



FOULQUIE Béatrice, A.R.M. au SAMU 94

DIPLOME UNIVERSITAIRE
« URGENCES ET
PSYCHOTRAUMATISME »

Sujet de mémoire
Les Risques Psycho-Sociaux (RPS)
chez les Assistants de Régulation
Médicale (ARM)

ANNEE 2012-2013

SOMMAIRE

Remerciements.....	Page 3
Résumé	Page 4
Introduction	Page 5
Méthodologie	Page 6
Présentation des ARM	Page 6
Définition des RPS.....	Page 7
Gestion du stress	Page 8
Les facteurs de stress	Page 9
Les facteurs humains	Page 10
Les facteurs de taches	Page 10
La course contre la montre !	Page 12
Reconnaissance au travail.....	Page 13
Le soutien de la hiérarchie, information et communication	Page 13
La symptomatologie	Page 14
Le risque suicidaire	Page 15
Victimiser ou prévenir	Page 16
Conclusion	Page 17
Lexique	Page 19
Annexes	Page 20
Bibliographie	Page 24

REMERCIEMENTS

Je remercie **Madame Hélène ROMANO**, responsable de ce DU, qui a su nous faire partager son expérience et sa passion pour le sujet. Elle a été disponible et de très bons conseils dans la rédaction de ce mémoire.

Je remercie le **Professeur Jean MARTY**, qui m'a permis de m'inscrire à ce diplôme et qui a su me faire confiance en validant mon enquête auprès des collègues ARM.

Je remercie **Madame Caroline BEARN** pour sa disponibilité et son aide dans toute la partie administrative du DU.

Je remercie **Messieurs Stéphane DUPUIS et Didier MICHEL** pour avoir validé ma demande de formation qui me permettra d'ajouter une plus value, avec les connaissances acquises, dans la pratique de mon métier.

Je remercie mes collègues qui ont répondu à cette enquête. Et tout particulièrement **Mesdames Maeva BERTIN, Archana BOSSU et Julie CONSTANTIN** ainsi que **Messieurs Rémi MENER et Thomas PERENNOU** pour leur patience à mon égard, mais aussi pour leurs conseils et leur aide au quotidien.

Je remercie les **Docteurs Alexandra BOTERO, Nicolas GAZIN, Eric LECARPENTIER et Jean SENDE** pour leurs conseils et/ou aide logistique qui m'ont soulagée tout au cours de l'élaboration de l'enquête et de la rédaction du mémoire.

Je remercie les médecins régulateurs avec qui nous sommes confrontés au quotidien à l'urgence et qui partagent leur expérience et la soif d'apprendre et de se former.

Enfin je remercie tous les autres participants à ce DU qui a été riche en partage d'expérience grâce aux différents horizons professionnels de chacun et puis tous ceux que je risque d'oublier....et qui voudront bien m'en excuser.

Résumé

L'ARM est confronté chaque jour à l'urgence, la détresse physique, psychologique et /ou sociale. Il fait souvent office de « tampon » entre l'appelant et le médecin en devant temporaliser, conseiller, rassurer, écouter... Métier méconnu et pourtant essentiel dans la gestion des secours français. Il est donc au premier plan d'une organisation où la vie humaine est en jeu ce qui génère naturellement un stress intense.

Pour limiter et réduire ce risque, la communication et la prévention sont des actions qui devraient être mises en place par les responsables de chaque SAMU. Au-delà de cette importance aujourd'hui reconnue, sa mise en œuvre est plus facile à dire qu'à faire....

Mots clés :

A.R.M., empathie, souffrance au travail, burn out, prévention

Introduction :

D'un point de vue sociologique ou psychologique, les Risques Psycho-Sociaux (RPS) sont un sujet très prisé par les auteurs, les médias, les syndicats...

Un des pionniers n'est autre que Robert Karasek, sociologue et psychologue américain, dont le questionnaire du même nom, conçu en 1979, permet de mesurer le stress au travail. Grâce à ce questionnaire plusieurs études ont pu être réalisées. Certains métiers, comme ceux appartenant au domaine de l'éducation, du social ou encore de la santé sont reconnus pour avoir des populations plus à risque de souffrance au travail.

En France, 2 000 Assistants de Régulation Médicale (ARM) exercent chaque jour, 24H/24, dans les Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) des SAMU Centre 15. Métier méconnu de la population et pourtant indispensable au bon fonctionnement des appels d'urgence et à fort potentiel de risque. L'ARM est la première personne dans la chaîne des secours médicalisés et la gestion d'alerte. Il doit savoir reconnaître une détresse vitale et gérer en outre le stress des appelants qui sont souvent en situation traumatisante, angoissante et/ou de détresse (que ce soit physique, psychologique ou sociale)

Pourrait-on anticiper et/ou réduire ces risques ? Certains ARM sont-ils plus en détresse en fonction de leur âge, leur sexe, leur ancienneté, leur rythme de travail... ? Quelles solutions pouvons-nous mettre en place pour réduire ou prévenir ces risques ?

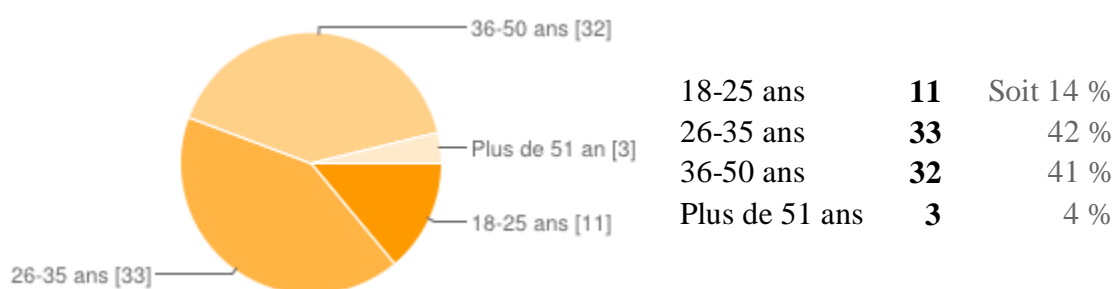
➤ Méthodologie

Cette étude a été proposée et envoyée par mail aux ARM des quatre SAMU de l'APHP soit 130 ARM entre le 18 Mars et le 18 Mai 2013. 79 personnes ont répondu de façon anonyme à cette enquête, soit 60,7 % de réponse ce qui correspond à un retour important pour ce type d'enquête prospective.

