation) sont associées à un moindre niveau de difficultés émotionnelles. La maturité et l'expérience en CUMP apparaissent comme des facteurs protecteurs. De même, les participants satisfaits de l'organisation du dispositif et de l'accompagnement rapportent moins de difficultés émotionnelles et plus de satisfaction de compassion.

Conclusion. – L'impact psychologique négatif chez les professionnels des CUMP dans ce dispositif inédit est globalement faible. Il apparaît que certaines stratégies d'adaptation, l'utilité perçue, la satisfaction quant à l'organisation et à l'accompagnement dont ils bénéficiaient sont associés à des niveaux plus bas de difficultés émotionnelles. Un encadrement soutenant et une organisation opérante du dispositif CUMP en période de crise a un effet protecteur chez les intervenants.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant. SAMU-CUMP, groupe hospitalier Necker-Enfants malades, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex, France.

Adresse e-mail : elise.neff@aphp.fr (É. Neff).

A B S T R A C T

Keywords:

Covid-19
Feedback
Health professional
Medical and
psychological emergency
unit
Psychic adjustment

Objectives. – COVID-19 pandemic and its consequences have put into great difficulty health professionals, and the general population, fostering the emergence of various psychological and psychiatric disorders. Medical and psychological emergency units' mission is the medical and psychological emergency care of people impacted during a traumatic event. Given their expertise in crisis management, they set up an important medical and psychological support system adapted to the health crisis' characteristics. The unusual modalities of intervention, the specific clinic that these professionals faced in this context of great tension may have unsettled workers and generate a psychological impact. This study aims to assess the existence of such repercussions among medical and psychological emergency unit professionals involved in this new system.

Method. – In all, 313 medical and psychological emergency unit professionals agreed to participate at the online survey. They filled surveys and visual analog scales assessing the difficulties encountered in the system, as well as their level of satisfaction, post-traumatic stress, burnout, level of anxiety and depression and coping strategies put in place.

Results. – Results show few significant emotional difficulties. However higher scores are found among women, among professionals who felt a negative impact on their personal lives, as well as for those who thought they had been infected with COVID-19. The establishment of coping strategies such as active coping, planning, expressing feelings, positive reinterpretation and acceptance helped to decrease the level of emotional complexities and brought more compassionate satisfaction. We note that participants with more medical and psychological emergency unit experience tend to show less emotional hardship and more compassionate satisfaction. It appears that older as well as younger professionals have lower burnout scores, as do workers who conducted more interviews for the same person. Likewise, participants who were satisfied of the system organization and of the support – a majority in this study – report less emotional challenges and more compassionate satisfaction.

Conclusion. – Psychological impact in this new system among medical and psychological emergency unit professionals is overall low. It appears that some coping strategies, perceived usefulness, satisfaction with the organization and the received support are associated with a lower level of emotional difficulties. A supportive framework and an operative organization of the medical and psychological emergency unit system in times of crisis has a protective effect on the participants.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP), dont la création remonte à 1995 après l'attentat du RER B à Paris [5,9], ont pour mission de prendre en charge les personnes impactées, dites « blessés psychiques », rapidement après la survenue d'un événement traumatique et de dimension collective. Avec une CUMP par département, une organisation régionale et zonale, elles constituent un véritable maillage territorial permettant d'apporter des soins médico-psychologiques immédiats et post-immédiats à l'ensemble de la population. Les professionnels des CUMP sont des professionnels en santé mentale formés spécifiquement à la psychotraumatologie et à l'urgence psychotraumatique [10,20].

Au-delà de la prise en charge des personnes impactées, ces professionnels, majoritairement psychiatres, psychologues ou infirmiers, sont sensibilisés aux risques inhérents à cette pratique si particulière. En effet, il s'agit d'interventions majoritairement d'urgence, de terrain, lors de situations confrontant à la mort violente d'autrui, ressemblant parfois à de véritables scènes de guerre et au contact de personnes en grande détresse psychologique. Les images auxquelles les primo-intervenants sont confrontés peuvent être particulièrement intrusives avec un risque de trouble de stress post-traumatique (TSPT) au décours [1]. De même, les récits des patients, parfois très détaillés et empreints d'une charge émotionnelle importante, peuvent impacter le professionnel, surtout lorsqu'il y est confronté de manière répétée, et l'exposer à une traumatisation secondaire ou vicariante [4,11,12]. S'il existe désormais de nombreux articles portant sur les risques psychiques encourus par les professionnels travaillant au contact des personnes en souffrance, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études s'intéressant spécifiquement à l'impact chez les professionnels des CUMP.

Début 2020, le Sars-CoV-2, a commencé à se répandre dans le monde, causant plus de 3 117 540 décès en un an et demi [chiffres au 29 avril 2021] [6]. Rapidement, des difficultés psychologiques sont apparues, en lien avec la progression du virus nécessitant le confinement de la population, telles que stress, angoisse, symptômes dépressifs, deuil compliqué, stress post-traumatique ou encore décompensation psychotique parfois sans antécédent psychiatrique connu. Le risque de contagiosité, de mortalité, le caractère imprévisible du virus, l'absence de traitement, mais aussi les confinements successifs sont autant de facteurs propices au développement de tels troubles [3,14]. Dès le début de la pandémie COVID-19, les CUMP, compte tenu de leur expertise dans les gestions de crise, l'urgence et leur connaissance du réseau de soin psychiatrique, se sont fortement mobilisées au vu de l'impact psychologique majeur pour l'ensemble de la population. La coordination nationale des CUMP a été sollicitée par le ministère de la Santé et des Solidarités afin de proposer un dispositif innovant de soutien médico-psychologique pour la population générale. Ces cellules se sont organisées selon les besoins identifiés sur leur territoire pour proposer une offre de soins adéquate comprenant également des débriefings et prises en charge individuelles pour les soignants, les personnels hospitaliers et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La situation inédite a demandé une grande capacité d'adaptation pour pouvoir mettre en place un dispositif opérant. Le nombre important de personnes à prendre en charge mais aussi le risque de contamination et les mesures liées au confinement ont été autant de facteurs à prendre en compte dans l'organisation. Ainsi, les volontaires s'étant mobilisés ont majoritairement effectué les entretiens par téléphone, de leur domicile.

