



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU
Présenté et soutenu publiquement
Le 12 novembre 2020
Par le Docteur Camille ROBIN

Quand les applaudissements ne suffisent plus

Apport d'une cellule de soutien téléphonique adressée aux professionnels de santé à l'échelle du département d'Indre et Loire en temps de confinement.

Membres du jury :

- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Professeur Éric GALAM
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES
- Assesseur : Docteur Bénédicte JULLIAN

Année universitaire 2019-2020

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Je remercie tout d'abord les enseignant.e.s de ce diplôme interuniversitaire, pour la qualité des interventions tout au long des sessions, et la richesse des échanges permis. Malgré les turbulences de la Covid, mon enthousiasme est resté intact.

Je remercie aussi mes camarades de promotion, avec qui j'ai eu le plaisir de partager du temps, à Paris, sur Whatsapp, puis à Toulouse. Nul doute que cette expérience humaine aura été pour moi d'une aide sans pareil pour traverser les affres de la crise sanitaire. Je garderai un excellent souvenir de vous tous !

Merci enfin à mon conjoint et à ma famille, qui ne cessent de me soutenir dans mon projet professionnel. Ernest, promis, cette fois ci je range mon ordinateur ;))

Pour Eric ... :

« Et puis j'ai vu de la lumière et je vous ai trouvés » *Jean Jacques Goldman*

Table des matières

Introduction	4
<u>I – Une cellule de soutien téléphonique en temps de crise : apport des CUMP</u>	5
<u>II – Matériel et méthodes</u>	10
1. <u>Population d'étude</u>	
2. <u>Dossier de recueil clinique</u>	
3. <u>Protocole</u>	
<u>III – Résultats</u>	12
1. <u>Données épidémiologiques</u>	
2. <u>Données cliniques</u>	
3. <u>Motifs des appels</u>	
<u>IV – Discussion</u>	20
1- <u>Forces et limites de l'étude</u>	
2- <u>A propos des résultats obtenus</u>	
3- <u>L'abord téléphonique</u>	
<u>V – Conclusion</u>	30
Références bibliographiques	32

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

L'épidémie de coronavirus qui a touché la planète en 2019-2020 a profondément bouleversé le monde de la santé ainsi que tous ses acteurs. Cette crise sans précédent continue de faire des victimes à travers le monde, et de fragiliser les soignants mis à l'épreuve de cette pandémie. Au-delà des ressources qu'ils doivent mobiliser au quotidien, les soignants sont plus que jamais appelés à faire preuve de résilience. L'épuisement des professionnels de santé est un phénomène bien connu dans notre société, dont témoignent de nombreuses études à l'échelle mondiale. L'observation des difficultés psychologiques liées à l'exercice professionnel est à l'origine de résultats édifiants, particulièrement dans le domaine de la santé.

En France comme ailleurs, la contagiosité du virus en cause, et les mesures de confinement décidées à l'échelle du pays pour y faire face, ont considérablement isolé la population, en même temps que les soignants. Parmi ces derniers, n'oublions pas que la demande d'aide est particulièrement complexe à formuler, et vient se heurter aux représentations sociétales du soignant, qui ne tombe jamais malade. Pourtant, on sait aujourd'hui, en France notamment, que la santé mentale des soignants est déjà bien altérée. Cette situation dramatique n'est plus à démontrer : anxiété, dépression, burn-out, consommation de substances, suicide : la souffrance des soignants est bien réelle.

Dans ce contexte, et dans l'optique d'assister les soignants en première ligne de cette catastrophe sanitaire, on a pu assister localement à la mise en place de dispositifs de soutien psychologique sous forme de cellules téléphoniques. A Tours, ce système a été organisé à l'échelle départementale par la Cellule d'Urgence Médico Psychologique (CUMP). Psychologues, psychiatres et internes en psychiatrie se sont ainsi rapidement mobilisés pour répondre au besoin d'assistance formulé par les professionnels de santé du CHU, puis de tout le département d'Indre et Loire. Le Professeur Frank Bellivier, délégué ministériel à la psychiatrie et à la santé mentale, a par ailleurs salué les multiples initiatives de ce genre sur le territoire français. Il est vrai que déjà, début avril, en parallèle des encouragements quotidiens partagés lors des applaudissements de 20h, on présageait des conséquences du stress occasionné chez nos soignants. Quel était le profil des professionnels de santé ayant sollicité la cellule téléphonique ? Quels étaient leurs motifs d'appel ?

I – Une cellule de soutien téléphonique en temps de crise : apport des CUMP

La cellule de soutien téléphonique du CHRU de Tours a vu le jour sous l'impulsion du médecin psychiatre coordinateur de la CUMP dans le département d'Indre et Loire, le docteur Antoine BRAY. Dès le mois de mars, une demande de prise en charge psychologique commençait en effet à être formulée par les professionnels de santé en première ligne dans la prise en charge des patients souffrant d'affection à SARS-COV 2 : déjà, les retours du Grand Est et de Corse faisaient état de situations de détresse chez les professionnels, pour des raisons d'épuisement et de stress majeur. La situation sanitaire exceptionnelle induisait une charge décisionnelle très pesante.

Fin avril, le Professeur El Hage, psychiatre responsable du Centre Régional de Psychotraumatologie de Tours, confiait redouter la fin du confinement et les multiples questions qui allaient se poser concernant la santé des soignants : « Il y a un risque de surmenage, des états anxieux significatifs, des états dépressifs, des sentiments de culpabilité, d'impuissance, de débordement émotionnel... De plus, beaucoup sont confrontés à la mort ». Le risque d'exposition à des événements traumatiques était déjà bien au cœur des préoccupations [13]. Dans la situation inédite de cette nouvelle pandémie virale, les professionnels de santé ont dû en effet rapidement se mobiliser. Pour certains, déjà fragilisés, on redoutait un épuisement rapide des ressources et l'installation d'un état de stress permanent : « La crainte de tous les collègues, c'est l'arrivée de la seconde pandémie, la pandémie psychique". [35]

Ainsi, dans une circulaire à l'attention des établissements sièges de SAMU du 30 Avril, le directeur de l'ARS Centre Val de Loire appuyait sur la pertinence des dispositifs de soutien aux soignants, et annonçait la mobilisation des CUMP à minima jusqu'à fin mai 2020. C'est dans ce contexte que la plateforme téléphonique de soutien au personnel du CHRU de Tours a été créée, sur la base d'un numéro unique. Le modèle utilisé, pour répondre à la demande des soignants, a été celui d'un Poste d'Urgence Médico Psychologique (PUMP) téléphonique.

Les Cellules d'Urgence Médico Psychologiques ont été créées au lendemain de l'attentat parisien du 25 juillet 1995, qui a eu lieu dans un train de la ligne du RER B en gare Saint-Michel à Paris. Ces attentats ont tué 8 personnes et fait de nombreux blessés. La principale réaction politique de l'époque a été d'encourager l'organisation d'une réponse au traumatisme psychique engendré parmi les victimes, mais aussi parmi la population générale. Cette même année, des experts ont alors défini des modalités de prise en charge psychique des victimes d'événements collectifs, dispositif qui s'est rapidement étendu par la suite. Les CUMP, telles qu'elles existent aujourd'hui, ont été officiellement instituées par l'arrêté et la circulaire du 28 mai 1997. Au fil des années, l'organisation des CUMP s'est enrichie par la définition de cellules territoriales qui couvrent aujourd'hui tout le pays. Ce dispositif

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

est désormais un service de santé publique, géré depuis 2013 par les Agences Régionales de Santé. C'est une spécificité française.

Les CUMP, en tant qu'unités fonctionnelles de l'Aide Médicales d'Urgence (AMU), existent dans chaque établissement qui possède un SAMU. Pour chacune d'entre elles, un psychiatre référent nommé par l'ARS est responsable d'une équipe de bénévoles, comprenant des professionnels volontaires compétents en santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers). Ils doivent permettre une prise en charge médicopsychologique précoce des victimes et des sauveteurs en cas de catastrophe, d'accident impliquant un grand nombre de victimes, ou d'évènement susceptible d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques. La direction générale de la santé veille à ce que l'on puisse ainsi garantir une prise en charge immédiate et post-immédiate satisfaisante des victimes et permettre d'éviter l'installation des troubles de stress post-traumatique [8 ; 25 ; 33].

Dans la situation qui nous intéresse, c'est l'organisation préalable d'une CUMP qui a permis de créer rapidement une cellule à destination des soignants en difficulté. L'angle d'approche a nécessairement été celui du traumatisme, puisque les dossiers utilisés pour le recueil des informations s'inspirent du modèle utilisé lors du déclenchement d'une CUMP sur le département.

Afin de faire connaître l'existence de la cellule de soutien dans les différentes structures du CHRU, une note de service a été distribuée par courrier interne à tous les professionnels du Centre Hospitalier. Le numéro unique a été communiqué très régulièrement par le biais des messageries professionnelles, mais aussi par le biais des bulletins quotidiens qui informaient sur la propagation du coronavirus et les mesures de prévention à mettre en œuvre. Des affiches ont été imprimées et placées dans des endroits stratégiques, et les services les plus impliqués dans la mobilisation face à la pandémie ont été visités par les responsables de la cellule. Les services touchés par une forte mortalité, comme ceux des services pour personnes âgées, ont eux aussi bénéficié de synthèse d'information sur les modalités de la cellule téléphonique et l'intérêt de solliciter des soignants en santé mentale dans cette situation difficile. La supervision de ces équipes permettait en outre d'entretenir un sentiment d'appartenance, et d'induire un esprit de corps indispensable dans la lutte contre la propagation de la maladie

Si le déploiement d'une cellule de soutien signe en soi la reconnaissance des soignants en tant que potentiellement victimes, cette première étape essentielle doit aussi parvenir à la création d'un lien de confiance, pour une éventuelle poursuite de la prise en charge. Il semble en effet essentiel de permettre un recours ultérieur à des soins spécialisés. Cela implique de structurer un dispositif d'aval destiné aux victimes, clairement identifié, articulé aux services d'urgences psychiatriques traditionnels, prenant en compte l'ensemble des besoins formulés par la personne impliquée. A Tours, pour les personnes qui en avaient besoin, on proposait l'organisation de consultations médicales au

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

sein du CHRU, assurés par quelques soignants de la cellule. Cette organisation n'a pas pu être maintenue à la dissolution de la permanence téléphonique.