I. Présentation des ARM ayant répondu au questionnaire

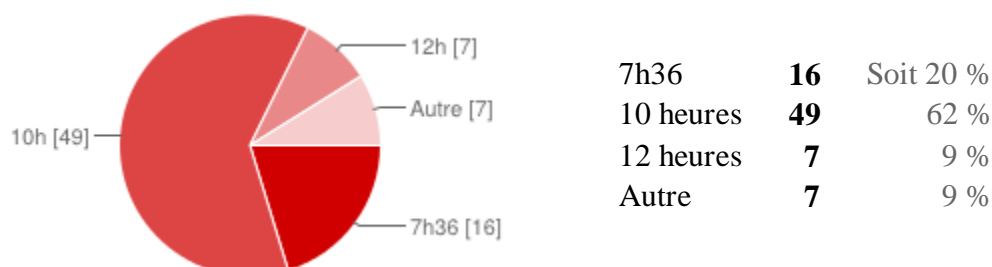
65 % du personnel est féminin

Tranche d'âge ?



La tranche d'âge majoritaire (42 %) est de 26 à 35 ans, donc des professionnels relativement jeunes.

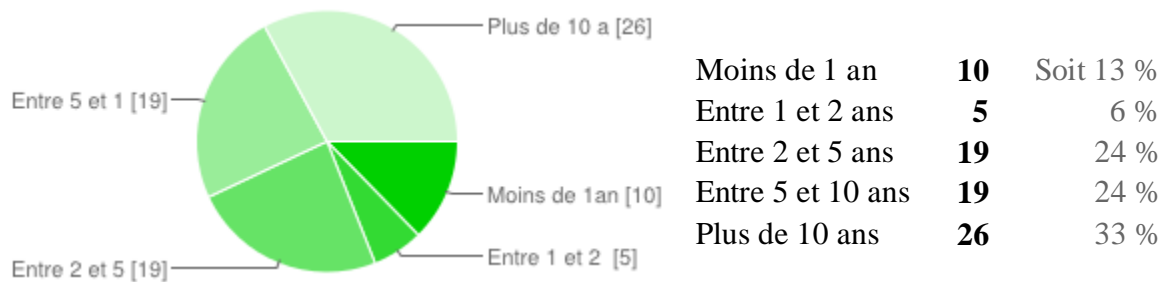
Durée journalière de temps de travail ?



62 % des ARM travaillent en 10 heures. Tranches horaires variables d'un SAMU à l'autre (ex : 7/17h, 10/20h, 11 /21h, 13 /23h,...), horaires imposées pour certains SAMU.

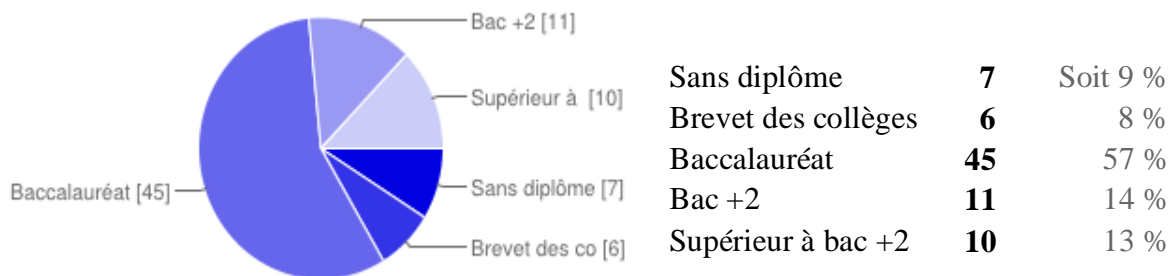
75 % travaillent de jour et 25% de nuit.

Expérience professionnelle comme ARM (ou PARM) dans un SAMU ?



Le plus fort pourcentage d'ancienneté se trouve à 33 % avec plus de 10 ans d'ancienneté.

Niveau d'étude?



57% ont un niveau BAC (diplôme obligatoire depuis le passage en catégorie B suite au décret 2011-661 du 14 juin 2011) et 84% ont un niveau BAC et plus

II. RPS et ARM

51 % des ARM connaissent les RPS, peut-on se dire pour autant que chacun d'entre eux connaît les signaux d'alerte d'un épuisement professionnel ?

➤ Définitions des RPS:

Plusieurs définitions des RPS sont possibles, dont celle de Christophe DEJOURS, psychiatre et psychanalyste français, fondateur de la psychodynamique du travail. Pour lui, « l'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée des pressions intenses. Le stress n'est pas une maladie ; mais une exposition prolongée au stress peut réduire l'efficacité au travail et peut causer des problèmes de santé. »

Les RPS altèrent la santé dans toutes ses dimensions : mentales (troubles du sommeil, suicides...), physiques (troubles musculo-squelettiques, accidents cardio-vasculaires) et sociales (perte de compétence, renonciation à la formation...). Plusieurs pathologies liées aux conditions de travail sont actuellement repérées :

- Les pathologies de surcharge
- Le « burn out » ou « syndrome d'épuisement professionnel »
- Les troubles post traumatiques
- Les violences pathologiques
- Les pathologies cognitives
- Le « karôshi » ou « mort par excès du travail » (1)

L'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail définit les RPS comme « un état de stress survenant lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien être et la performance de la personne qui y est soumise. »

Beaucoup de personnes connaissent et reconnaissent les signaux d'alarme mais n'osent pas en parler, n'osent pas demander de l'aide et encore plus dans les métiers de la santé ou les métiers d'aide à la personne par crainte de jugement de valeur, de répercussions sur la perception que l'on a d'eux, d'un changement de poste, par honte etc....