Nous nous sommes demandé quel était l'impact psychologique sur ces professionnels des CUMP, mobilisés pour une mission

innovante, de manière atypique, dans un climat d'incertitude générale et sur une durée inhabituellement longue. Nous avons également étudié si le fait d'avoir été soi-même contaminé(e), d'avoir des antécédents psychiatriques ou encore si le manque d'expérience pouvaient constituer des facteurs de risque.

2. Méthode

2.1. Population

Nous avons sollicité pour participer à cette étude tous les professionnels des CUMP, permanents et volontaires, ayant réalisé des entretiens médico-psychologiques pour les CUMP dans le contexte de l'épidémie COVID-19.

Le recrutement des participants s'est fait par l'envoi d'un mail, relayé par les psychiatres référents de chaque région et de chaque zone de défense et de sécurité, leur proposant de participer librement à cette étude.

La participation volontaire était conditionnée par la signature du consentement après avoir pris connaissance de la note d'information. Les procédures d'expérimentation et de consentement ont été approuvées par le comité d'éthique de la Recherche Tours-Poitiers (n° 2020-06-02). Les participants n'ont reçu aucune compensation pour l'étude.

2.2. Mesures

2.2.1. Déroulement

Après consentement, les participants ont répondu à des questions sociodémographiques, ont indiqué la présence d'éventuels antécédents médicaux, y compris psychiatriques, s'ils avaient été contaminés par le COVID-19, et/ou quelqu'un dans leur entourage (proche, collègue). Ils ont indiqué leur profession, le nombre d'années d'expérience professionnelle, leur département d'exercice ainsi que leur statut à la CUMP (permanent ou volontaire). Ils ont ensuite répondu à six questions permettant d'évaluer le niveau d'implication dans le dispositif (date de début d'engagement dans le dispositif, nombre de vacations effectuées, nombre de personnes prises en charge, nombre de rappels effectués, nombre maximum d'entretiens réalisés pour une seule personne, nombre total d'entretiens réalisés). Il leur a été également demandé de renseigner le nombre de situations d'urgence psychiatrique auxquelles ils avaient été confrontés et s'ils s'étaient sentis en difficulté. Enfin, les participants ont rempli une série d'auto-questionnaires en ligne. Les données ont été collectées entre le 12 juin et le 15 novembre 2020.

2.2.2. Questions fermées

Trois séries de questions fermées visaient à identifier le niveau de formation préalable pour chaque participant ainsi que les difficultés auxquelles ils avaient pu être confrontés, qu'il s'agisse de l'organisation du dispositif, d'une part, et des prises en charge en elle-même, d'autre part (voir [Annexe 1](#)).

2.2.3. Échelles analogiques visuelles

Les participants ont répondu à quatre questions visuelles analogiques pour évaluer le niveau de satisfaction de leur implication dans le dispositif et l'impact sur leur vie personnelle, le niveau de déstabilisation lié au caractère inhabituel du type d'intervention ainsi que l'utilité ressentie des entretiens téléphoniques pour les appelants (voir [Annexe 2](#)).

2.2.4. Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [15]

Il s'agit d'un autoquestionnaire évaluant la présence et l'intensité des symptômes dépressifs chez des personnes plus à

risque. Les items 1 à 9 sont cotés sur une échelle de 0 à 3 (étendue du score 0–27). L'item 10 (niveau de fonctionnement) est coté sur une échelle de 0 et 4, allant de « pas du tout difficile » à « extrêmement difficile ». Les études ont mis en évidence de bonnes qualités psychométriques et notamment une bonne consistance interne ($\alpha = 0,89$).

2.2.5. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) [22]

Il s'agit d'un autoquestionnaire permettant d'évaluer l'intensité de l'anxiété. Les items sont cotés sur une échelle de 0 à 3 (étendue du score 0–21). Le seuil recommandé pour estimer l'anxiété généralisée est de 10. Les études suggèrent de bonnes qualités psychométriques, notamment une bonne sensibilité (89 %) et spécificité (82 %) ainsi qu'une excellente consistance interne ($\alpha = 0,92$)...

2.2.6. Professional Quality of Life (ProQOL) [24]

Il s'agit d'un autoquestionnaire composé de 30 items répartis en trois sous-échelles mesurant la satisfaction de compassion, le stress secondaire et l'épuisement professionnel. Sur le plan psychométrique, la consistance interne de l'instrument est satisfaisante pour l'épuisement professionnel ($\alpha = 0,75$), la satisfaction de compassion ($\alpha = 0,88$) et le stress secondaire ($\alpha = 0,81$).

2.2.7. PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) [2]

Il s'agit d'un autoquestionnaire comprenant 20 items mesurant les symptômes du TSPT selon le DSM-5. Un score supérieur à 31 est en faveur d'un TSPT. Cette échelle a montré de bonnes qualités psychométriques et notamment une excellente consistance interne ($\alpha = 0,94$).

2.2.8. Brief COPE [17]

Cet autoquestionnaire évalue les stratégies d'adaptation. Il est composé de 28 items. Il évalue le coping actif (tentative de supprimer ou minimiser les effets de la situation stressante), la planification, la recherche de soutien social instrumental (recherche de conseils, d'assistance), la recherche de soutien social émotionnel (recherche de soutien moral, de compréhension), l'expression des émotions, la réinterprétation positive, l'acceptation, le déni, le blâme, l'humour, la religion, la distraction, la consommation de substances et le désengagement comportemental (réduction des efforts pour faire face). Chaque dimension est évaluée avec deux questions. L'échelle démontre de bonnes propriétés psychométriques.