Au sein de la communauté des professionnels de santé, il n'existe que très peu de dispositifs spécialisés à même de soigner les soignants. Si la mise en place de dispositifs d'urgence comme celui que nous venons de décrire semble indispensable en temps de crise, il n'en reste pas moins que « l'après » doit être anticipé. Le recours immédiat à la cellule du CHRU de Tours, aussi minime soit il, a permis l'expression d'un besoin. Or, on sait que la symptomatologie d'un traumatisme a une temporalité particulière, et que les véritables besoins d'assistance se font sentir lorsque l'urgence est passée. « L'après COVID sera psychiatrique, forcément psychiatrique » pouvait on lire dans l'étude française dirigée par le Dr Bocher et publiée le 26 mai 2020 sur le site internet de l'Encéphale [3]. Cette revue scientifique française spécialisée dans le domaine de la psychiatrie, consacrait un numéro spécial à la crise de la COVID-19. Un article en particulier alertait sur les troubles psychiatriques affectant les professionnels de santé, que l'on pouvait redouter à la suite de la COVID. « N'oublions pas le moral des troupes » lisait-on. Il était question de deux vagues : d'abord, l'expression des troubles dits péri traumatiques, comprenant les troubles du sommeil, les symptômes anxio dépressifs et le stress. Ces troubles immédiats, pour être pris en charge, supposent une formulation spontanée des difficultés, de la part du professionnel impliqué. La deuxième vague concerne les conséquences différées, qu'elles soient de l'ordre du burn out ou d'un état de stress post traumatique. Par définition, ces derniers découlent de l'évolution de la santé mentale des intéressés. C'est véritablement cette deuxième vague qu'il faut redouter et préparer, comme le recommande l'Académie Nationale de Médecine qui invite à prêter une attention particulière –au long cours- à la santé mentale des soignants impliqués dans la prise en charge du COVID. Pour le dire autrement, citons le docteur Antoine Pelissolo, psychiatre et chef du service de psychiatrie de l'hôpital Henri-Mondor : « Les effets psychologiques sont parfois lents et retardés. Or l'épidémie continue, et, dans ce contexte de stress important, il risque d'y avoir des conséquences psychologiques. [...] L'incertitude est le moteur principal des troubles anxieux, qui peuvent dériver vers une dépression. Il s'agit d'un terreau très propice pour développer des troubles ». [38]

Les équipes médicales chinoises, avec le triste recul qu'elles ont dans cette situation, ont observé des répercussions majeures chez les professionnels de santé : s'il ne faisait pas de doute que les soignants étaient plus touchés par le stress de la crise que la population générale [31], les infirmières semblaient se distinguer par des chiffres alarmants de dépression (50,4%), d'anxiété (44,6%), d'insomnie (34%) et de stress aigu (74,5%) [19].

Certains facteurs de stress étaient clairement identifiés : citons la crainte d'être un vecteur de contamination, accentuée par le manque avéré d'équipement de protection. La réorganisation forcée

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

des soins a été à l'origine de glissement de tâches et de changement de service, bouleversant les repères du soignant soumis à cette réalité, sans aucune préparation. Inévitablement, de nombreux soignants ont travaillé bien plus et bien plus durement. Ils ont aussi été davantage à annuler ou décaler leurs congés, et à sacrifier ses périodes pourtant indispensables pour la récupération physique et mentale. Le confinement et l'isolement subi ont rendu aussi difficile de trouver le soutien nécessaire auprès des proches. Citons le cas des étudiants souvent loin de leur famille, dans des établissements universitaires alors en première ligne dans la prise en charge des malades contaminés. De plus, n'oublions pas les facteurs relationnels qui peuvent se développer en cas de manque d'information ou de mauvaise communication, en prenant la forme de conflits entre collègues, voire même de tensions hiérarchiques et de clivages entre professionnels. Les cadres ont eu la délicate tâche de gérer des équipes en difficultés, et n'ont pas été à l'abri d'erreurs ou de manque d'expérience. De nombreux soignants ont été confrontés à des décisions éthiques complexes, par exemple en devant prioriser certains patients dans l'accès aux soins d'urgence, ce qui pouvait aller à l'encontre de leurs valeurs professionnelles. Enfin, et de façon très logique, citons la confrontation régulière à la souffrance et à la mort, causée par une maladie très mal connue, d'évolution incertaine. Il faut aussi signaler les cas d'agressions des soignants qui se sont vus directement subir la panique de la population (critiques, menaces, vols, demandes de déménagements). En somme, tous les soignants ont connu une charge mentale supplémentaire à risque d'occasionner du stress.

Le soignant est un patient à part. C'est ce qu'avaient en tête les membres de l'équipe CoviPsy, sous la coordination du Professeur Pierre Vidailhet et du Docteur Dominique Mastelli, lorsqu'ils ont créé une brochure à destination des soignants des hôpitaux universitaires de Strasbourg et du Bas Rhin. [7] En effet, le soignant néglige facilement sa santé mentale, et ferme volontiers les yeux sur sa fatigue physique. Ce comportement est en parti sous tendu par un sentiment de culpabilité, et un manque de confiance dans ses compétences (serai-je à la hauteur ?), parfois responsable d'un surmenage, paradoxalement dans les moments d'épuisement.

Les capacités d'adaptation et d'inventivité des équipes médico-soignantes ont été clairement mises à l'épreuve. En termes de résilience, Docteure Sylvie Molenda du Centre National de Ressources et de Résilience (Cn2R) de Lille a partagé sur le net un document accompagnant la population générale dans l'expression de ses capacités de flexibilité [21]. Renforcer sa résilience a été l'un des plus grands défis pour les soignants dans cette période d'adversité. S'adapter, rebondir, dépasser, traverser, faire preuve de souplesse : tels ont été les objectifs des professionnels de santé dès mars 2020. Dans cette optique, une fiche de « réponse rapide dans le cadre de la COVID 19 » a été rédigée par un collègue d'experts, afin de « prévenir, repérer, orienter » les professionnels de santé en souffrance. Publiée le 7 mai 2020 sur le site de la Haute Autorité de Santé, cette ressource est destinée aux soignants en activité

ou en formation, aux personnels médico-sociaux et à tous les intervenants du milieu de la santé. Elle partage les moyens à disposition pour répondre à la souffrance des soignants –d’un point de vue professionnel et personnel- et liste les signes à repérer, en insistant sur cet enjeu majeur de repérage et de prévention, porté par tous les acteurs de la santé mais aussi plus globalement par tous les acteurs à responsabilité, engagés près des autres. En voici un extrait, qui reprend les signes évocateurs d’une souffrance psychique [41].

Les signes à repérer

Les signes potentiellement évocateurs d’une détresse ou d’une souffrance psychique sont multiples et non spécifiques. Ils s’observent tant au niveau émotionnel que comportemental ou encore somatique. Tout changement inhabituel de comportement et toute variation inhabituelle de l’humeur doivent être considérés comme des signes potentiels de détresse.

Parmi les signes qui peuvent être repérés, on trouve :

- Émotions négatives : irritabilité, colère, tristesse, impuissance, culpabilité, etc.
- Perturbations de l’attention, de la concentration et de la mémoire ;
- Baisse d’efficacité : omissions, erreurs ;
- Perturbations relationnelles : détachement, repli sur soi, disputes ou conflits, etc. ;
- Signes de fatigue physique intense (traits tirés, cernes, visage pâle, etc.) ;
- Signes de somatisation : maux de tête, douleurs musculaires, problèmes de peau, troubles digestifs, perte d’appétit, etc. ;
- Hyperinvestissement au travail ;
- Signes de consommation abusive d’alcool, tabac, médicaments, drogues, etc. ;
- Démotivation et de perte d’intérêt, incapacité d’éprouver des émotions positives.

Les idées suicidaires sont un signal d’alarme qui justifie une prise en charge urgente.

Au-delà des conseils prodigués en matière de « Care », et même de soins, cette fiche répertorie les ressources à disposition pour répondre à la détresse de chacun. A travers ce travail, il est donné à voir le nombre important de ressources disponibles, et l’engagement certain des acteurs politiques, malgré la situation préoccupante de l’hôpital public.

Les Agences Régionales de Santé partagent ainsi sur leurs sites internet les dispositifs d’aide à destination de la population générale, ou plus spécifiquement, les ressources destinées aux soignants [32].

D’autres acteurs plus discrets ont aussi œuvré au développement de ressources, comme le docteur Igor Thiriez, qui se présente « aliéniste et rockologue » sur son site internet du même nom. Il a développé un chatbot, c’est-à-dire un dispositif numérique d’intelligence artificielle conversationnelle permettant de combattre le sentiment de solitude (owlie), dont l’utilisation se fait depuis Facebook Messenger. Il a aussi partagé un « petit guide de gestion de l’incertitude en situation de confinement ». [36]

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

En somme, de nombreuses associations, centres ressources spécialisés, autorités du monde de la santé ont répertorié des ressources sur leur site internet : des guides, fiches, brochures, posters, voire même chaînes Youtube ont été créés par des professionnels qui ont mobilisé leurs compétences au service des autres, en partageant au moyen d'internet des stratégies d'adaptation et de régulation des événements négatifs liés à la COVID.

La multiplicité des ressources numériques n'a pas répondu à elle seule aux besoins d'assistance des soignants. Les appels passés à la cellule de soutien au personnel témoignent d'un véritable besoin en termes d'écoute, de conseils et parfois de soins en santé mentale.

II – Matériel et méthodes

1. Population d'étude

La population qui fait l'objet de ce travail a évolué en fonction du temps. D'abord destinée à tous les professionnels de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Tours, la cellule a vu son public cible s'élargir. Sous l'impulsion de l'Agence Régionale de Santé, il a été décidé que l'ensemble des professionnels de santé du département d'Indre et Loire était concerné par cette cellule téléphonique, dont il pouvait solliciter l'aide directement par l'utilisation d'un numéro unique créé à cette occasion. Pour ce faire, une note de service a été distribuée par la Direction des Ressources Humaines à l'ensemble du personnel hospitalier. On mentionnait l'aide médico-psychologique proposée, ainsi que l'écoute et le soutien disponibles. La possibilité de conserver l'anonymat, et la fonction des acteurs volontaires de la cellule téléphonique étaient spécifiés.