➤ Gestion du stress

Le stress au travail peut être considéré comme un enjeu de santé publique : le coût social du stress au travail est compris entre 830 et 1 656 millions d'euros, ce qui représente 10 à 20 % des dépenses de la branche accident de travail et maladies professionnelles de la Sécurité Sociale (chiffres INRS) (2)

47 % des ARM se sentent stressés au sein de la régulation. Chiffre inquiétant ? Difficile à dire puisque selon le sociologue Marc Loriol (3) le stress et la souffrance au travail sont vécus différemment selon les métiers exercés. Donc comment dire si des policiers, des chauffeurs de bus, des infirmières ou des ARM sont plus stressés que d'autres ? Comment évaluer ce stress qui est propre à chaque métier ?

On peut aussi ajouter à cela la notion de « locus of control ». Ce concept proposé par Julian Rotter (4) en 1954, définit « la tendance que les individus ont à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions, ou au contraire, qu'ils sont le fait de facteurs externes sur lesquels ils n'ont que peu d'influence ». Chaque ARM réagit donc de manière différente à chaque appel et a donc sa propre perception et capacité à maîtriser la situation, l'événement. Et d'une manière insidieuse chacun met en place la notion de « coping », c'est-à-dire des mécanismes de défense permettant de faire face à une situation stressante. Lazarus et Folkman définissent cette notion comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants, que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives » (5). On retrouve souvent comme mécanisme de défense l'ironie, qui peut parfois paraître très glauque pour des personnes non averties !

➤ **Les facteurs de stress**

En salle de régulation, plusieurs facteurs de stress peuvent rentrer en compte, facteurs humains, facteurs décisionnels, facteurs de tâches et/ou facteur temps.

➤ **La formation initiale**

61 % pensent que le manque de formation favorise ce stress. Contrairement à certains métiers, il n'y a pas de formation de base au métier d'ARM (hormis les 2 écoles de Paris et Lille que seuls 11 % ont suivi). Chaque SAMU organise à sa façon la formation des ARM (double écoute, formation AFGSU, formations spécifiques à la prise d'appel...) et 24 % pensent que l'absence d'un diplôme reconnu augmente ce stress. En effet, les IADES, les DEA, les ASDE travaillant au SAMU sont tous titulaires d'un diplôme d'état, or les ARM n'ont pas la reconnaissance de leur métier valorisée par un diplôme. Et pour 58,9% des ARM qui reconnaissent se stress ils ont plus de 5ans d'expérience. C'est donc plus flagrants pour les anciens que pour les jeunes ARM (11,7% pour les moins d'un an d'expérience) L'UNARM travaille sur ce sujet mais qui sera de longue haleine car les ministères de la santé, de la fonction publique et de l'éducation nationale devront travailler en collaboration pour établir un travail en commun.

➤ **Les facteurs humains :**

• ***L'équipe ARM***

41 % des ARM sont tout à fait d'accord ou assez d'accord avec le fait que l'équipe ARM avec laquelle ils travaillent est un facteur de stress (A). Certaines affinités se créent, des modes de fonctionnement différent entre certaines équipes, le parcours professionnel et la formation initiale propre à chacun peut renforcer certaines différences.

• ***Les médecins régulateurs***

L'ARM travaille en collaboration étroite avec le médecin régulateur, une relation de confiance dans ce duo est donc primordiale. C'est pourquoi 63 % des ARM sont tout à fait d'accord ou assez d'accord avec le fait que les médecins régulateurs avec lesquels ils travaillent sont un facteur de stress (B). Avec beaucoup d'humour, certains se disent être des « chats noirs » et attirer le travail. Dans ces métiers d'urgence, plus il y a de travail et plus le risque d'erreur est grand, et plus le risque d'erreur est grand et plus il y a le stress de faire une erreur, oublier quelque chose. Cela demande une concentration sans faille et crée une fatigue psychologique qui se ressent en fin de journée.

➤ **Les facteurs de taches**

Concernant les facteurs de taches l'ARM peut occuper principalement 4 postes auxquels lui incombe un stress jugé différent (I). Chaque jour, en début de vacation, les ARM, en fonction des SAMU, se positionnent sur chaque poste soit de façon définie par un planning établi à l'avance, soit par arrangements entre collègues.

• ***Sur le poste 15***

L'ARM décroche le flux d'appels 15 émanant des particuliers. Il ne sait donc pas « qui » téléphone et « ce qui se cache comme détresse » derrière l'appel. Chaque appel doit être considéré comme unique. L'ARM doit en quelques secondes se faire une idée de la situation (grave ou non), prendre les coordonnées de l'intervention, gérer le stress éventuel de l'appelant, conseiller les gestes de premiers secours si besoin et faire la synthèse au médecin régulateur afin d'envoyer les secours adéquats.

69 % des ARM sont tout à fait d'accord ou assez d'accord avec le fait que ce poste engendre un stress important. Mais ce qui est normal puisque c'est l'inconnu, la singularité de l'appel,

qui quoi qu'il arrive devront être gérés par l'ARM avec empathie, respect, sans porter de jugement, et avec professionnalisme. Et c'est là, la difficulté du métier ! Pour que le dialogue puisse passer avec l'appelant certaines règles de communication sont primordiales à connaître. Il faut savoir écouter, calmer, rassurer, reformuler, garder un langage simple et compréhensible, compatir et être ferme si besoin. Lorsque la communication est tendue avec l'appelant (souvent en raison de son angoisse) cela peut perturber le travail du médecin régulateur par la suite.