2.3. Analyses statistiques

Au regard de la taille limitée de notre échantillon, nous avons réalisé des tests de comparaison non paramétrique de Man Whitney pour identifier l'effet de variables catégorielles à deux conditions. Nous avons ensuite scindé la population en deux en distinguant les participants présentant un score faible et ceux ayant un score modéré à la sous-dimension stress secondaire de la ProQOL. La catégorisation a été réalisée sur la base des scores seuils établis par les auteurs [14]. Puis nous avons appliqué des tests de comparaison non-paramétrique de Man Whitney. Nous avons réalisé des analyses de corrélations de Pearson afin d'étudier le lien entre les difficultés émotionnelles et les stratégies de coping. Nous avons ensuite utilisé des analyses de comparaison de distribution de Kruskal-Wallis afin d'identifier l'effet des variables catégorielles avec plus de deux conditions. L'ensemble des analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la 23^e version du logiciel SPSS.

3. Résultats

3.1. Données descriptives

3.1.1. Informations générales

Nous avons recruté 313 participants (236 femmes). La classe d'âge la plus représentée était les 40–60 ans (43,2 %), puis 30–40 ans (34,8 %), plus de 60 ans (13,7 %) et enfin moins de 30 ans (8,3 %). La profession la plus représentée était celle de psychologue (41,2 %) puis d'infirmier (28,4 %) et enfin de psychiatre (15,3 %). La majorité des participants bénéficiaient d'une longue expérience

professionnelle (plus de vingt ans d'expérience pour 39,6 % d'entre eux, entre dix et vingt ans pour 34,8 %). Le recrutement s'est fait dans toutes les CUMP du territoire national. Les départements les plus représentés étaient le Nord (18,2 %), l'Hérault (10,9 %) et Paris (10,5 %). Les autres départements ayant répondu avaient un taux de participation compris entre 4,1 % et 0,3 %.

3.1.2. Satisfaction quant au dispositif mis en place

Dans l'ensemble, les participants étaient satisfaits de l'organisation globale du dispositif de prise en charge et de l'accompagnement des encadrants. Parmi les difficultés rencontrées, le fait

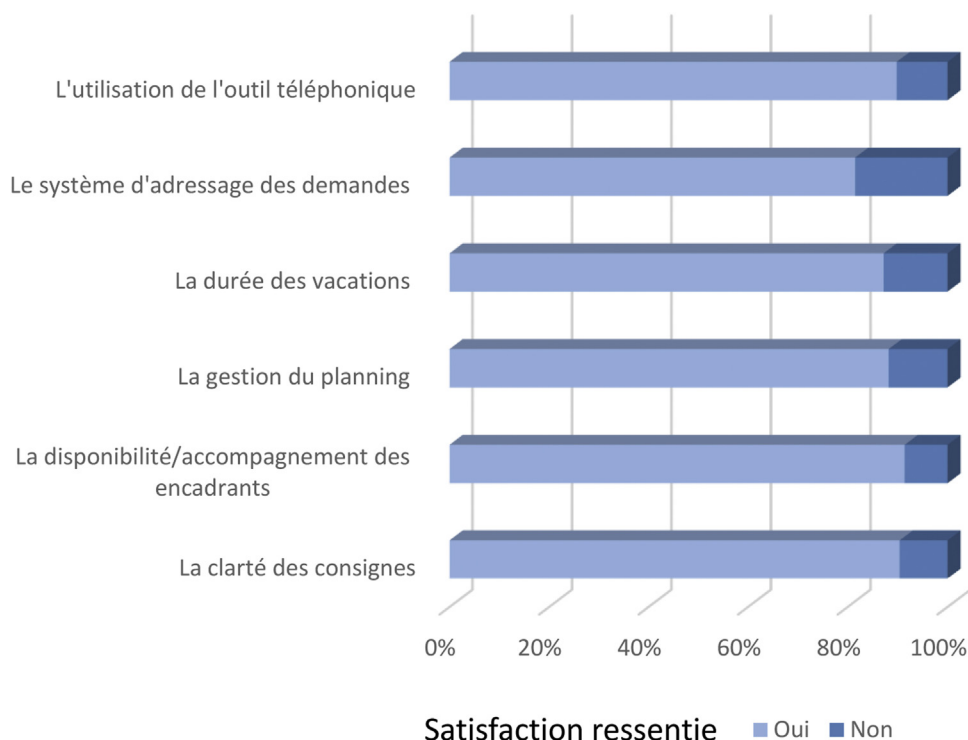


Fig. 1. Niveau de satisfaction concernant le dispositif.

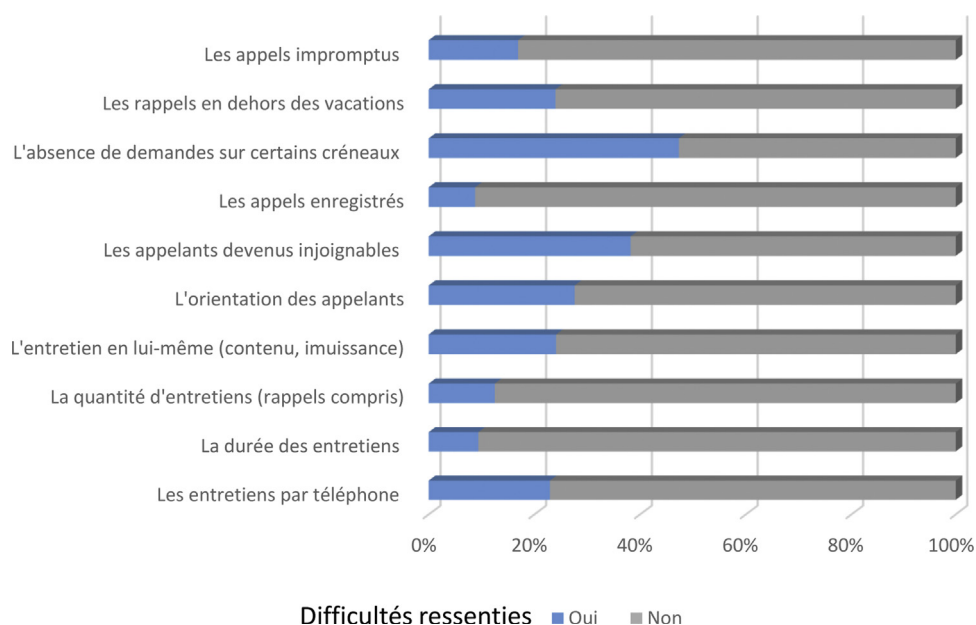


Fig. 2. Niveau de difficulté durant l'engagement dans le dispositif.