2. Dossier de recueil clinique

Chaque professionnel engagé au sein du dispositif d'aide avait en sa possession un dossier de 6 pages, destiné à soutenir les échanges téléphoniques, ainsi que la prise de notes. Cette fiche clinique était remplie après chaque appel par le volontaire sollicité, et conservée par les soignants responsables du dispositif. Elle rappelait les objectifs principaux de l'aide proposée, et interrogeait le participant quant aux symptômes objectivables lors de la conversation téléphonique. Le remplissage systématique de ces grilles cliniques a permis de recueillir des données qualitatives et quantitatives, sur la base de l'évaluation de l'interlocuteur.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

En première page, les objectifs de la cellule étaient rappelés, comme suit :

- Accueillir le vécu émotionnel difficile du professionnel au bout du fil : accueillir son discours en lui montrant que nous sommes en capacité d'entendre l'intégralité de ce qu'il va dire.
- Accompagner le professionnel en orientant son récit vers une verbalisation narrative centrée sur le vécu émotionnel, et limiter le récit strictement factuel.
- Privilégier les questions ouvertes et éviter la négation.
- Aider à penser les choses, les décisions éthiques à prendre, sans orienter, ni juger, ni chercher à déculpabiliser.
- Recevoir la difficulté de l'autre avec écoute, soutien et bienveillance.

Le stress majeur considéré était celui provoqué par la crise sanitaire, et par la charge décisionnelle induite par cette situation exceptionnelle.

En deuxième page, le participant notait la date et l'heure de l'appel, son identité, ainsi que sa fonction et son service hospitalier. Ensuite, il était proposé à l'appelant de décliner son identité (nom, prénom, date de naissance, fonction / service et numéro de téléphone) ou de choisir l'anonymat. Dans ce cas, pour anticiper un éventuel second appel de sa part, il lui était demandé de choisir un code simple d'identification, un mot suffisait. Puis, on notait sur cette page la ou les dates d'exposition au stress, ainsi que sa nature. L'isolement socio économique était une donnée recueillie à cette étape de l'appel, tant cette situation peut accentuer la difficulté la personne choquée et s'opposer au processus naturel de résilience.

Les troisième et quatrième pages permettaient d'évaluer plusieurs dimensions. D'abord, on estimait la qualité du contact, sur le plan de la relation, du récit (le fond du discours) et de la verbalisation (sa forme). Puis, on notait la clinique pendant les faits évoqués, à travers une évaluation simple de l'humeur, de l'anxiété, de l'existence de troubles du comportement, ainsi que du risque suicidaire. Une grille spéciale avait pour but de recueillir d'éventuels symptômes de dissociation péri traumatique, et une autre concernait la forme de la détresse péri traumatique constatée. Ces mêmes grilles servaient ensuite à noter la clinique recueillie pendant l'appel, donc après l'exposition au facteur de stress. Celle qui recherchait toute forme de dissociation péri traumatique était absente. En revanche, deux autres grilles étaient proposées : l'une recherchait des symptômes post traumatiques, et l'autre des symptômes d'épuisement compassionnel.

La cinquième page était prévue pour la prise de notes cliniques.

Enfin, la sixième et dernière page était destinée à noter la durée de l'appel, faire une cotation de l'impression clinique globale de la personne, et interrogeait le participant quant à la forme de réponse soignante à apporter : effectuer un rappel, proposer une consultation ambulatoire, ou simplement se tenir disponible en cas de nouveau besoin.

3. Protocole

Le travail réalisé est celui d'une étude épidémiologique rétrospective, non interventionnelle, et à visée uniquement descriptive. Elle se base sur les notes prises par les participants à la CUMP du 23 mars 2020 au 19 juin 2020, à la suite des appels passés par les personnes en difficulté. Au-delà, la cellule a pris en compte des appels sans remplissage systématique des grilles utilisées jusqu'alors, raison pour laquelle les données n'ont pas été utilisées. En effet, la permanence téléphonique était soutenue par trois acteurs de la santé mentale du CHU qui se sont relayés jusqu'à la fermeture complète de la ligne, en l'absence de nouvelle sollicitation. De retour dans leurs services de soins, l'utilisation du dossier de recueil n'a pas été poursuivie.

L'objectif principal est de décrire le profil des professionnels de santé ayant fait appel à la cellule de soutien, ainsi que leurs motivations principales. A travers la cotation de certains symptômes cliniques, tout en abordant les difficultés sous l'angle du traumatisme, nous avons pu préciser les difficultés récurrentes relatées par les personnes ayant eu recours à la cellule téléphonique. Ces données, d'intérêt public, décrivent à un temps précis la situation des acteurs de santé ayant sollicité assistance. L'objectif plus global est de pouvoir adapter les mesures d'aide proposées aux soignants en souffrance au travail, ainsi que leurs objectifs à long terme.

Les données recueillies sont essentiellement qualitatives. Elles ont donc été codées afin d'obtenir des données chiffrées, et présentables sous forme de graphiques.

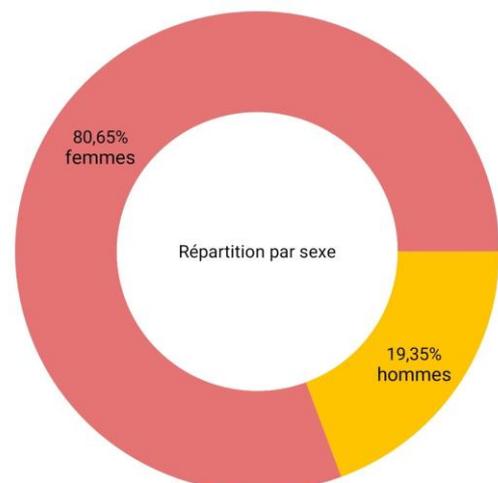
III – Résultats

Nous présenterons ci-dessous les données issues des renseignements épidémiologiques et cliniques recueillis lors des appels reçus.

1. Données épidémiologiques

Genre / répartition par sexe

6 hommes et 25 femmes ont sollicité la cellule.



DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Service d'origine

4 personnes ont choisi de ne pas nous transmettre cette donnée.

3 individus faisait partie du personnel non soignant.

2 soignants exerçaient la médecine en libéral.

Parmi les 22 individus nous ayant communiqué leurs services d'origine :

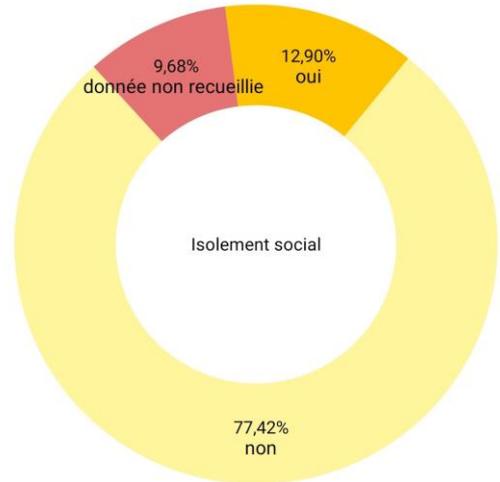
- **7 travaillaient en réanimation, soit un tiers**
- 2 travaillaient en médecine interne
- 2 travaillaient en pneumologie
- 2 travaillaient dans un service de soins de suites et réadaptation
- 2 travaillaient au bloc opératoire
- 1 personne de chacun de ces services a sollicité la cellule : chirurgie orthopédique, imagerie, anesthésie, maladies infectieuses, gériatrie, psychiatrie, maternité.

Fonctions intra hospitalières

Une personne appelante a souhaité garder l'anonymat total en ne dévoilant pas sa fonction hospitalière, l'effectif total était donc de 30 pour cet aspect épidémiologique.

Fonctions des appelants	Effectifs
Externes en médecine	1
Internes en médecine	3
Médecins	3
Psychologues	1
Kinésithérapeutes	1
Pharmaciens	1
Infirmiers	6
Cadres infirmiers	4
Aide soignants	7
Non soignants (secrétaire, agents de restauration)	3

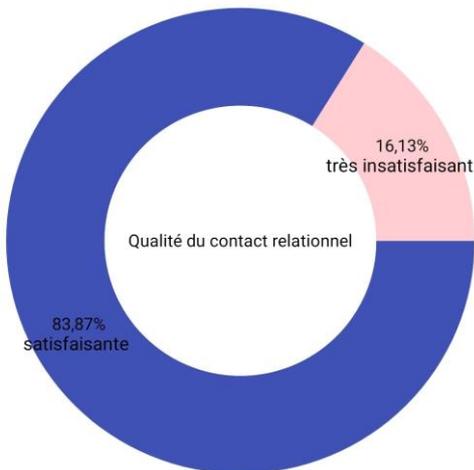
Isolement social / familial



Sur les 31 appelants, 4 se sont déclarés en situation d'isolement. 3 n'ont pas répondu à la question.

2. Données cliniques

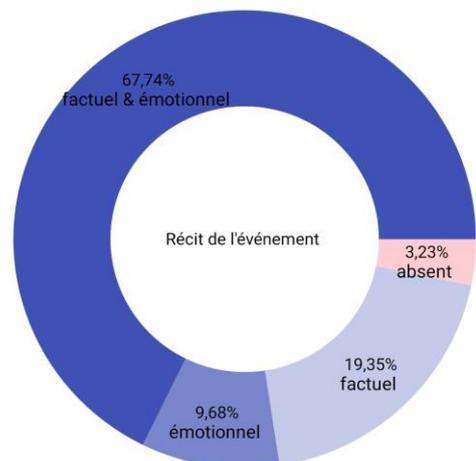
Qualité du contact relationnel



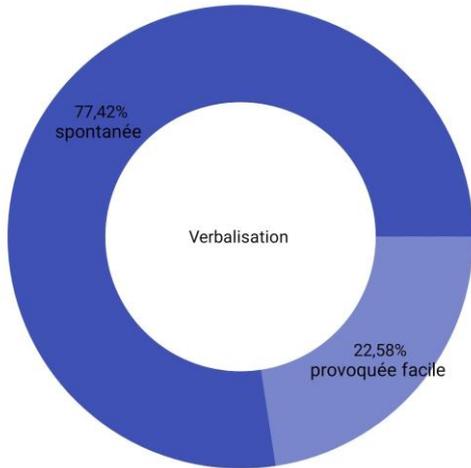
5 appelants sur les 31 avaient un contact relationnel jugé « très insatisfaisant ». Le contact était satisfaisant pour les 26 autres.