La difficulté de ce poste est « d'enchaîner » les appels, ce qui peut avoir un effet néfaste sur l'empathie de l'ARM si celui-ci est épuisé. Il faut savoir prendre des pauses lorsque l'ARM le juge nécessaire.

Ce n'est jamais trop de répéter que l'ARM est LE premier contact de l'appelant et que celui-ci est très sensible à ce qui lui est dit. Il peut par exemple percevoir ce que lui dit l'ARM comme d'éventuels reproches, même si pour l'ARM ce n'est pas dit dans le but de blesser (ex : « Pourquoi vous n'avez pas fait de massage cardiaque ? »). Ces réflexions pourraient éventuellement apporter remord et dévalorisation à l'appelant, surtout s'il y a une issue fatale.

- ***Le poste PDS (Permanence Des Soins)***

21 % des ARM sont tout à fait d'accord ou assez d'accord avec le fait que ce poste engendre du stress. Pourquoi une si grande différence avec le poste 15? Il n'y a pas le stress de l'inconnu, l'appel a déjà été traité par le médecin et l'ARM doit juste trouver le vecteur (médecin de ville ou ambulance privée principalement) à envoyer. Ce sont donc des relations avec des partenaires du SAMU. Le degré d'urgence n'est pas avéré (pour information le délai d'un médecin à domicile peut être, en fonction de la période, supérieur à 4 heures)

- ***Le poste effecteur SAMU :***

49 % des ARM sont tout à fait d'accord ou assez d'accord avec le fait que ce poste engendre du stress. Tout comme le poste PDS, les appels ont déjà été traités par le médecin, mais le diagnostic émis par celui-ci nécessite l'envoi d'un SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation). Il y a potentiellement un risque vital, le degré d'urgence est donc très différent que précédemment. Il faut donc travailler dans l'urgence et avec une connaissance du secteur géographique et des spécificités des services et plateaux techniques des principaux hôpitaux afin d'optimiser au mieux le gain de temps dans la recherche de place.

- ***Le poste bilan d'ambulance privée :***

20 % des ARM sont tout à fait d'accord ou assez d'accord avec le fait que ce poste engendre du stress. Des professionnels sont sur place avec un « œil neutre » qui fera un bilan avec prise de constantes (pouls, tension, saturation...). Il n'y aura pas de jugement faussé par le côté affectif que peuvent mettre en avant les appelants (ex : « Venez vite mon enfant a très mal, il pleure »)

Dans la majorité des cas, le transport est validé vers l'hôpital de secteur.

- **La course contre la montre !**

Le facteur temps, c'est le fil rouge en régulation ! Comme dans tous les métiers de l'urgence, il faut prendre des décisions rapidement, envoyer ou non des secours dès les premiers instants de communication avec les appelants si la situation s'avère vitale. L'expérience de l'ARM et la gestion de son stress sont primordiales dans l'évaluation de la situation qui doit être claire, rapide et concise. Le facteur temps est un réel facteur de stress dans le quotidien des ARM.

84 % disent être tout à fait d'accord ou assez d'accord avec le fait que le temps d'attente pour parler à un médecin est un facteur stressant (D). Une fois le DRM (Dossier de Régulation Médical) créé, toute décision s'y rapportant doit être validée par le médecin régulateur (6) et en fonction des moments de la journée et/ou de la période de l'année, le temps d'attente pour parler au médecin varie.

L'organisation de chaque SAMU peut être plus ou moins différente, avec une double branche de régulation : AMU (Aide Médicale Urgente) ou PDS (Permanence des Soins). Le temps d'attente en AMU est donc censé être moindre qu'en PDS. La communication en régulation entre chaque ARM est très importante, puisqu'après avoir fait le tri entre AMU et PDS, si plusieurs appels sont en attente de régulation en AMU, il faut refaire un tri dans les appels urgents à traiter et donc augmenter fatalement pour l'un d'entre eux le délai. En fonction des modes d'organisation, l'ARM est « indisponible » tant que son appel n'a pas eu de décision médicale prise, c'est pourquoi 86 % jugent stressant le manque d'effectif (C).

Le risque est de commettre une erreur, d'oublier d'envoyer un moyen de secours, de « bâcler » l'appel en n'écoutant que la moitié de la demande, de perdre son empathie et/ou de ne pas respecter l'appelant et le juger car l'ARM sera fatigué d'avoir du faire face au manque

d'effectif. Ponctuellement il saura faire face mais au quotidien, si le manque persiste, il encourt un épuisement professionnel.

➤ **Reconnaissance au travail :**

Le manque de reconnaissance au travail est un critère de RPS. Sur ce point 39 % des ARM sont d'accord avec ce point. Les raisons ? Métier méconnu (y compris des soignants des autres services hospitaliers), souvent assimilé à un métier de standardiste, et qui exerce dans « l'ombre de la régulation ».

Par contre 56 % sont d'accord avec le fait que l'ARM peut prendre des initiatives (F). Les initiatives sont – elles prisent grâce à l'expérience des ARM ? 40 % des ARM qui jugent pouvoir prendre des initiatives ont plus de 10 ans d'expérience contre 7 % pour le moins d'un an. L'ancienneté permet donc, avec l'habitude, d'anticiper la demande du médecin.

Si le métier d'ARM est épuisant, on peut s'interroger sur le turn-over du personnel. Changer de métier avant le « *burn-out* », oui mais pour faire quoi et comment ? Seuls 30 % jugent nécessaires les informations concernant l'évolution de carrière possible. Et pourtant beaucoup d'opportunités peuvent s'ouvrir surtout depuis la revalorisation du métier et le changement en catégorie B.