Tableau 1

Satisfaction et difficultés ressenties vis à vis du dispositif d'intervention.

	OUI	NON
Satisfaction/clarté des consignes	90,4 %	9,6 %
Satisfaction/disponibilité-accompagnement des encadrants	91,4 %	8,6 %
Satisfaction/gestion du <i>planning</i>	88,2 %	11,8 %
Satisfaction/durée des vacances	87,2 %	12,8 %
Satisfaction/système d'adressage des demandes	81,5 %	18,5 %
Satisfaction/utilisation de l'outil téléphonique	89,8 %	10,2 %
Difficultés/entretiens par téléphone	22,9 %	77 %
Difficultés/durée des entretiens	9,4 %	90,6 %
Difficultés/quantité d'entretiens (rappels compris)	12,5 %	87,5 %
Difficultés/entretien en lui-même (contenu, impuissance)	24,1 %	75,9 %
Difficultés/orientation des appelants	27,6 %	72,4 %
Difficultés/appelants devenus injoignables	38,2 %	61,8 %
Difficultés/appels enregistrés	8,8 %	91,2 %
Difficultés/absence de demandes sur certains créneaux	47,3 %	52,7 %
Difficultés/rappels en dehors des vacances	24 %	76 %
Difficultés/appels impromptus	16,9 %	83,1 %

de ne pas recevoir d'appel durant leurs vacances ou celui de ne pas parvenir à recontacter un appelant pour lequel un rappel était prévu ont été le plus mentionnés, avec respectivement 47,3 % et 38,2 % (Fig. 1 et 2 et Tableau 1).

3.1.3. Scores aux échelles

Pour les échelles visuelles analogiques, nous avons considéré que le niveau était important quand le score se situait entre 7 et 10. Ainsi, 73,5 % des participants ont ressenti une utilité importante lors des entretiens téléphoniques pour les appelants ; 21,4 % ont trouvé que les contraintes sur leur vie personnelle du fait de leur implication dans le dispositif étaient élevées ; six des participants présentaient un score à la PCL-5 en faveur d'un TSPT, le plus haut score étant de 41 (Tableau 2).

3.1.4. Gestion des urgences psychiatriques

Le nombre de situations d'urgences psychiatriques rapportées au nombre de participants selon les professions indiquaient une moyenne de 0,6 pour les psychiatres, 0,5 pour les infirmiers et 0,4 pour les psychologues.

Tableau 2Données descriptives. Scores aux échelles (moyennes $\pm$ écart-type).

	Total
PHQ-9 0–19	3,38 $\pm$ 3,40
GAD-7 0–18	2,63 $\pm$ 3,13
ProQOL	
Satisfaction de compassion 22–50	39,65 $\pm$ 5,06
Burnout 10–38	20,34 $\pm$ 4,28
Stress secondaire 10–35	17,81 $\pm$ 4,78
PCL-5 0–41	5,86 $\pm$ 7,63
COPE	
Coping actif, 2–8	5,29 $\pm$ 1,49
Planification, 2–8	5,0 $\pm$ 1,63
Soutien instrumental, 2–8	4,74 $\pm$ 1,54
Soutien émotionnel, 2–8	4,29 $\pm$ 1,48
Expression des sentiments, 2–8	4,71 $\pm$ 1,49
Réinterprétation positive, 2–8	5,29 $\pm$ 1,61
Acceptation, 2–8	5,83 $\pm$ 1,65
Déni, 2–8	2,28 $\pm$ 0,70
Blâme, 2–8	3,37 $\pm$ 1,11
Humour, 2–8	3,91 $\pm$ 1,44
Religion, 2–8	2,80 $\pm$ 1,24
Distracted, 2–8	4,40 $\pm$ 1,56
Utilisation de substances, 2–8	2,54 $\pm$ 0,93
Désengagement comportemental, 2–8	2,49 $\pm$ 0,95

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire ; GAD-7 : Generalized Anxiety Disorder-7 ; ProQOL : Professional Quality of Life ; PCL-5 : PTSD checklist for DSM-5 ; COPE : Brief COPE questionnaire.

3.2. Analyse de comparaison de groupes

Nous avons réalisé des tests de comparaison non paramétriques afin d'identifier les facteurs de risque des difficultés émotionnelles. Pour chaque test, les variables dépendantes testées étaient les scores à la PHQ-9, à la GAD, à la ProQOL et à la PCL-5. Afin d'alléger la présentation des résultats, seuls les résultats significatifs seront détaillés. On retrouve tout d'abord un effet significatif du sexe. Les femmes présentent des scores plus importants que les hommes à la PHQ-9 ($U = 7141$; $p = 0,004$), au GAD ($U = 7330$, $p = 0,009$), à la sous-dimension stress secondaire de la ProQOL ($U = 7247$; $p = 0,008$) et à la PCL-5 ($U = 7515$; $p = 0,021$). Pour ce qui est du fait de se sentir accompagné par l'encadrement dans le dispositif, on retrouve un effet significatif sur l'ensemble des variables dépendantes. Les personnes se sentant accompagnées dans le dispositif présentent des scores moins importants à la PHQ-9 ($U = 2942$; $p = 0,039$), à la GAD ($U = 2929$; $p = 0,034$), aux sous-dimensions burnout ($U = 2128$; $p < 0,001$), stress secondaire de la ProQOL ($U = 2880$; $p = 0,029$) ainsi qu'à la PCL-5 ($U = 2898$; $p = 0,031$). Au contraire, les personnes qui se décrivent accompagnées par l'organisation présentent un score plus important à la sous-dimension compassion de la ProQOL ($U = 5229$; $p = 0,001$). On observe également un effet significatif du fait d'avoir dû gérer des urgences psychiatriques. Les personnes ayant dû gérer des urgences psychiatriques présentent un score plus important à la sous-dimension compassion que celles n'ayant pas dû gérer d'urgences psychiatriques ($U = 13\,985$; $p = 0,024$). On ne retrouve pas d'effet significatif du fait de présenter des antécédents psychiatriques.