Récit de l'évènement

1 appelant n'a pas fait de récit de l'évènement.
Pour 6 appelants, le récit était simplement factuel.
Pour 3 appelants, le récit était uniquement émotionnel.
21 appelants avaient un récit à la fois factuel et émotionnel.



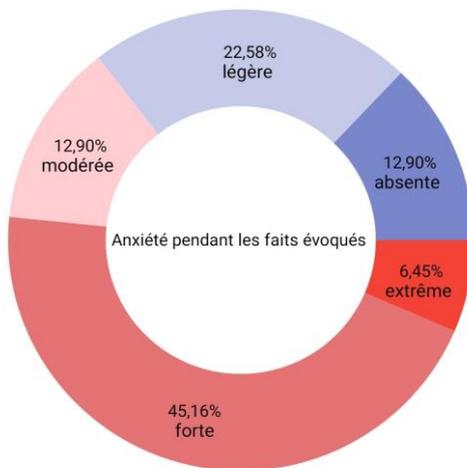
Verbalisation



Sur les 31 appelants, 24 parlaient spontanément. Les 7 autres parlaient facilement mais de manière provoquée (en réponse au soignant répondeur).

Clinique pendant les faits

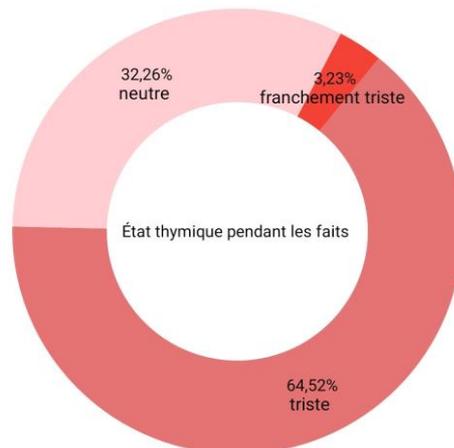
Anxiété



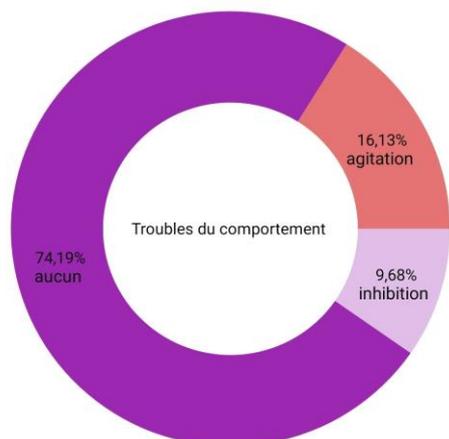
4 appelants ne présentaient pas d'anxiété. 7 individus rapportaient une anxiété d'intensité légère, 4 d'intensité modérée, 14 une anxiété forte et 2 une anxiété d'intensité extrême.

Etat thymique

Parmi les 31 appelants, 10 présentaient une humeur neutre, 20 étaient tristes et une personne était franchement triste.



Troubles du comportement



En ce qui concerne le comportement, 3 appelants étaient inhibés et 5 étaient agités. 23 n'avaient aucun trouble du comportement.

Risque suicidaire

Aucun des individus ayant sollicité la crise ne rapportait d'idée suicidaire pendant les faits qui les avaient mis en difficulté.

Dissociation péri-traumatique

Chez deux appelants, on a retrouvé des symptômes péri-traumatiques : le premier évoquait une perception du temps altérée et le deuxième un sentiment de déréalisation.

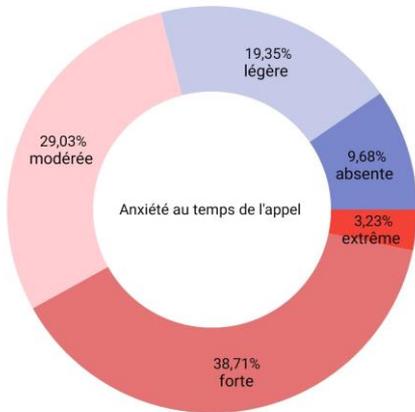
Détresse péri-traumatique

Les symptômes péri-traumatiques ci-dessous étaient recherchés par le répondeur, dans le discours spontané de l'individu appelant. Ils sont classés par ordre décroissant de récurrence. Ils concernent les 31 appelants.

Symptômes	Récurrences
Tristesse, chagrin	12
Peur, inquiétude	9
Frustration, colère	8
Incapacité à initier	4
Perte de contrôle des émotions	2
Peur de mourir	2

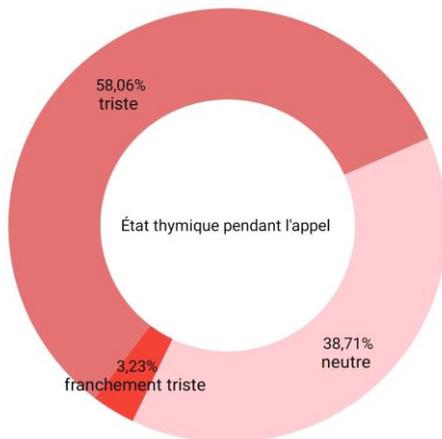
Clinique après les faits / lors du premier appel

Anxiété



Lors de l'appel, 3 appelants ne présentaient pas d'anxiété, 6 avaient une anxiété légère, 9 avaient une anxiété d'intensité moyenne, 12 avaient une forte anxiété et une personne présentait une anxiété d'intensité extrême.

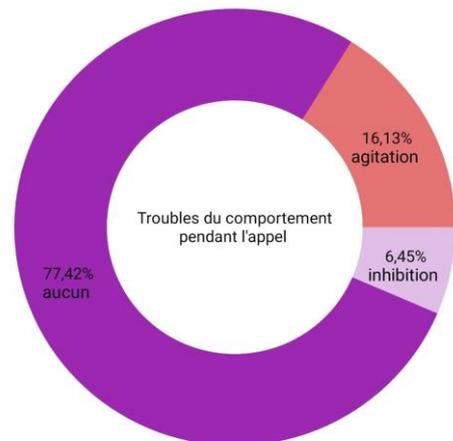
Etat thymique



Au moment de l'appel, 12 appelants présentaient une humeur neutre. 18 appelants étaient tristes, et une personne était franchement triste.

Troubles du comportement

Sur les 31 appelants, 5 étaient agités et 2 étaient inhibés au moment de l'appel.



Risque suicidaire

A la différence de la première évaluation du risque suicidaire, une personne parmi les appelants avait un risque suicidaire, jugé faible par l'interlocuteur.

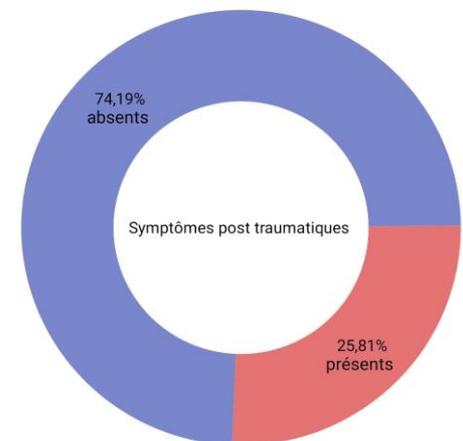
Détresse au moment de l'appel

Les symptômes ci dessous étaient recherchés par le répondeur, dans le discours spontané de l'individu appelant. Ils sont classés par ordre décroissant de récurrence. Ils concernent les 31 appelants.

Symptômes	Récurrences
Peur, inquiétude	14
Tristesse, chagrin	11
Frustration, colère	11
Incapacité à initier	4
Perte de contrôle des émotions	4
Peur de mourir	1

Symptômes post traumatiques

Sur les 31 appelants, 8 présentaient des symptômes post traumatiques comme décrits par le DSM 5.



Pour rappel, ils sont classés comme suit :

Symptômes d'intrusion (= envahissants) : souvenirs involontaires, cauchemars répétitifs, flash-backs

Symptômes d'évitement : efforts pour éviter les rappels internes (pensées) ou externes (activités, lieux, sujet de conversation, personnes) à même de déclencher des souvenirs de l'évènement

Symptômes dissociatifs : amnésie, altération de la perception de la réalité, de l'environnement ou de soi même.

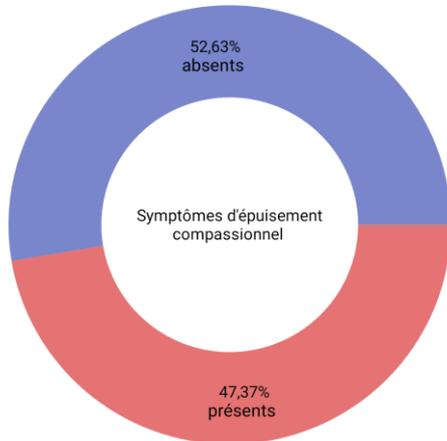
Effets négatifs sur les capacités intellectuelles et l'humeur : incapacité à éprouver des émotions positives, croyances négatives exagérées, Idées déformées persistantes sur la cause ou les conséquences du traumatisme qui conduisent à s'accuser soi-même ou les autres, état émotionnel négatif persistant, diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes, sentiment de détachement ou d'éloignement des autres

Symptômes d'éveil / excitation et réactivité altérée : difficultés d'endormissement, irritabilité ou accès de colère, comportement imprudent ou autodestructeur, difficultés de concentration, augmentation de la réaction de sursaut, hyper vigilance

[42]

Symptômes d'épuisement compassionnel

Sur les 31 appelants, 18 évoquaient un épuisement compassionnel.



Rappelons l'ensemble des signes témoignant d'un épuisement compassionnel :

- sensation de menace des ressources et capacités professionnelles
- érosion émotionnelle
- épuisement
- désengagement
- cynisme
- changement de croyances sur soi, le monde et les autres ainsi que changements de perception de soi et de l'identité.