➤ **Le soutien de la hiérarchie, information et communication :**

Concernant le soutien de la hiérarchie on constate des différences entre personnel de jour et personnel de nuit. Si 54 % des ARM se sentent soutenus par leur hiérarchie (G), seulement 39 % du personnel de nuit sont d'accord avec ce point. Le manque de communication et de relation avec les cadres, qui sont majoritairement de jour, en serait-il la cause ?

Au niveau de l'organisation de la structure, on constate des différences en fonction de l'échelon. 65 % pensent avoir les informations nécessaires concernant l'organisation du service, ce chiffre baisse à 32 % en ce qui concerne l'Hôpital et seuls 24 % jugent nécessaires les informations concernant l'APHP. Comme toute structure pyramidale, les informations ont souvent du mal à redescendre à la base. Mais pourtant 60% pensent avoir les moyens de communication nécessaires. On peut s'interroger sur le fait que les informations fournies, principalement par mail, soient bien lues ?

➤ **La symptomatologie :**

Le stress au travail est la première source d'arrêts maladie (7). En France, 11 % des salariés ont eu un ou plusieurs arrêts de travail liés au stress dans leur carrière (2). Les principaux troubles recherchés dans les études concernant les RPS ont été proposés aux ARM lors du questionnaire pour savoir s'il présentait ou non certains ou plusieurs troubles.

49 % présentent des troubles du sommeil

42 % des troubles musculo-squelettiques

38 % de l'angoisse

30 % des difficultés de concentration

25 % un manque d'intérêt pour son travail

Il faut être vigilant du ¼ des ARM qui ont un manque d'intérêt pour leur travail afin que ces agents ne développent pas un syndrome de « burn out ». Ce concept est relativement récent puisque c'est Freudenberger qui en 1974 commence à décrire les symptômes ressentis par des travailleurs et bénévoles exerçant dans une structure d'aide aux toxicomanes. Celui-ci remarque qu'après un an d'activité, les travailleurs commencent par perdre l'enthousiasme qui au départ suffisait à nourrir leur engagement. Des symptômes physiques caractéristiques accompagnent ces changements : épuisement, fatigue, persistance de rhumes, de maux de tête, de troubles gastro-intestinaux, d'insomnies. Freudenberger souligne les symptômes comportementaux : colère, irritabilité, incapacité à faire face aux tensions et situations nouvelles, sont les premiers signes de ce qu'il nomme « craquage » ou « épuisement émotionnel et mental ». (8)

Plusieurs scientifiques ont travaillé sur ce sujet, Christina Maslach (1976), Jerry Edelwich (1980), Pierre Canoui (1998) ou encore Aline Mauranges (2011) et chacun d'entre eux définit le burn-out.

C'est un terme souvent utilisé par les soignants pour les soignants afin de désigner une « expérience psychique douloureuse ». Maslach analyse chez les professionnels du sauvetage et les urgentistes ce syndrome comme « une attitude cynique et insensible vis-à-vis des personnes qu'ils prennent en charge ».

Si on recentre sur les ARM, cela peut se traduire par la perte de capacité d'écoute, une impatience manifeste, voir une agressivité verbale auprès des patients et de leur entourage, ce qui tendra donc vers une démotivation notable et le manque d'intérêt que ressentent 25 % des ARM. (9)

La conséquence de tous ces symptômes peut engendrer un stress chronique qui pourra provoquer un éventuel état dépressif. En France 19 % des salariés souffrent d'anxiété et 4 % d'état dépressif (10).

➤ **Le risque suicidaire :**

On peut donc constater que les ARM subissent plus d'angoisse, d'anxiété qu'un salarié lambda (38 % contre 19 %). Ce qui est inquiétant par contre c'est que 6,6 % des ARM ont des idées suicidaires. Nouveau fléau à l'APHP ? Depuis le début de l'année, 7 salariés se sont suicidés dont 1 ARM. Un chiffre en forte croissance puisqu'en 3 ans, 35 personnes se sont données la mort.

Une réunion du CHSCT central de l'APHP s'est tenue afin de parler de la prévention des risques suicidaires. Elle a permis de faire le point sur les mesures existantes (consultations par des psychologues, plan de prévention des risques psychosociaux, amélioration des conditions de travail...). Suite à cette réunion, Mireille Faugère, directrice de l'APHP, a proposé la mise en place d'une cellule centrale de prévention et d'analyse des suicides et tentatives de suicides. Cette démarche entre dans une politique mise en place par peu d'entreprises. En effet, 71 % des entreprises se disent préoccupées par l'augmentation du stress, mais 65 % des D.R.H. n'ont pour l'instant mis en place aucun dispositif pour le combattre (11). On peut donc se réjouir que l'APHP fasse partie des 35 % qui essayent de mettre en place des mesures pour combattre ces RPS.

Au niveau des ARM, y a-t-il des personnes plus sujettes aux risques suicidaires ?

Sur les 6,6 % des ARM ayant répondu avoir des idées suicidaires, 60 % sont des hommes et principalement du personnel de jour, travaillant en 10 heures. Quels moyens pouvons-nous mettre en place pour limiter des tendances, comment déceler les personnes en détresse et où les orienter ? Il n'y a malheureusement pas de réponses toutes faites !

La souffrance que peuvent ressentir les ARM a une réelle influence sur leur quotidien, puisque 13 % déclarent avoir ces troubles tous les jours et 31 % plusieurs fois par semaine (H). Et pour 52 % ces troubles ont une incidence sur la vie personnelle contre 43 % sur la vie professionnelle ayant pour conséquence arrêts maladie et manque d'intérêt pour son travail. Comment réduire ces chiffres ?

➤ **Victimiser ou prévenir ?**

Dans une société où l'on a tendance, grâce (ou à cause des médias) à avoir souvent recours à des psychologues ou psychiatres assez facilement (à l'école avec les cellules de crise ou d'écoute de l'Education Nationale, au travail avec l'émergence de consultants et psychologues du travail, lors de situations inhabituelles ou de crises...) doit-on mettre en place également, pour les ARM, des entretiens réguliers avec des professionnels afin de détecter en amont leur souffrance et les aider au mieux possible. Cette démarche n'est pas évidente à mettre en place car elle a un coût, demande la disponibilité des professionnels et des ARM, et surtout le soutien de la hiérarchie et de l'hôpital.