Nous avons ensuite comparé les personnes présentant un score faible et celles présentant un score modéré à la sous-dimension stress secondaire de la ProQOL. Il apparaît que les personnes présentant un stress secondaire modéré présentent des scores plus importants à la PHQ-9 ($U = 9333$; $p < 0,001$), à la GAD ($U = 9508$; $p < 0,001$), à la sous-dimension burnout de la ProQOL ($U = 10\,285$; $p < 0,001$), à la PCL-5 ($U = 10\,242$; $p < 0,001$), ainsi qu'à certaines sous-dimension de la COPE : déni ($U = 9175$; $p < 0,001$), blâme ($U = 7945$; $p = 0,004$), distraction ($U = 8113$; $p = 0,002$), utilisation de substances ($U = 7516$; $p = 0,012$) et désengagement comportemental ($U = 7387$; $p = 0,026$). Au contraire, les personnes présentant un stress secondaire modéré présentent des scores plus faibles à la sous-dimension compassion de la ProQOL que les personnes présentant un stress secondaire faible ($U = 4676$; $p = 0,003$).

3.3. Analyses de corrélations

Nous avons réalisé des analyses de corrélation de Pearson. Les résultats détaillés sont présentés dans le Tableau 3. De manière globale, on observe que certaines stratégies semblent plutôt positives et d'autres plutôt négatives. Les stratégies positives sont le coping actif, la planification, l'expression des sentiments, la réinterprétation positive et l'acceptation. En effet, il apparaît que ces stratégies sont positivement corrélées à la sous-dimension satisfaction de compassion de la ProQOL alors qu'elles sont globalement négativement corrélées aux scores de difficultés émotionnelles à savoir, le PHQ-9, le GAD, les sous-dimensions burnout et stress secondaire de la ProQOL et la PCL-5. Les stratégies négatives sont le soutien instrumental, le soutien émotionnel, le déni, le blâme, la distraction, l'utilisation de substances et le désengagement comportemental. Ces dernières sont négativement corrélées à la sous-dimension satisfaction compassion de la ProQOL alors qu'elles sont globalement positivement corrélées aux scores de difficultés émotionnelles à savoir, le PHQ-9, le GAD, les sous-dimensions burnout et stress secondaire de la ProQOL et la

Tableau 3

Tableau de corrélation des scores de difficultés émotionnelles et des stratégies de coping.

	PHQ-9	GAD	POQ-C	POQ-B	POQ-SS	PCL-5
COPE						
<i>Coping actif</i>	–0,055	–0,031	0,215**	–1,31*	0,067	0,033
<i>Planification</i>	–0,088	–0,076	0,210**	–0,121*	0,031	–0,017
<i>Soutien instrumental</i>	0,20	0,004	0,068	0,004	0,113*	–0,029
<i>Soutien émotionnel</i>	0,102	0,117*	0,062	0,089	0,203**	0,107
<i>Expression des sentiments</i>	–0,035	0,012	0,113*	–0,071	0,091	–0,020
<i>Réinterprétation positive</i>	–0,110	–0,096	0,282**	–0,258**	–0,033	–0,106
<i>Acceptation</i>	0,018	0,018	0,195**	–0,157**	0,23	0,034
<i>Déni</i>	0,259**	0,257**	–0,115*	0,212**	0,383**	0,389**
<i>Blâme</i>	0,251**	0,232**	–0,234**	0,276**	0,281**	0,290**
<i>Humour</i>	–0,021	–0,070	0,047	–0,033	–0,011	–0,025
<i>Religion</i>	0,055	0,025	0,111*	0,024	0,130*	0,166**
<i>Distraction</i>	0,142*	0,221**	0,060	0,060	0,227**	0,207**
<i>Utilisation de substances</i>	0,318**	0,240**	–0,136*	0,211**	0,222**	0,247**
<i>Désengagement comportemental</i>	0,202**	0,232**	–0,162**	0,249**	0,140*	0,237**
<i>Nombre de personnes ayant demandé à être rappelées</i>	0,003	–0,004	0,244**	–0,125*	–0,022	–0,020
<i>Nombre d'entretiens réalisés pour un même appelant</i>	–0,062	–0,082	0,214**	–0,177**	–0,031	–0,061
<i>Contraintes ressenties sur la vie personnelle</i>	0,251**	0,230**	0,021	0,131*	0,208**	0,182**

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,001$.

PCL-5. Le recours à la religion est finalement une stratégie mitigée. En effet, celle-ci est positivement corrélée à la sous-dimension satisfaction de compassion de la ProQOL mais aussi stress secondaire et au score de la PCL-5.

Les analyses de corrélations nous permettent également d'observer que le nombre de personnes ayant demandé à être rappelées et le nombre d'entretiens réalisés pour un même appelant sont positivement corrélés au ressenti positif quant à l'utilité des entretiens téléphoniques et à la sous-dimension satisfaction de compassion de la ProQOL mais négativement corrélés à la sous-dimension burnout.

Le nombre d'entretiens réalisés pour une même personne est positivement corrélé aux stratégies d'adaptation coping actif ($r = 0,132$, $p < 0,05$) et planification ($r = 0,125$, $p < 0,05$) et de manière négative au désengagement comportemental ($r = -1,27$, $p < 0,05$). Enfin, il apparaît que la dimension des contraintes ressenties sur la vie personnelle est positivement corrélée aux scores de difficultés émotionnelles suivants : PHQ-9, GAD, sous-dimensions burnout et stress secondaire de la ProQOL, PCL-5, ainsi qu'aux stratégies de coping actif ($r = 0,119$, $p < 0,05$), distraction ($r = 0,167$, $p < 0,01$) et utilisation de substances ($r = 0,279$, $p < 0,01$).