Gravité clinique estimée

Le niveau de gravité des troubles de l'appelant au moment de l'appel a été estimé pour 29 appelants. 17 personnes sur les 29 ont été jugés « malades »

3. Motifs des appels

Les éléments recueillis par les répondeurs de la cellule ont permis de classer comme suit les motifs d'appel, par ordre de récurrence :

- Anxiété, stress, tension : 10 appelants concernés.
- Epuisement : 5 appelants concernés.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Culpabilité : 4 appelants rapportaient se sentir coupables. Ce ressenti s'expliquait par l'impression d'être « un poids » (honte d'être confiné pour raison de santé), par l'impression de ne pas pouvoir assurer le plan blanc, par le fait d'être écarté de l'activité du service pour cause de réorganisation temporaire, voire par le fait d'être soi même arrêté pour maladie. Ces 4 personnes rapportaient donc toutes le sentiment d'être écartées de leurs fonctions habituelles de soin.
- Colère : 4 appelants concernés. Cette émotion était systématiquement reliée au manque de reconnaissance professionnelle ressenti.
- Contrariétés managériales : cette difficulté était rapportée par un des appelants.
- Sensation de décalage entre la rigueur hospitalière et le manque de considération des proches : cette problématique était rapportée par un appelant non soignant.
- Deux personnes rapportaient en premier lieu des difficultés personnelles (éloignement des enfants, violences).
- Enfin, deux appelants ont sollicité la cellule avec une demande de renseignements en premier lieu.

IV – Discussion

1. Forces et limites de l'étude

L'intérêt principal de ce travail est d'apporter des connaissances sur l'état psychique des professionnels de la santé face à la crise du coronavirus à l'échelle du département d'Indre et Loire. Bien que le département ait été relativement peu concerné par les cas graves de la maladie, il est probable que la création rapide d'un numéro unique, l'utilisation d'un support de notes structuré et la garantie de l'anonymat des appelants ont permis de réunir efficacement des données d'intérêt public. L'engagement d'un grand nombre de professionnels et d'étudiants en santé mentale est à saluer : elle vient témoigner de l'entraide qui constitue une des valeurs de base des professionnels de la santé. Il va de paire avec l'application apportée par les bénévoles de la cellule à réunir les données présentées ci-dessus, et bien sûr avec la qualité de l'encadrement apportée par les médecins responsables de cette cellule. La mobilisation d'un secrétariat dédié, d'une salle d'open-space dotée de postes téléphoniques et d'ordinateurs a été permise par l'organisation administrative du CHRU de Tours. Cette mobilisation sans précédent vient démontrer le souci bienveillant des personnels non soignants de l'hôpital à assurer la santé mentale des acteurs en première ligne.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

L'écoute apportée par les bénévoles a probablement été peu influencée par l'objectif de résultats, puisque la réalisation de cette étude n'a été décidée qu'après la clôture de la ligne téléphonique de soutien. De plus, il était conseillé à chacun des participants à la cellule de prendre du temps pour remplir le dossier clinique fourni, en basculant d'éventuels appels sur un autre poste lors du temps d'écriture. Un débriefing était organisé à la fin de chaque demi-journée pour apporter aux participants un espace de parole constructif et réactif. Une somme non négligeable de documents pédagogiques était mise à la disposition sur le réseau d'ordinateurs de l'open space, et il était d'usage de transmettre d'une journée à l'autre des conseils en termes d'aide à apporter aux appelants. Rappelons que cette cellule n'avait pas pour objectif d'être intrusive en menant un entretien téléphonique, mais bel et bien d'accueillir avec empathie la détresse de l'appelant, en l'encourageant à exprimer ses émotions, au moyen d'une écoute active soutenue par des questions ouvertes et par le partage de ressources concrètes mises en commun (comme par exemple un lien pour l'inscription gratuite sur une application mobile de relaxation).

Le principal biais à évoquer ici concerne la temporalité : les événements traumatiques dont il est question n'ont jamais vraiment cessé, la menace et l'incertitude d'une deuxième vague de contamination étaient mentionnées depuis le début des réactions sanitaires à l'échelle nationale. L'angle d'abord de la cellule de soutien était principalement celui du traumatisme, bien que la crise de la COVID soit davantage à considérer comme un événement traumatique récurrent. Sans remettre en question l'abord clinique employé, il aurait peut être été judicieux d'ouvrir les critères cliniques en y associant la symptomatologie du burn out. La crise de la Covid pourrait en effet constituer l'évènement responsable d'une décompensation psychique dans un contexte déjà installé de souffrance au travail. L'étude indienne menée par le Dr Chatterjee évoque pour sa part un contexte de souffrance mentale pré existant [4], en montrant des liens significatifs entre les symptômes psychiatriques et l'âge, la présence de comorbidités ou l'amplitude de la journée de travail par exemple.

Le faible effectif des appelants ne nous a pas permis de travailler sur des données de grande ampleur. L'abord rétrospectif de cette étude uniquement descriptive ne permet pas de conclure à un lien de causalité scientifique, mais de décrire sur une courte période la situation d'une population spécifique. L'étude est peu puissante, malgré sa problématique intéressante qui permet d'entrevoir le profil des professionnels ayant eu besoin de cette aide spécifique.

L'étude comportait par ailleurs un biais d'évaluation, puisqu'elle reposait sur l'appréciation clinique d'un bénévole professionnel en santé mentale. Il est possible que certains critères cliniques aient été parfois jugés plus ou moins intenses, selon l'état d'esprit de la personne ayant rempli le dossier support. Ainsi, inconsciemment ou pas, la subjectivité du clinicien a pu participer à une

déclaration quelque peu influencée. On devine que la motivation des cliniciens à s'engager dans la cellule de soutien pouvait davantage les pousser à surévaluer la détresse des professionnels.

2. A propos des résultats obtenus

L'ensemble des résultats obtenus témoigne de l'existence de difficultés d'ordre psychique parmi le personnel hospitalier. Ces résultats concordent avec la littérature fournie par de nombreuses études, notamment des études chinoises, qui ont mis en évidence une plus forte prévalence de symptômes de souffrance psychique parmi le personnel de santé que parmi la population générale [30].

Le profil des appelants

Certains résultats de notre étude interpellent, et peuvent être comparés aux chiffres français de l'association SPS (Soins aux Professionnels en Santé) qui a mené une étude du 23 mars au 13 mai 2020 [26]. Comme nous, l'association a analysé les appels passés par les professionnels de santé au numéro de la plateforme nationale d'écoute, largement partagé sur le territoire. La forte prévalence des femmes dans notre étude (80,65%) se retrouve aussi parmi les appelants de SPS (85 %). De la même façon, les personnes ayant appelé la cellule de SPS était majoritairement du secteur paramédical : dans notre étude, les infirmiers et aides soignants étaient aussi les plus représentés. On devine que ces deux résultats sont liés, puisque les postes des secteurs paramédicaux sont majoritairement occupés par des femmes [15]. Par ailleurs, être une femme expose deux fois plus à un risque de traumatisme [12].

Sans surprise, la prévalence des soignants travaillant en réanimation (7 individus sur les 21 qui ont identifié leur service de rattachement) témoigne du désarroi psychique parmi la population de soignants les plus confrontés avec les formes potentiellement létales de la COVID. C'est aussi ce qu'ont mis en évidence les études chinoises ou italiennes pour retenir celles des pays précocement concernés par la contagion : les soignants de première ligne étaient aussi les plus sévèrement atteints psychiquement [11 ; 23 ; 30 ; 27].

Dans les tribunes du Monde, les médecins Jean Paul Mira, Marie Rose Moro et Antoine Périer alertaient fin avril sur une situation rendue très inconfortable en réanimation, notamment par la diminution du temps disponible au chevet des malades. La surcharge d'activité, la gravité des cas hospitalisés ainsi que la crainte d'une contamination imposaient aux soignants de réanimation des

soins rapides, déshumanisant les actes [37]. Rappelons que le travail difficile dans ces services de soins n'est pas sans conséquence sur le personnel de réanimation, ce qui a été déjà démontré par des études passées [28]. En réaction, la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) a participé à la création de la commission Smart, dédiée à la prévention des risques psycho sociaux au travail. [40]

Pour enrichir cette définition du profil des appelants, il semble pertinent d'évoquer une revue de littérature australienne [17 ; 24] ayant recensé les difficultés psychologiques associées à des épidémies virales passées (SRAS, Covid 19, MERS, Ebola, H1N1, H7N9). Ainsi : être jeune, peu expérimenté, avoir des enfants dépendants ou avoir un membre de sa famille infecté par le virus en cause rend plus vulnérable. En dehors de ces facteurs, l'étude montrait qu'une quarantaine prolongée, l'absence de consignes précises pour la pratique ou encore la stigmatisation contribuaient au malaise psychologique des soignants mobilisés. La revue de la littérature de Nobles montrait pour sa part que les soignants en première ligne, les infirmiers et ceux qui avaient plus de risque d'être contaminés – notamment ceux qui manquaient de matériel de protection- étaient les plus à même d'être impactés par ces symptômes. [23]

Troubles évalués

Nos résultats nous montrent que la qualité du contact téléphonique était globalement satisfaisante, même si certaines personnes ne parvenaient pas à exprimer leurs émotions (6 personnes sur 31), et restaient concentrées sur la situation d'urgence inédite. Pour d'autres au contraire (3 sur 31), les émotions étaient si envahissantes qu'elles prenaient tout l'espace de parole. Enfin, pour tous, le dialogue semblait nécessaire comme en témoigne la facilité des échanges avec les bénévoles de la cellule téléphonique.

Sur le plan clinique, à l'heure des événements, la morbidité psychiatrique a pu être approchée via les observations des répondants : plus de la moitié (51,61%) des personnes ayant eu recours à la cellule étaient en proie à une anxiété d'intensité forte à extrême. 67,75 % des appelants présentaient une humeur triste voire franchement triste. La plupart d'entre eux ne présentaient pas de troubles du comportement, mais ceux qui en présentaient étaient plus volontiers agités qu'inhibés.