Conclusion

Les RPS restent un sujet très vaste et en perpétuelle évolution lié à l'évolution de la société.

Prévenir, limiter, réduire les RPS n'est pas une affaire facile. Des pistes sont à creuser notamment dans l'amélioration des conditions de travail avec la mise en place de postes de travail ergonomiques :

- au niveau environnemental avec un système d'atténuation du niveau sonore, ou la climatisation par exemple
- un espace de travail adapté (casque, fauteuils, repose-pieds...)

La mise en place de protocoles de services, charte de fonctionnement du CRRA, guides d'aide à la régulation permettrait une diminution du stress notamment pour les nouveaux ARM.

L'amélioration des relations entre collègues pourraient se réduire par l'identification, claire et connus de chacun, des fonctions et la création éventuelle de postes comme le superviseur ou chef de salle (utilisé entre autre chez les pompiers ou en call center et dont l'utilité n'est plus à démontrer) qui pourraient éviter certains conflits.

Il faut entrer dans une démarche qualité, réalisable uniquement par une évolution des mentalités et une coopération entre hiérarchie et ARM pour gérer au mieux la prise en charge de la gestion des risques (évaluation de la souffrance au travail par des questionnaires, des enquêtes, des groupes de travail, des entretiens...)

C'est un travail de longue haleine qui doit être relayé par la formation et l'éducation des comportements.

L'UNARM (Union Nationale des Assistants de Régulation Médicale) tend à mettre en place régionalement des formations transdisciplinaires via la formation continue des ARM. Mais ces formations sont limités en nombre et nécessitent d'être prise en charge par le biais de la formation continue des hôpitaux ce qui peut être compliqué pour certains collègues. Des groupes de travail se sont formés et on peut espérer qu'on arrivera en 2014, à augmenter le nombre de ces journées de formation, et pourquoi pas, prévoir un temps dédié aux RPS ?

Il semble primordial afin d'être reconnu dans le métier d'ARM de trouver des moteurs de motivation et d'essayer d'inclure les ARM dans les projets internes des SAMU afin de

stimuler l'esprit participatif à des congrès, colloques auxquels peu d'ARM ont l'habitude de participer.

Le métier d'ARM est un métier noble qui demande beaucoup à la personne qui l'exerce et sa fonction, pour l'instant, est très peu reconnue.

Ma vision, ARM : bien plus qu'un métier une passion ! Mais il faut savoir se protéger...

LEXIQUE

ASDE : Aide Soignant Diplômé d'Etat

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

AMU : Aide Médicale Urgente

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARM : Assistant de Régulation Médicale

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CRRA : Centre de Réception et Régulation des Appels

DEA : Diplôme d'Etat d'Ambulancier

DRH : Direction des Ressources Humaines

DRM : Dossier de Régulation Médicale

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PDS : Permanence des Soins

RPS : Risque Psycho-Sociaux

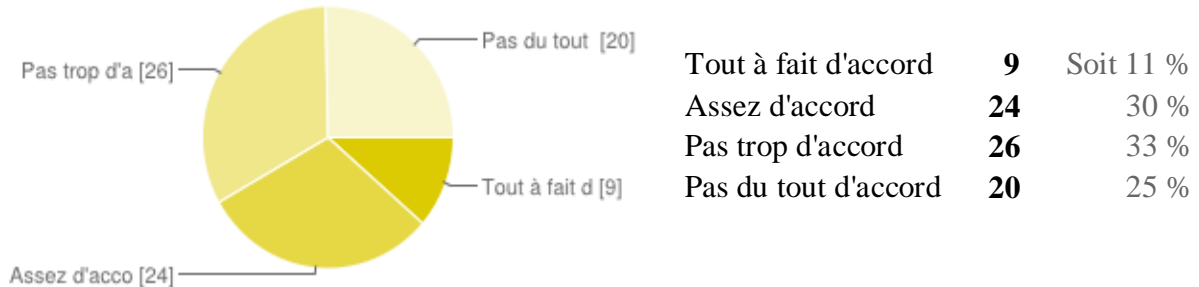
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

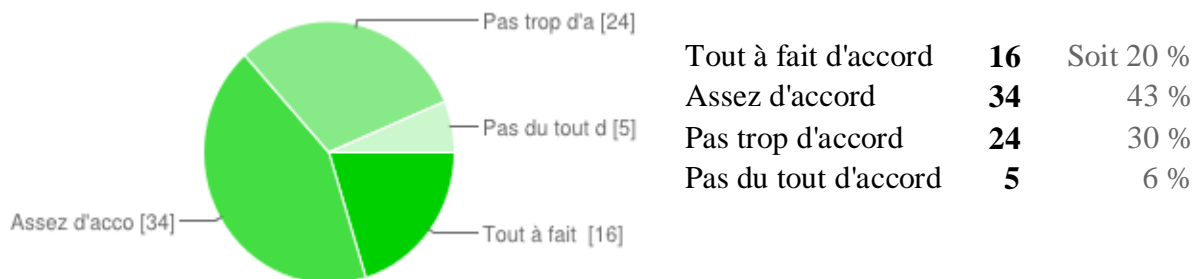
UNARM : Union Nationale des Assistants de Régulation Médicale