3.4. Analyse de comparaison de distribution

Nous avons ensuite réalisé des analyses non paramétriques. Pour chaque variable indépendante, nous avons testé l'effet sur les scores à la PHQ-9, à la GAD, à la ProQOL et à la PCL-5. On retrouve un effet significatif du fait de penser avoir été contaminé au COVID-19 sur le score au PHQ-9 ($KW_2 = 6970$; $p = 0,031$). Les personnes qui pensent avoir été contaminées au COVID semblent présenter un niveau plus important de dépression. On retrouve un effet significatif de l'âge sur les sous-dimensions satisfaction de compassion ($KW_3 = 14\ 551$; $p = 0,002$) et burnout ($KW_3 = 10\ 742$; $p = 0,013$). Les personnes plus âgées tendent à présenter un niveau plus important de compassion à la ProQOL. Les personnes de plus de 60 ans et moins de 30 ans semblent également présenter un niveau moins important de burnout à la ProQOL que les personnes entre 30 et 60 ans. On retrouve un effet significatif du nombre d'années d'expérience en CUMP sur le score à la PHQ-9 ($KW_3 = 10,11$; $p = 0,018$), à la GAD ($KW_3 = 111,10$; $p = 0,011$) et la sous-dimension satisfaction de compassion de la ProQOL ($KW_3 = 15,05$; $p = 0,002$). Les personnes bénéficiant de plus de cinq ans d'expérience en CUMP semblent présenter un niveau moins important de dépression et d'anxiété, et un niveau de

satisfaction de compassion plus important. On retrouve un effet significatif de la profession sur les trois sous-dimensions de la ProQOL : la compassion ($KW_5 = 12\ 465$; $p = 0,29$), le burnout ($KW_5 = 16,560$; $p = 0,006$) et le stress secondaire ($KW_5 = 23\ 223$; $p < 0,001$). Les professions considérées dans l'analyse sont : infirmier, interne en psychiatrie, psychiatre, psychologue, médecin non-psychiatre et autre. Les psychologues et les psychiatres tendent à avoir un niveau de compassion plus important que les autres professions. Les psychiatres et les infirmiers tendent à avoir des scores plus importants de stress secondaire et de burnout à la ProQOL. On retrouve un effet significatif du fait d'avoir du mal à gérer les rappels en dehors des vacances sur l'ensemble variables dépendantes : la PHQ-9 ($KW_2 = 7625$; $p = 0,022$), la GAD ($KW_2 = 7938$; $p = 0,19$), les sous-dimensions compassion ($KW_2 = 6,3$; $p = 0,43$), burnout ($KW_2 = 9047$; $p = 0,011$) et stress secondaire de la ProQOL ($KW_2 = 9405$; $p = 0,009$) ainsi que le score à la PCL-5 ($KW_2 = 8535$; $p = 0,014$). Les personnes décrivant du mal à gérer les rappels rapportent des scores plus importants à l'ensemble des questionnaires, y compris à la sous-dimension compassion de la ProQOL. On retrouve un effet significatif du nombre de personnes prises en charge sur le score à la GAD ($KW_3 = 8754$; $p = 0,033$). Les personnes qui ont réalisé plus d'entretiens présentent des scores moins importants à la GAD. On ne retrouve pas d'effet du nombre de vacances effectuées.

4. Discussion

Nous avons évalué l'impact psychologique chez les professionnels des CUMP engagés dans le dispositif de soutien médico-psychologique mis en place durant la pandémie de COVID-19, ainsi que les éventuels facteurs aggravants et protecteurs. Initialement, nous avons pensé qu'un certain nombre d'éléments de ce dispositif inédit pourraient déstabiliser et impacter les professionnels. Pourtant, nous observons une faible prévalence des difficultés émotionnelles évaluées : symptomatologie dépressive, anxieuse, épuisement professionnel, stress secondaire et stress post-traumatiques (1,92 %). Toutefois, le fait que les professionnels soient eux-mêmes directement confrontés à cette épidémie n'est pas sans conséquence et nous constatons que ceux qui pensaient avoir été contaminés par le COVID présentent plus de symptômes dépressifs que les autres. De même, les participants ayant ressenti plus de contraintes sur leur vie personnelle (21,4 %) rapportent plus de difficultés émotionnelles. Nous remarquons également que les femmes présentent des scores significativement plus élevés aux échelles de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique ainsi

qu'à la sous-dimension stress secondaire. Des études récentes dans ce contexte pandémique montrent des répercussions psychiques plus importantes chez les professionnels de santé de sexe féminin [16]. Toutefois, la littérature n'est pas unanime concernant un impact supérieur chez les femmes, certaines rapportant davantage de risque de traumatisme secondaire [19,23] et d'autres, à l'inverse, ne relevant pas de différence selon le sexe [8,18].

Nous observons des différences significatives de l'impact selon les professions. Il apparaît que les psychiatres et les infirmiers présentent des niveaux plus élevés de stress secondaire et d'épuisement professionnel. Ces résultats sont en contradiction avec la majorité des études portant sur le lien entre profession exercée et stress secondaire qui ne retrouvent pas de différence significative [7,19]. Toutefois, il s'avère que ce sont les deux professions qui ont été amenées à gérer, proportionnellement, le plus de situations d'urgences psychiatriques (psychiatres $M = 0,6$; infirmiers $M = 0,5$). Cela pourrait constituer un élément d'explication, la gestion de ces situations complexes, par téléphone, pouvant être anxiogène particulièrement du fait du risque suicidaire, fréquemment évoqué lors de ces appels. L'autre différence à noter est le fait que les psychiatres et les psychologues tendent à avoir un niveau de satisfaction de compassion plus important que les autres professionnels. Cela pourrait s'expliquer notamment par les différences de formation, ces professionnels étant, de fait, formés à une approche psychothérapeutique et ayant pu s'investir davantage dans le suivi de patients demandant à être rappelés plusieurs fois.