Le risque suicidaire était jugé inexistant pendant la mobilisation des soignants lors des événements. Sur le plan spécifique du traumatisme, deux personnes rapportaient des symptômes de dissociation. Cette proportion est peu parlante dans notre échantillon, mais elle apporte des preuves quant au vécu violent d'une telle crise parmi les soignants de notre échantillon.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Les chiffres concernant la clinique après les faits chez nos 31 appelants témoignent d'une baisse de l'anxiété forte à extrême (41,94%) et de la même façon, moins de tristesse de l'humeur (61,29%). Il y avait aussi moins de troubles du comportement, même si les personnes agitées pendant la crise l'étaient tout autant au moment de l'appel. Pour expliquer ces légères différences, on peut imaginer que l'appel était davantage passé hors période de travail, que le fait d'être écouté apaisait les appelants, ou bien qu'ils avaient trouvé par eux-mêmes des moyens pour diminuer la souffrance ressentie sur le terrain.

Manifestement, même en se basant sur la deuxième série de chiffres, les symptômes anxieux et l'altération de l'humeur étaient les principaux signes de détresse retrouvés dans le discours des appelants, et ils étaient très fréquents.

Ces chiffres font écho à de multiples études. En Chine, citons une étude menée à Wuhan, épice de l'épidémie, qui faisait état de prévalences de la dépression et de l'anxiété qui avoisinent les 25%. [22] Citons aussi l'enquête en ligne réalisée auprès de 152 praticiens du Bengale occidental dans le Nord-Est de l'Inde : 34,9% étaient déprimés, 39,5% souffraient d'anxiété et 32,9 % souffraient du stress. [4] Ces chiffres sont plus sévères encore parmi les médecins pakistanais en première ligne qui ont répondu à une enquête menée dans leur pays début mars 2020 : ils étaient plus d'un tiers (43%) à présenter des symptômes d'anxiété et de dépression [1]. En Italie, parmi les agents de santé ayant participé à une vaste étude en ligne (n=1379), le syndrome de stress post traumatique concernait presque 50% des répondants, la dépression était retrouvée chez près d'un quart d'entre eux, l'anxiété chez près de 20 %, l'insomnie concernait 8 % des répondants et enfin le stress élevé était partagé par près de 22% de l'effectif total [27].

Les chiffres bien plus élevés de notre étude ont peut être été biaisés par l'appréciation subjective et approximative des bénévoles. Pour remplir notre grille clinique, il est vrai qu'aucune échelle validée n'était utilisée, ce qui aurait pu garantir une meilleure appréciation de l'intensité de la symptomatologie.

Dans notre étude, la détresse ressentie au moment de l'appel s'exprimait presque de la même manière que lors des faits, même si cette fois-ci l'anxiété (peur, inquiétude) primait sur la tristesse et le chagrin. Ces données sont cohérentes avec les symptômes anxio dépressifs retrouvés chez la plupart des appelants. En troisième place arrivent la frustration et la colère, sentiments aussi prépondérants que l'altération thymique après les faits traumatisants. Ce n'est pas un détail si l'on prend en compte la réorganisation urgente qui a été nécessaire pour faire face à la contagion, et qui a mis en difficulté des soignants habitués à un confort de pratique fortement dégradé par la crise sanitaire. N'oublions pas la demande de reconnaissance des soignants et la période de revendications ayant précédé la crise

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

de la COVID, pendant laquelle les soignants sont descendus manifester leur mécontentement dans la rue.

L'analyse de nos données cliniques retrouvait que plus du quart des appelants (25,81%) présentaient des symptômes post traumatiques. Une étude italienne avait une prévalence de presque 50% de soignants avec des symptômes de stress post traumatique. Cette étude mettait par ailleurs en évidence les principaux facteurs de risques liés à la symptomatologie traumatique : être en première ligne, être médecin généraliste ou avoir un collègue décédé du coronavirus ou en quarantaine. [27]

Dans notre population d'étude, près de la moitié des appelants (47,37%) évoquait la présence d'un épuisement compassionnel. Ce symptôme est au cœur de la symptomatologie du burn out chez un professionnel de la relation d'aide. Ce signe est aggravé par le manque de reconnaissance au travail, qui a par ailleurs été évoqué à plusieurs reprises parmi les appelants de la cellule. S'il ne signe pas seul la présence d'un épuisement au travail, il témoigne d'une fatigue émotionnelle intense, qui rend le soignant « vidé », indisponible psychiquement. Cet épuisement compassionnel est souvent décrit comme le premier stade du burn out, il est donc à considérer comme un risque majeur pour la santé des soignants surmenés.

Il peut être intéressant de se pencher sur la symptomatologie du burn out comme peuvent l'avoir décrit Eldewich et Brodsky. En 1980, ils décrivaient 4 phases successives dans l'installation du burn out, la dimension temporelle participant à ce qu'ils appelaient « désillusion ». La première phase est celle de *l'enthousiasme* : le professionnel volontaire et concerné s'investit pleinement dans son travail, et s'en trouve gratifié. Puis le soignant traverse une phase de *stagnation*, pendant laquelle il peut se surinvestir dans son travail, malgré l'absence de résultats. Sa santé commence à se dégrader, notamment son sommeil. Ensuite vient la *frustration*, le temps des remises en question et de la quête de sens. C'est un moment pendant lequel l'individu perd confiance et doute de sa légitimité. Il se montre moins ouvert, moins patient avec ses collègues, et il est aussi moins tolérant. Enfin, la dernière phase *d'apathie* ou de *démoralisation* se caractérise par le sentiment d'être dépassé, incompetent, et le soignant risque de délaisser en partie son travail : c'est le burn out à proprement parler.

En ce qui concerne la crise sanitaire actuelle, il apparaît que la première phase d'urgence est passée. Le risque pour la santé des soignants est désormais entretenu par la frustration de n'avoir pu endiguer l'épidémie, qui revient en deuxième vague malgré les efforts fournis par les soignants et la population générale.

Les motifs des appels

Les motifs de sollicitation ont été recueillis pour chaque appel. Ces données cliniques précieuses constituent des pistes d'amélioration qui optimiseraient les systèmes d'aide déployés pour les soignants. Il est clair, à la lecture des résultats, que de nombreux professionnels de la santé nécessitent des aides en situation d'urgence mais aussi en prévention d'éventuels troubles psychiques.

L'aide à la gestion des symptômes d'anxiété apparaît primordial dans notre étude.

Vient ensuite l'épuisement, deuxième motif énoncé, qui serait éventuellement prévenu par une réorganisation adéquate dans les services en tension. Ainsi, il apparaît que faire des pauses régulières dans des lieux de détente adaptés, avec suffisamment de nourriture, peut garantir une meilleure satisfaction au travail, et amoindrir le stress et l'anxiété générés par le contexte d'urgence [10 ; 20]. Il est aussi primordial de garantir la protection des travailleurs de la santé en leur fournissant suffisamment d'équipements de protection individuels. [5 ; 31]

La culpabilité –de ne pas pouvoir fournir le travail habituel- et la colère par manque de reconnaissance professionnelle témoignent de la nécessité d'un espace de parole et d'écoute à l'échelle des services par exemple. Ces émotions fortes sont légitimes, et on devine qu'elles ont été partagées par de nombreux professionnels. A l'instar de ce qu'encourage la commission smart en anesthésie réanimation [40], il serait peut être judicieux de renforcer le sentiment d'appartenance à une équipe dans ces conditions là. Leur campagne « un patient une équipe » vise à prévenir les conflits au sein des services de soins. En outre, une aide en termes de management, concept évoqué par un des appelants, pourrait être une partie de la réponse à fournir. A Tours, le Professeur Philippe Colombat insiste sur la place primordiale du management d'équipe dans la qualité de vie des soignants au travail. Il défend l'importance du management de proximité, par la démarche participative. Il l'encourage ainsi par l'organisation de staffs réguliers entre les professionnels, de formations internes ou par la définition d'un projet de service. Il propose par ailleurs le développement d'un soutien aux soignants par la tenue de réunions en situation de crise, encourage le « soutien de couloir » que les psychologues internes aux établissements de santé connaissent bien, mais il montre aussi le bienfait des groupes de parole (pendant le confinement, l'importance des réseaux sociaux et des groupes de discussion ne sont pas à démontrer). [6]

Enfin, les demandes de renseignements formulées soulèvent la question de la circulation de l'information, dont on imagine que l'utilisation de bulletins internes, les réseaux sociaux et les moyens

numériques seraient un bon support. Enfin, les difficultés personnelles pourraient être abordées lors d'un suivi personnel, auprès du médecin généraliste ou d'un professionnel de la santé mentale.

Expérience personnelle

Concernant la gravité clinique des appelants : 17 appelants sur 29 évalués étaient considérés comme malades, et nécessitaient pour beaucoup un suivi au moins téléphonique. Force est de constater que la souffrance des personnes ayant appelé la cellule était déjà très intense lors de cette première vague. Pour ma part, mon engagement auprès de la cellule de soutien m'a donné l'occasion de suivre en consultations une personne du secteur paramédical. Depuis juin, période critique caractérisée par un risque suicidaire imminent chez cette aide soignante, j'ai pu observer l'évolution des symptômes post traumatiques initiaux (reviviscences, crises d'angoisse, évitement massif, insomnies / cauchemars). Ces derniers étaient par ailleurs associés à une symptomatologie pré existante de burn out, comme objectivée par le questionnaire MBI de Maslach (score de 81). Les principaux facteurs à l'origine de la décompensation psychique étaient :

- L'expérience de renfort donné par cette personne dans un service isolé du CHRU, inconnu jusqu'alors (3 semaines)
- Un harcèlement moral de la part d'une personne hiérarchiquement supérieure
- La restructuration du service hospitalier habituel avec réduction des lits accueillant les malades et fermeture annoncée de deux postes d'aides soignants

Dans ce cas précis, l'existence de la cellule a permis une orientation rapide vers un suivi spécialisé. J'aimerais souligner que le premier contact avec cette soignante a été téléphonique. Dans le cadre d'une cellule de soutien, il va de soi que cet outil ne permet pas de prendre soin des soignants de façon pérenne et préventive. Mais face aux contraintes imposées par la situation sanitaire, il a fallu repenser la pratique dans l'urgence. La téléconsultation que nous avons pu avoir a été décisive, car elle a permis d'agir vite, et elle a aussi permis de faire un lien direct avec la médecine de ville, au moyen d'échanges avec le médecin généraliste prescripteur d'un arrêt de travail initial. Il me semble que dans cette configuration, malgré l'absence de rencontre physique préalable, l'esquisse d'un travail coordonné autour de cette aide soignante, a été le gage d'une alliance thérapeutique de très bonne qualité.