ANNEXES

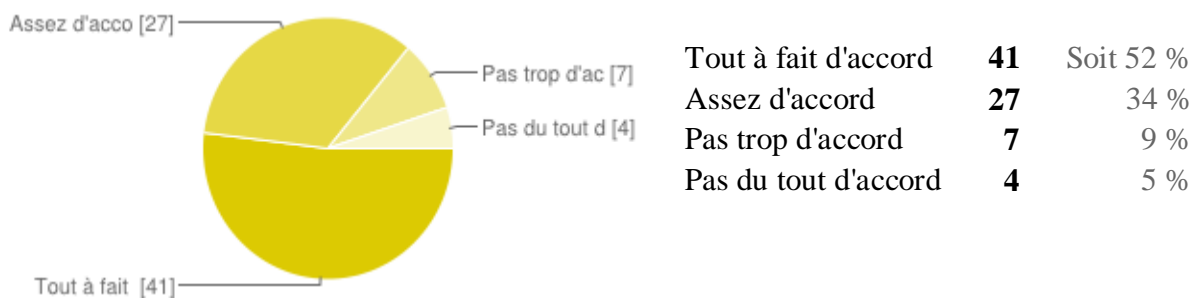
A/L'équipe d'ARM avec laquelle vous travaillez est-elle un facteur de stress ?



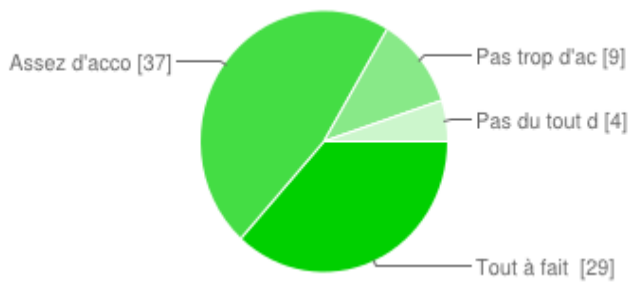
B/Les médecins régulateurs avec lesquels vous travaillez sont-ils un facteur de stress ?



C/Le manque d'effectif est-il un facteur de stress ?

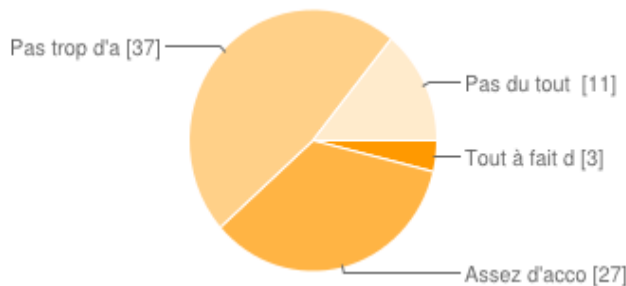


D/Le temps d'attente pour parler à un médecin est-il un facteur de stress ?



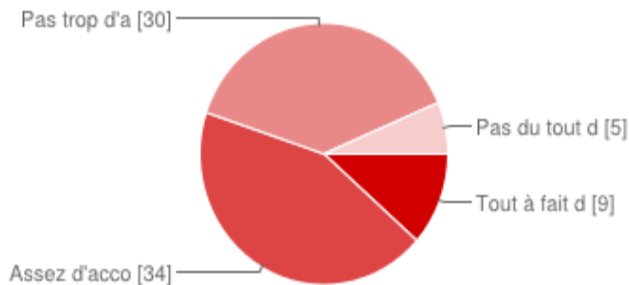
Tout à fait d'accord	29	Soit 37 %
Assez d'accord	37	47 %
Pas trop d'accord	9	11 %
Pas du tout d'accord	4	5 %

E/Avez-vous l'impression d'être reconnu dans votre travail ?



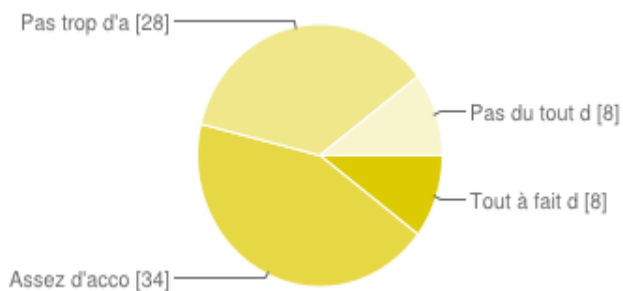
Tout à fait d'accord	3	Soit 4 %
Assez d'accord	27	35 %
Pas trop d'accord	37	47 %
Pas du tout d'accord	11	14 %

F/Votre poste vous permet-il de prendre des initiatives ?



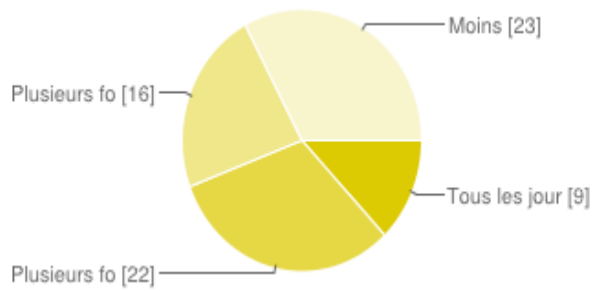
Tout à fait d'accord	9	Soit 12 %
Assez d'accord	34	44 %
Pas trop d'accord	30	38 %
Pas du tout d'accord	5	6 %

G/Avez-vous l'impression d'être soutenu par votre hiérarchie, vos cadres ?