Par ailleurs, nous constatons un effet de l'âge et de l'ancienneté en tant que professionnel CUMP mais pas de l'expérience professionnelle. En effet, les volontaires bénéficiant de plus de cinq ans d'expérience en CUMP présentent des scores d'anxiété et de dépression plus bas et de satisfaction de compassion plus élevé. De même, les professionnels âgés de plus de 60 ans présentent un niveau plus élevé de compassion mais plus bas concernant l'épuisement professionnel. La maturité pourrait donc être un facteur de protection, comme le soulignent plusieurs études [7,21]. Toutefois, alors que ces dernières retrouvent des niveaux plus élevés d'épuisement professionnel chez les jeunes professionnels, nous retrouvons des niveaux de burnout moins importants chez les moins de 30 ans comme pour les plus de 60 ans. Il est possible que la tranche d'âge intermédiaire des 30–60 ans ait davantage été confrontée aux contraintes du confinement, notamment dans la gestion de la vie de famille en parallèle de l'activité professionnelle.

Concernant plus spécifiquement le type et le mode d'intervention, nous avons constaté que les participants n'avaient globalement pas été déstabilisés par le caractère inhabituel du dispositif. En effet, ni les entretiens par téléphone ni le système d'adressage ou encore la durée de maintien du dispositif ne semblent avoir généré un impact psychologique, les participants se disant majoritairement satisfaits du dispositif mis en place. Cela montre les grandes capacités d'adaptation de ces professionnels formés à l'urgence médico-psychologique et suggère l'importance du rôle de la formation. Plusieurs études ont en effet montré le lien certain entre formation spécialisée en psychotraumatisme et réduction des risques de traumatisme secondaire [13,23].

Des stratégies d'adaptation ont été mises en place et nous constatons que certaines (coping actif, planification, expression des sentiments, réinterprétation positive, acceptation) sont associées à un niveau plus bas de difficultés émotionnelles ainsi qu'à un niveau plus élevé de satisfaction de compassion. Nous remarquons que les participants ayant réalisé un nombre élevé d'entretiens pour une même personne, utilisent davantage ces stratégies positives. Alors que nous aurions pu craindre un plus fort impact du fait d'une charge de travail plus élevée, d'un engagement plus important auprès des appelants qu'ils suivaient sur plusieurs

semaines, on observe chez ces professionnels la mise en place de stratégies d'adaptation positives de type coping actif et planification, ainsi qu'un sentiment d'utilité plus élevé, un plus haut niveau de satisfaction de compassion et moins d'épuisement professionnel.

Finalement, les participants ont été plus impactés par le fait de ne recevoir aucun appel durant leurs vacances ou quand ils ne parvenaient pas à recontacter un appelant pour lequel un rappel était prévu. Il est probable que cela ait pu générer un sentiment d'inutilité voire d'impuissance et les scores d'anxiété apparaissent plus élevés que pour ceux qui ont réalisé un nombre total d'entretiens plus important. Parmi les facteurs protecteurs identifiés, la qualité de l'encadrement et de l'accompagnement tout au long du dispositif apparaît comme déterminante. En effet, la majorité des participants s'est dite satisfaite de l'organisation globale et de l'accompagnement. Nous observons que les participants s'étant sentis accompagnés rapportent moins de difficultés émotionnelles et plus de satisfaction de compassion. Cette association entre qualité du support organisationnel perçue et satisfaction de compassion a déjà été constatée dans le travail de Sodeke-Gregson et al. [21].

Dans l'ensemble, les résultats suggèrent l'importance de la qualité du support interpersonnel et organisationnel lors des interventions des CUMP. Les professionnels bénéficiant de moins d'expérience doivent être particulièrement accompagnés et surveillés. Quant aux professionnels ayant des contraintes personnelles à gérer, une vigilance particulière et éventuellement un allègement de l'activité en CUMP pourraient être recommandés. La formation, théorique et pratique, est nécessaire dans le renforcement des capacités d'adaptation et de gestion des difficultés émotionnelles. Des travaux supplémentaires seraient nécessaires pour examiner le rôle du genre, cette étude constatant une vulnérabilité chez les professionnelles mais les résultats de différents travaux sur le sujet sont encore largement hétérogènes.

Quelques limites sont à souligner dans cette étude. La méthode de recrutement n'a pas permis de garantir un échantillon homogène et il n'a pas été possible de savoir si les professionnels ayant accepté de participer à l'étude différaient de ceux qui ont choisi de ne pas le faire. De même, il existait nécessairement des différences selon le département d'exercice des professionnels. En effet, le virus n'a pas sévi partout de la même façon et même si la ligne directrice de l'intervention des CUMP était la même, il pouvait exister des différences, plus ou moins importantes, d'un département à l'autre. L'auto-évaluation par l'utilisation d'auto-questionnaires peut également constituer un biais.

5. Conclusion

L'impact psychologique chez les professionnels des CUMP dans ce dispositif inédit de soutien médico-psychologique à la population française lors de la « première vague » de la pandémie du COVID-19 a globalement été faible, contrairement à notre hypothèse de départ. La majorité des participants ont perçu comme utiles les entretiens réalisés et semblaient davantage mis en difficulté par l'absence de demande de prise en charge. Parmi les variables étudiées, certaines comme le sexe féminin, le fait d'avoir plus de contraintes dans sa vie personnelle ou encore le fait d'avoir été soi-même contaminé par le COVID-19, apparaissent comme à l'origine d'un impact psychologique plus important avec plus de difficultés émotionnelles et plus de risque de traumatisme secondaire. *A contrario*, un âge plus avancé, une plus grande expérience en CUMP ainsi que le sentiment d'être accompagné dans un dispositif bien organisé sont associés à un impact psychologique plus faible chez les intervenants. La capacité à développer certaines stratégies d'adaptation apparaît directement

liée à de moindres difficultés émotionnelles. Cette étude, en identifiant des facteurs de risque et des facteurs protecteurs pour les personnels des CUMP lors de cette longue mobilisation inédite, souligne la nécessaire vigilance requise pour chacun de ces professionnels qui doit sans cesse faire preuve d'une grande adaptabilité. Elle souligne, entre autres, l'importance et l'effet protecteur de l'encadrement et d'une organisation fonctionnelle et soutenante en période de crise.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Annexe 1. Questions fermées

De quel type de formation avez-vous bénéficié au préalable ?