La téléconsultation a été largement utilisée lors de la période de confinement, elle a même été pour beaucoup d'entre nous l'occasion de réfléchir sur nos pratiques habituelles, et sur la rencontre soignante en elle-même.

3. L'abord téléphonique

A travers l'étude de cette situation particulière, quelques pistes peuvent être évoquées pour ajuster la pratique de la psychiatrie et notamment des soignants en difficulté. Celle du suivi à distance, matérialisé par l'appel téléphonique, retient mon attention. En effet, lors de mon exercice de psychiatre en temps de confinement, la réalisation de téléconsultation m'a paru intéressante à plusieurs égards. Les points que je détaillerai sont uniquement de mon ressenti.

Le premier point est celui de la facilité de contact. Lors d'une téléconsultation, aucun déplacement n'est nécessaire, la personne se trouvant le plus souvent à son domicile ou celui d'un proche lors de l'appel téléphonique. Outre la solution de confort que cela représente, cette modalité de suivi permet d'élargir le public ciblé : citons les personnes qui ne sont disponibles que lors de la pause méridienne, celles qui travaillent ou résident loin de lieux de consultation, celles dont l'état physique ne permet pas un déplacement ou encore les personnes avec des enfants en bas âge qui dépendent d'une solution de garde. Etre chez soi permet, il me semble, de rester dans un environnement rassurant, et bouscule la démarche de demande de soins : l'aide demandée par le patient ne suppose pas forcément qu'il fasse l'effort de se déplacer vers le soignant. L'appel téléphonique permet de s'affranchir, au moins symboliquement, de l'inconfort ressenti à l'idée d'être « chez le psy » pour en obtenir un soutien.

Si de nombreuses personnes ne peuvent pas se projeter dans un soin à distance, d'autres semblent plutôt soulagées à l'idée de ne pas se déplacer dans un lieu de soin psychiatrique. Cette spécialité médicale porte encore les stigmates de son histoire, et nombreux sont les patients qui se sentent jugés d'aller « voir le psy », qui plus est à l'hôpital public. Le soin apporté à la santé mentale est loin d'être complètement assumé, et encore moins encouragé. Dans ce contexte, le recours à l'appel téléphonique peut permettre un échange plus libre, voire plus riche. L'absence de proximité corporelle permet de gommer certains freins comme la peur d'être jugé ou la retenue dans l'expression émotionnelle : il n'y a pas de « scène médicale », la personne se permet de ressentir les émotions comme elle l'aurait fait sans présence de soignant, et vient se livrer, je crois, avec plus de sincérité. La proximité de l'environnement rassurant du domicile se ressent par ailleurs dans les propos tenus qui concernent plus volontiers la vie quotidienne, l'organisation... ou même la situation familiale. L'échange peut même être interrompu (enfants, sonnerie de la porte d'entrée, miaulement du chat...),

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

ce qui apporte une certaine proximité avec l'environnement de la personne soignée. Paradoxalement, la mise à distance du corps qui est habituellement engagé dans la consultation (par la représentation, l'écoute, ou les ressentis) permet d'en parler plus facilement. J'ai été étonnée de la facilité qu'a eu un de mes patients à me décrire pour la première fois le contenu d'un délire qu'il gardait auparavant secret malgré ses répercussions très contraignantes.

Enfin, je rebondis sur cette dématérialisation pour aborder le seul lien qui compte lors de l'échange téléphonique : la voix. En l'absence de signe émanant du comportement non verbal de l'interlocuteur, on constate que le soignant et le soigné sont à l'écoute d'une manière un peu différente. Le dialogue, et les silences qui le ponctuent, sont manifestement plus imposants. Le ton de la voix, son intensité ou son rythme sont à eux seuls des signes très parlants si l'on peut dire, et ceux-là sont parfois noyés dans la quantité d'informations cliniques données par la vue, en situation normale de consultation.

La situation de confinement et les aménagements effectués lors de cette période m'ont aussi facilité le suivi thérapeutique, car j'ai proposé systématiquement un contact téléphonique court quelques jours après l'ajustement de la posologie d'une molécule ou l'instauration d'un traitement. Si la programmation d'un rendez vous rapproché était parfois compliqué à organiser pour les patients, la passation d'un appel dédié à l'évaluation thérapeutique s'est avérée très facile à réaliser. Aussi, dans certaines situations, la réalisation d'entretiens téléphoniques fréquents était bien plus utile que la conservation de consultations mensuelles en présence, notamment lors de cette période qui a rendu plus incertaine la projection dans l'avenir. A Tours, cette modalité d'appel téléphonique à court terme est déjà utilisée aux urgences psychiatriques à travers le « rappel suicidant » proposé à tout patient ayant fait un passage à l'acte autoagressif, avec un risque suicidaire suffisamment faible et un entourage familial suffisamment étayant pour un retour à domicile.

Si j'expose ci dessus certains avantages que j'ai personnellement identifiés lors des téléconsultations, je tiens à souligner que les rencontres restent indispensables au cours d'un suivi médical. Elles donnent sens à l'engagement du patient dans sa démarche de soins, mais aussi à l'engagement du soignant dans sa fonction d'accueil et d'hospitalité. Elles permettent l'échange de documents concrets (livret d'information, notes prises lors de la consultation, schémas explicatifs..) mais aussi la passation de tests cliniques. S'il est vrai que la spécialité psychiatrique est l'une des rares disciplines médicales qui peut recueillir l'essentiel des symptômes par le dialogue avec le patient, elle n'en reste pas moins une spécialité basée sur l'observation et ne peut pas toujours se passer d'examen clinique à proprement parler. Les diagnostics psychiatriques, notamment ceux qui sont posés dans les services d'hospitalisation complète ou aux urgences, sont des diagnostics d'élimination qui supposent la passation d'examens complémentaires adéquats.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Pour conclure, l'appel téléphonique restera dans ma pratique une intervention clinique à part entière que j'aimerais continuer à utiliser de façon pertinente, avec la participation du patient évidemment. Il me semble que la téléconsultation n'est pas seulement un palliatif aux consultations traditionnelles, mais bel et bien un outil qui mérite une attention particulière [2 ; 9 ; 14 ; 16 ; 18 ; 29].

V – Conclusion

Dans un contexte de crise durable comme celle de la COVID, l'axe de la prévention est plus que jamais d'actualité. Nos connaissances, enrichies des études récentes menées en contexte de crise, permettent de proposer des modèles adaptés aux besoins des professionnels de santé.

Au Québec, c'est le gouvernement qui a été sollicité pour développer des solutions adaptées à la détresse des soignants. Un comité a été chargé d'analyser les difficultés et les enjeux auxquels étaient confrontés les soignants face à la crise de la COVID, afin de leur proposer des interventions pertinentes, individuellement ou collectivement. C'est le Programme d'Aide aux Médecins du Québec. [39]

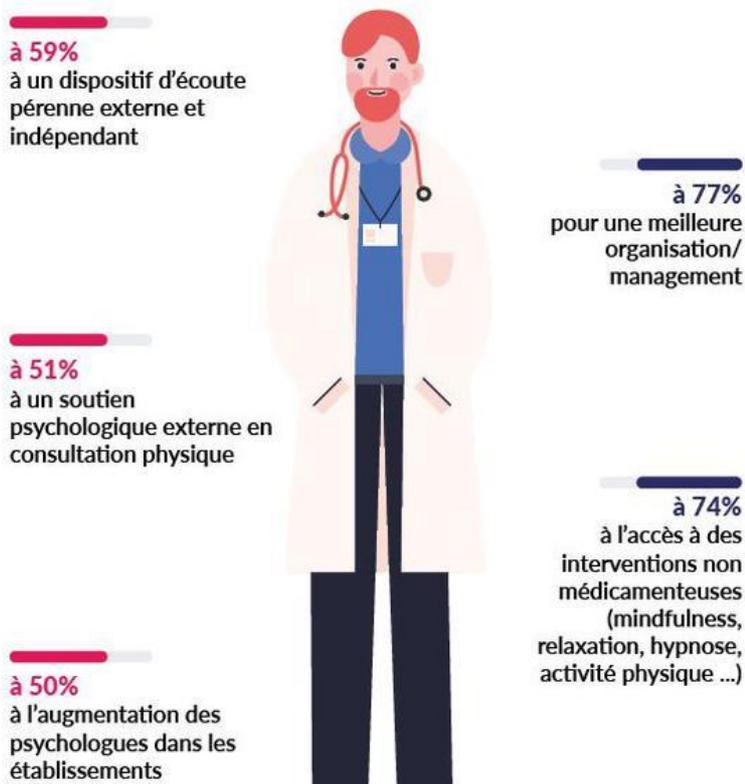
En France, la connaissance que l'on a de la santé mentale des soignants a déjà motivé le gouvernement à proposer des plans d'action concrets. Ainsi, en 2017, la création d'un observatoire de la qualité de vie au travail par Madame Marisol Touraine, alors Ministre de la Santé, a placé les soignants au cœur d'une démarche axée sur la qualité de vie au travail et les risques psycho sociaux. Elle faisait suite à un rapport publié en décembre 2016, qui mentionnait déjà la possibilité de développer une offre de soins spécialisée dans le soin aux soignants. Plus récemment, dans le rapport du Docteur Donata Marra datant du 3 avril 2018, réalisé à la demande des ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur, de nombreuses pistes ont été définies afin de répondre au problème du mal être des étudiants en santé, acteurs à part entière des soins au sein de l'hôpital public. [34]

Certains programmes de soins, ou plus exactement de « prendre soin » ont déjà proposé des pistes. En anesthésie et réanimation par exemple, l'association française Smart travaille activement dans ce sens au moyen de vastes campagnes de prévention : « dis, Doc, t'as ton doc ? » et « Un patient une équipe » sont particulièrement pertinentes. [40]

En France encore, l'association SPS a mis en évidence que le manque de protection et des soins, ainsi que les questions d'organisation et de management, ont contribué à un mal être chez 7 personnes sur 10. Les participants à leur étude -sus citée- étaient d'ailleurs 77% à être favorables à un meilleur management, et 74% à exprimer leur avis favorable quant à des interventions de bien être non médicamenteuses comme la relaxation ou le sport. Leurs attentes en matière de soutien psychologique ont été illustrées par ce dessin suivant [26]

Les attentes en matière de soutien psychologique

Les professionnels en santé sont favorables :



Il va sans dire que les soignants eux-mêmes sont les mieux placés pour exprimer leurs besoins dans des périodes si difficiles. Ces résultats plaident en faveur d'une meilleure organisation des soins, notamment par l'apport du management. Enfin, il serait utile de développer, au sein de chaque pôle de santé, en ville comme à l'hôpital, des consultations dédiées, ainsi que des activités en groupes, par l'apprentissage de techniques de relaxation ou par la pratique d'un sport.