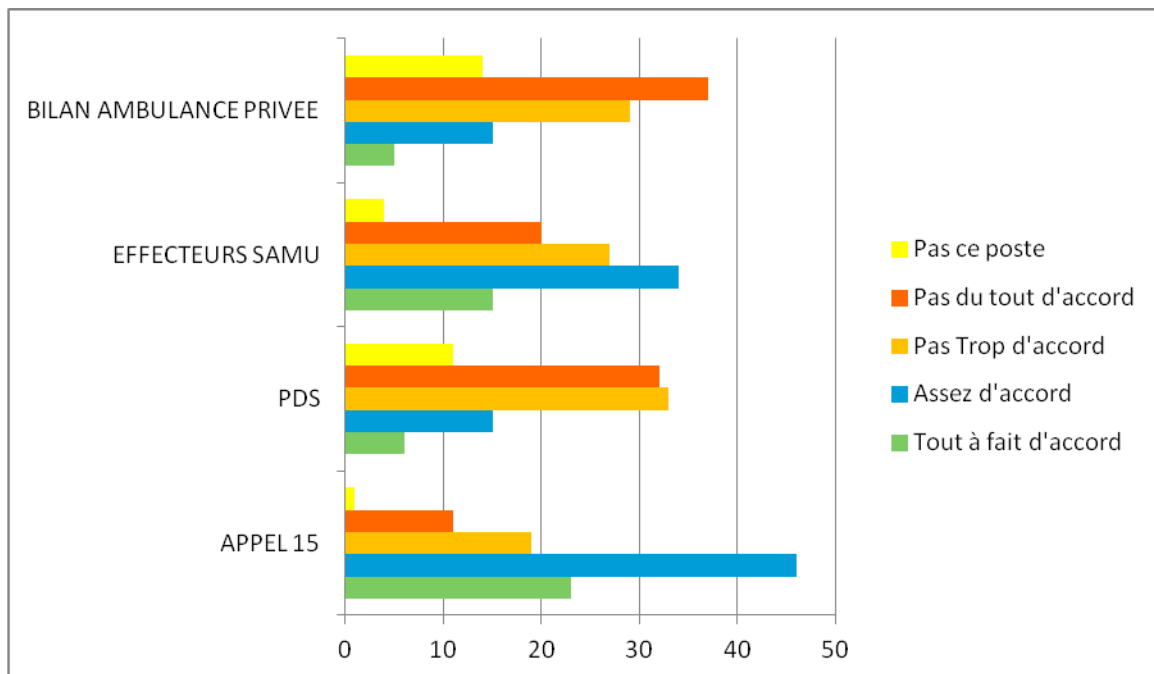
Tout à fait d'accord	8	Soit 10 %
Assez d'accord	34	44 %
Pas trop d'accord	28	36 %
Pas du tout d'accord	8	10 %

H/Ces troubles se manifestent

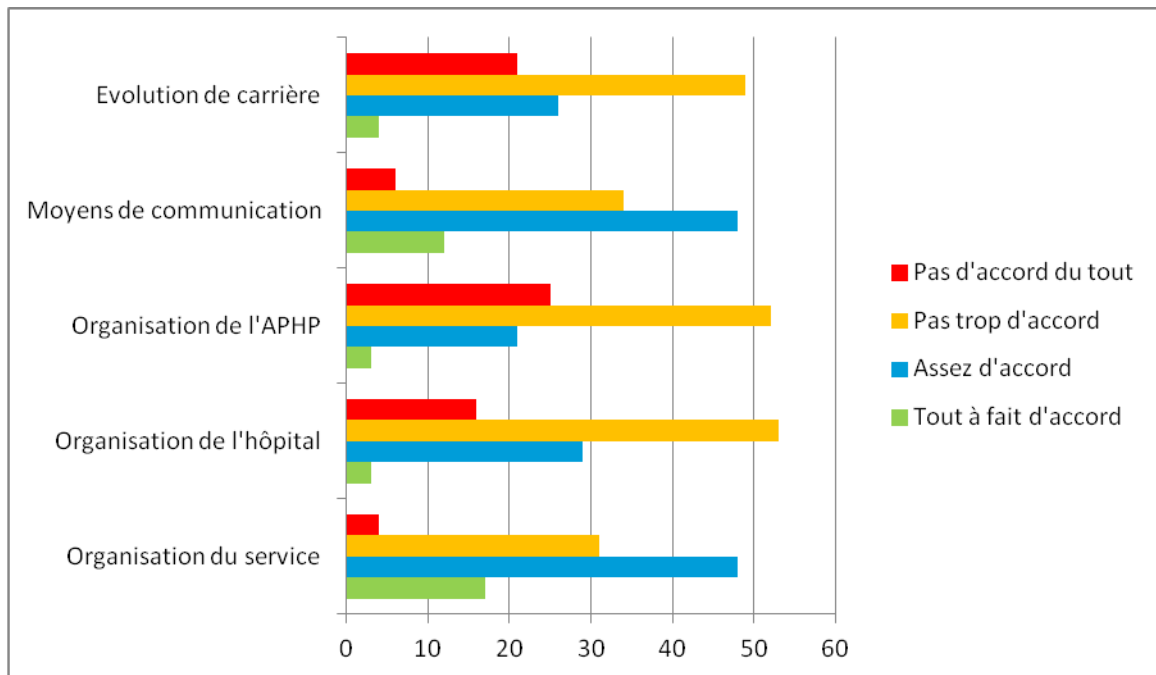


Tous les jours	9	Soit 13 %
Plusieurs fois par semaine	22	31 %
Plusieurs fois par mois	16	23 %
Moins	23	33 %

I/Stress en fonction du poste occupé



J/ Informations nécessaires concernant



BIBLIOGRAPHIE

1. Dejours C., Travail, usure mentale – de la psychopathologie à la psychodynamique du travail, Bayard, 1980
2. Site Institut de gestion du stress
<http://www.institutdegestiondustress.com>
3. Loriol M., Santé et travail N° 70 – avril 2010
4. Rotter J., Social learning and clinical psychology, 1954
5. Lazarus R. & Al, 1984, p141
6. HAS, Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, mars 2011
7. Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2001
8. Larouche LM., Manifestations cliniques du "burn-out" chez les médecins, Santé mentale au Québec, 1985
9. Adriansen C., Van Laer V., Garrigue R. & coll., évaluation du stress dû à la charge mentale, JLAR (Journées Lilloises d'Anesthésie Réanimation et médecine d'urgence), 1999
10. Baromètre du stress stimulus, l'usine nouvelle, 2004
11. Harris L., Enquête Vedioorbis 2008