Formation générale de médecin psychiatre	Oui	Non
Formation générale de psychologue	Oui	Non
Formation générale d'infirmier diplômé d'état	Oui	Non
Diplôme universitaire dédié spécifiquement au psycho-trauma	Oui	Non
Diplôme non-universitaire dédié spécifiquement au psycho-trauma	Oui	Non
Formation non diplômante dédiée spécifiquement au psycho-trauma	Oui	Non
Formation accélérée avant la prise de fonction dans le dispositif d'écoute	Oui	Non

Trouvez-vous satisfaisante la qualité de l'organisation du dispositif ?

La clarté des consignes	Oui	Non
La disponibilité/accompagnement des « encadrants »	Oui	Non
La gestion du planning	Oui	Non
La durée des vacations	Oui	Non
Le système d'adressage des demandes	Oui	Non
L'utilisation de l'outil téléphonique	Oui	Non

Qu'identifiez-vous comme difficultés concernant les prises en charge en elles-mêmes

Les entretiens par téléphone	Oui	Non
La durée des entretiens	Oui	Non
La quantité d'entretiens (rappels compris)	Oui	Non
L'entretien en lui-même (contenu, impuissance)	Oui	Non
L'orientation des appelants	Oui	Non
Les appelants devenus injoignables	Oui	Non
Le fait que les appels soient enregistrés	Oui	Non
L'absence de demande de prise en charge sur certains créneaux	Oui	Non

Annexe 2. Échelles visuelles analogiques

Cotez de 0 à 10 votre niveau de satisfaction quant à votre implication dans le dispositif actuel :

(0 signifiant que vous n'êtes pas satisfait(e) du tout et 10 que vous êtes extrêmement satisfait(e))

Dans quelle mesure vous êtes-vous senti(e) déstabilisé(e) par les différences avec les interventions CUMP « habituelles » ?

(0 signifiant pas du tout et 10 extrêmement) NA

Cotez de 0 à 10 votre ressenti quant à l'utilité des entretiens téléphoniques pour les appelants :

(0 signifiant aucune utilité perçue et 10 le plus haut niveau d'utilité que vous puissiez imaginer)

Cotez de 0 à 10 les contraintes sur votre vie personnelle liées à votre implication dans le dispositif :

(0 signifiant aucune contrainte et 10 le plus haut niveau de contrainte que vous puissiez imaginer)

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. Fifth Edition, American Psychiatric Association; 2013 [cité 27 déc 2020]. Disponible sur : <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- [2] Ashbaugh A, Houle S, Herbert C, El-Hage W, Brunet A. Psychometric Validation of the English and French Versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). PLOS ONE 2016;11:e0161645.
- [3] Auxéméry Y, Tarquinio C. Le confinement généralisé pendant l'épidémie de Coronavirus : conséquences médico-psychologiques en populations générales, soignantes, et de sujets souffrant antérieurement de troubles psychiques (Rétrospective concernant les répercussions des risques létaux de masse, modèles scientifiques du confinement collectif, premières observations cliniques, mise en place de contre-mesures et de stratégies thérapeutiques innovantes). Ann Med Psychol 2020;178:699–710.
- [4] Brown LS, Pearlman, Laurie A, Saakvitne, Karen W. Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York: W.W. Norton, xix, p, 451, \$40.00. Am J Clin Hypn 1996;38:298–9.
- [5] Circulaire : DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 2 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe:6.
- [6] Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde [Internet]. Disponible sur : /dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde.
- [7] Craig CD, Sprang G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. Anxiety Stress Coping 2010;23:319–39.
- [8] Creamer TL, Liddle BJ. Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. J Traum Stress 2005;18:89–96.
- [9] Crocq L. La cellule d'urgence médico-psychologique. Sa création, son organisation, ses interventions. Ann Med Psychol 1998;156:48–55.
- [10] Crocq L. Secours médico-psychologiques? : le dispositif d'urgence. Soins psychiatr 1997;(188):5–6.
- [11] Desbiendras N. Le traumatisme vicariant chez les intervenants d'urgence médico-psychologique. Eur J Trauma Dissociation 2019;3:151–6.
- [12] Figley CR, editor. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel; 1995. 268 p. (Brunner/Mazel psychosocial stress series).
- [13] Hensel JM, Ruiz C, Finney C, Dewa CS. Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. J Trauma Stress 2015;28:83–91.
- [14] Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. F1000Res 2020;9:636.
- [15] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001;16:606–13.
- [16] Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open 2020;3:e203976.
- [17] Muller L, Spitz E. Multidimensional assessment of coping: validation of the Brief COPE among French population. Encephale 2003;29:507–18.
- [18] Ogińska-Bulik N, Gurowiec PJ, Michalska P, Kędra E. Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. PLoS One 2021;16:e0247596.
- [19] Rossi A, Cetrano G, Pertile R, Rabbi L, Donisi V, Grigoletti L, et al. Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. Psychiatry Res 2012;200:933–8.
- [20] Santé B. Instruction no DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique:18.
- [21] Sodeke-Gregson EA, Holtum S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. Eur J Psychotraumatol 2013;4:4–5.
- [22] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 2006;166:1092–7.
- [23] Sprang G, Clark JJ, Whitt-Woosley A. Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout: Factors Impacting a Professional's Quality of Life. J Loss Trauma 2007;12:259–80.
- [24] Stamm BH. The ProQOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales. Sidran Press; 2005.