A ce jour, nous ne manquons pas de données pour enfin mettre en place des moyens pérennes et évolutifs garantissant aux soignants leur santé mentale et physique, et par là même la qualité de leur travail.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1.

Amin F, Sharif S, Saeed R, Durrani N, Jilani D. COVID-19 pandemic- knowledge, perception, anxiety and depression among frontline doctors of Pakistan. *BMC Psychiatry*. 23 2020;20(1):459.

2.

Astruc B. Enjeux et perspectives de la psychiatrie libérale : le développement de la télé-psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 janv 2019;177(1):67-70.

3.

Bocher R, Jansen C, Gayet P, Gorwood P, Laprévotte V. Réactivité et pérennité des soins psychiatriques en France à l'épreuve du COVID-19. *L'Encéphale*. 1 juin 2020;46(3, Supplement):S81-4.

4.

Chatterjee SS, Bhattacharyya R, Bhattacharyya S, Gupta S, Das S, Banerjee BB. Attitude, practice, behavior, and mental health impact of COVID-19 on doctors. *Indian J Psychiatry*. juin 2020;62(3):257-65.

5.

Chen Y, Zhou H, Zhou Y, Zhou F. Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China. *Psychiatry Research*. 1 juin 2020;288:113005.

6.

Colombat P, Lejeune J, Altmeyer A, Fouquereau E. [A better management for a better care]. *Bull Cancer*. janv 2019;106(1):55-63.

7.

CoviPsy. COVID -19 : s'aider soi même pour mieux aider les autres. Brochure soignants. :7.

8.

Crocq L. Les cellules d'urgence médicopsychologiques. Mise au point. :3.

9.

Dewitte JD. Avis relatif à la téléconsultation en santé au travail, du 15 avril 2020. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. mai 2020;81(3):199-203.

10.

Donnelly PD, Davidson M, Dunlop N, McGale M, Milligan E, Worrall M, et al. Well-Being During Coronavirus Disease 2019: A PICU Practical Perspective. *Pediatric Critical Care Medicine* [Internet].

14 mai 2020 [cité 17 sept 2020]; Publish Ahead of Print. Disponible sur: <https://journals.lww.com/10.1097/PCC.0000000000002434>

11.

Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* oct 2020;14(5):779-88.

12.

Ducrocq F. Le psychotrauma en chiffres : des enjeux multiples. *REVUE FRANCOPHONE DU STRESS ET DU TRAUMA.* 2009;(4 vol 9):199-200.

13.

El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale.* 1 juin 2020;46(3, Supplement):S73-80.

14.

Houssier F. Séances par téléphone dans le contexte du Covid-19 : le cadre et ses limites | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0003448720301815?token=E7EDAC8F36C93D8F6A0AF02A12B69EFFB8EFBF7F97DA692830A8FADA0A4D8A82B56736861D586FF55F7734847EAD3114>

15.

Insee. Nombre de fonctions médicales et paramédicales en 2019 – Dénombrement des équipements en 2019 (commerce, services, santé...) | Insee [Internet]. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3568614?sommaire=3568656>

16.

Jaulin P, Berrut G. Apport de la télémédecine en pratique conjointe : gériatrique et psychiatrique dans le cadre d'un centre mémoire. *L'Information Psychiatrique.* 1 mai 2020;96(5):331-9.

17.

Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ.* 5 mai 2020;m1642.

18.

Labouré-Faisantieu C. La télémédecine en psychiatrie : pratiques et représentations chez les psychiatres normands. 25 nov 2019;63.

19.

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*. 23 mars 2020;3(3):e203976.

20.

Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*. 2020;287:112921.

21.

Molenda S. Covid-19 : Renforçons notre résilience. :3.

22.

Ni MY, Yang L, Leung CMC, Li N, Yao XI, Wang Y, et al. Mental Health, Risk Factors, and Social Media Use During the COVID-19 Epidemic and Cordon Sanitaire Among the Community and Health Professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey. *JMIR Ment Health*. 12 mai 2020;7(5):e19009.

23.

Nobles DJ, Savovic J. The potential impact of COVID-19 on mental health outcomes and the implications for service solutions. :36.

24.

Péluchon R. Prendre soin des soignants pendant les pandémies [Internet]. *JIM.fr*. 01:31:51+02 [cité 18 sept 2020]. Disponible sur: http://www.jim.fr/e-docs/prendre_soin_des_soignants_pendant_les_pandemies_183260/document_actu_med.phtml

25.

Poncet Berremili H. CUMP victimes et société : de la représentation des victimes aux soins. Grenoble Alpes; 2018.

26.

Réseau CHU. Les soignants toujours en grande souffrance au travail ! [Internet]. 2020 [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/alors-que-lepidemie-recule-les-soignants-toujours-en-grande-souffrance-au-travail/>

27.

Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*. 28 mai 2020;3(5):e2010185.

28.

Sanfilippo F, Noto A, Foresta G, Santonocito C, Palumbo GJ, Arcadipane A, et al. Incidence and Factors Associated with Burnout in Anesthesiology: A Systematic Review. Biomed Res Int [Internet]. 2017 [cité 3 oct 2020];2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5727625/>

29.

Souffir V, Gauthier S, Hayat M. Internet s'invite dans la consultation psychiatrique. L'information psychiatrique. 24 juin 2020;Volume 96(5):355-62.

30.

Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity [Internet]. 30 mai 2020 [cité 3 oct 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120309545>

31.

Zhang W-R, Wang K, Yin L, Zhao W-F, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. Psychotherapy and Psychosomatics. 2020;89(4):242-50.

32.

Covid-19 : dispositifs d'écoute et de soutien psychologique [Internet]. 2020 [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/covid-19-dispositifs-decoute-et-de-soutien-psychologique>

33.

Les cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/les-cellules-d-urgence-medico-psychologique-cump>

34.

Rapport du Dr Donata Marra sur la Qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>

35.

" Nous redoutons une pandémie psychique ", alerte un psychiatre du CHU de Tours [Internet]. lanouvellerepublique.fr. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.lanouvellerepublique.fr/tours/nous-redoutons-une-pandemie-psychique-alerte-un-psyhiatre-du-chu-de-tours>

36.

ALIÉNISTE & ROCKOLOGUE [Internet]. ALIÉNISTE & ROCKOLOGUE. [cité 6 sept 2020]. Disponible sur: <https://igorthiriez.com/>

37.

Coronavirus : « Les réanimateurs souffrent de la disparition du temps de soin ». [cité 3 oct 2020]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/04/29/les-reanimateurs-souffrent-de-la-disparition-du-temps-de-soin_6038082_3232.html

38.

Deuxième vague Covid? Celle des troubles mentaux inquiète les psy encore plus | Le Huffington Post LIFE [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/entry/plus-que-la-deuxieme-vague-de-covid-cest-celle-des-troubles-mentaux-que-craignent-les-psy_fr_5f50ffa6c5b6578026ca8525

39.

PAMQ [Internet]. PAMQ. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/>

40.

Santé au travail - SMART - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: <https://sfar.org/sante-au-travail-smart/>

41.

Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183574/fr/souffrance-des-professionnels-du-monde-de-la-sante-prevenir-reperer-orienter

42.

Trouble de stress post-traumatique - Troubles psychiatriques [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 19 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/trouble-de-stress-post-traumatique?query=stress%20post%20traumatique>

Résumé

Introduction En France, en réponse à la catastrophe sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus, on a assisté localement à la mise en place de dispositifs de soutien psychologique sous forme de cellules téléphoniques, destinées aux soignants. Au CHRU de Tours, ce système a été organisé à l'échelle d'une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), sous la forme d'un numéro d'appel unique.

Objectifs Quels étaient les profils et les motifs d'appel des professionnels de santé ayant sollicité la cellule téléphonique ?

Matériel et méthodes Etude épidémiologique rétrospective par analyse des dossiers remplis par les volontaires de la CUMP au fil des échanges téléphoniques.

Résultats et discussion Malgré la très faible sollicitation de la cellule de soutien, certaines données issues des 31 appels reçus peuvent être mises en avant. En premier lieu, on peut citer le fort impact de la crise sur les populations d'aides soignants et d'infirmiers par rapport au reste de la population des professionnels de santé. Parmi tous les appelants, les femmes étaient majoritaires, et les soignants de réanimation se distinguaient par leur nombre plus important. Les motifs les plus fréquents regroupaient anxiété, épuisement professionnel, colère par manque de reconnaissance, et culpabilité de ne pas pouvoir travailler (réduction des postes, confinement imposé pour raisons de santé). A l'heure où les modalités d'exercice des soins sont bouleversées, on peut se questionner sur l'abord téléphonique en psychiatrie, et notamment sur sa place en tant qu'outil de soin.

Conclusion La mise en place de la cellule téléphonique a eu un bénéfice certain, particulièrement dans l'établissement d'un premier contact. Mais le petit nombre d'actions de prévention ou de structures de soins dédiées aux soignants sur le territoire français doit nous motiver à imaginer et organiser des solutions pérennes, adaptées aux besoins spécifiques des acteurs de la santé.

Mots clés : soignants, crise, cellule téléphonique, souffrance au travail, épuisement professionnel.