

Gué-Rire ou périr ? L'humour comme mécanisme d'adaptation face à la détresse mentale liée à la pandémie COVID-19

BEN SAID SAFFAR, Cyrine^{1*}; BOUCHRIKA, Noamen²; RAFRAFI BEN AMEUR, Rym³

Date : 28/ 05/ 2022 - Date d'acceptation : 10/ 08/ 2022 - Date d'édition : 01/ 06/ 2023

Résumé :

L'ampleur de la pandémie à COVID-19, ainsi que les changements que celle-ci a exigés, ont suscité de nouvelles menaces pour l'intégrité physique et mentale de l'individu ainsi que pour la cohésion de la société. Les soignant(e)s en général, mais surtout celles et ceux directement exposé(e)s au virus, ont constitué une population à risque d'être contaminée par le virus, mais aussi de développer des troubles mentaux tels que l'épuisement professionnel, la dépression et l'anxiété. Face à cette nouvelle menace extérieure, les individus usent de plusieurs mécanismes de défense, dont l'humour, décrit comme l'un des mécanismes ayant une fonction adaptative élevée. C'est ce qui a été relevé dans une étude menée à l'hôpital Mongi Slim (Tunis, Tunisie), dont les résultats ont montré un plus faible taux de ces maladies mentales chez les soignant(e)s dans les services de soins des malades avec COVID, soignant(e)s qui ont usé de l'humour pour s'adapter à l'adversité et au stress dus au travail. Les données de la littérature ont confirmé ces résultats en montrant que celui-ci est fortement corrélé à la résilience et au bien-être au travail. Enfin, des interventions psychothérapeutiques basées sur l'humour pourraient être envisagées pour les populations à risque.

Mots clés : COVID-19 ; Soignants ; Dépression ; Humour ; Burnout

Introduction

La pandémie liée à la maladie du Coronavirus (COVID-19) constitue l'une des plus grandes menaces qu'a vécues l'être humain de l'époque contemporaine, risquant de rompre son équilibre dans les différentes sphères qui le définissent : l'humanité, la société, et l'individu.

La pandémie a dévoilé au monde une vérité crue et angoissante, celle de l'incomplétude et de la vulnérabilité de l'être humain. Ce dernier, se croyant maître de la nature et des éléments, de la science et des technologies, se trouve totalement démuni face à un organisme invisible, imprévisible et meurtrier. L'humain revit le traumatisme de ses blessures narcissiques antérieures : comme quand Copernic l'a destitué du trône de l'univers, Darwin de celui de la terre, et Freud de celui de sa psyché même, le Coronavirus a démasqué l'illusion de surpuissance de l'être humain.

A l'échelle de la société, du fait du confinement, du travail à distance et de la distanciation sociale, la pandémie a signé la rupture des liens sociaux. Le lien social faible, comme décrit par Mark Granovetter (1973)⁴, est un lien à faible charge affective ou officielle, mais qui est essentiel dans le fonctionnement des interactions humaines. En rendant ces liens de proximité impossibles ou en

¹ BEN SAID SAFFAR, Cyrine Résidente en Psychiatrie (CHU Razi, Manouba)

* Auteur correspondant.

² BOUCHRIKA, Noamen. Psychologue Principal (CHU Mongi SLIM, La Marsa).

³ RAFRAFI BEN AMEUR, Rym. Professeure en Psychiatrie (CHU Mongi SLIM, La Marsa).

⁴ *Tous les liens étrangers aux solidarités familiales, professionnelles et amicales immédiates, selon la théorie de la « force des liens faibles », Strength of weak ties, 1973.*

menaçant de les traquer par une application, on nous invite à réduire nos relations aux liens familiaux stricts, supposés être les plus forts et à pratiquer un individualisme de précaution.

Ainsi, un sentiment d'impuissance et de frustration se crée et s'empare de l'individu. La crise sanitaire risque à tout moment, depuis maintenant plus de deux ans, de rompre son équilibre physique mais aussi psychologique. Néanmoins, et malgré tout, la vie continue et l'homme s'adapte. Dans cet article, nous allons d'abord tenter de résumer les facteurs de risque individuels et collectifs pouvant menacer la santé mentale des individus, pour ensuite introduire le concept de mécanismes de défense dont l'individu a usé face à cette crise, dont l'humour qui serait « *la plus haute des réalisations de défense* » (Freud, 1927, p. 407).

Périr du COVID-19, mais pas seulement : les conséquences oubliées de la pandémie

Pour l'individu, la menace est certes physique, mais elle est aussi, et pour le long terme, psychologique. Dans le premier cas, la saturation des hôpitaux ainsi que la réorientation de moyens humains et financiers vers le traitement des malades atteints de COVID-19 a abouti au ralentissement de nombreux services hospitaliers et ambulatoires dédiés à d'autres maladies.

Il y a eu, en effet, une quasi-interruption des opérations chirurgicales non essentielles ou non urgentes. La charge de travail dans les services de soins de santé non-COVID a nettement diminué dans la majorité des hôpitaux de Tunisie, comparativement à une augmentation exponentielle des efforts humains pour la lutte contre la pandémie.

En effet, en mobilisant le corps médical et en détournant de nombreux budgets de recherche, la pandémie a fortement freiné la prévention, le dépistage et le traitement d'autres maladies infectieuses mortelles. Un article du Lancet en 2020 a alerté sur le recul des efforts faits en 2019 et 2020 contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans plus de 100 pays à revenus faibles ou moyens (Adepoju, 2020).

Actuellement, on dénombre plus de 26000 personnes décédées. Ce n'est pas qu'un chiffre. Ces personnes sont souvent celles qui luttent pour la survie de toute une famille. En Tunisie, du fait de la perte d'emploi dans les secteurs de la restauration ou du tourisme, la pauvreté est certes l'une des conséquences de la pandémie, mais en plus, elle est un facteur de risque d'attraper et de mourir de la COVID : les personnes qui peuvent se permettre de se confiner ne sont pas pauvres, et celles qui décèdent de la COVID n'ont pas de quoi payer un lit de réanimation dans le secteur privé lors de la saturation des hôpitaux publics.

Mais ce qui est souvent émis en parlant de COVID, c'est la « vague psychiatrique ». En effet, en 2020, les cas de troubles dépressifs et de troubles anxieux ont augmenté respectivement de 28 % et 26 % (Santomauro, 2021).

La dépression résulte souvent d'une perte, et nous avons fait face à de nombreuses pertes durant la pandémie : perte des proches, des moins proches, d'un travail, d'une routine, de plaisirs. L'anxiété quant à elle peut être liée à, outre la peur superficielle d'être contaminé, à l'angoisse de mort, celle qui se rapporte au fantasme d'annihilation⁵, mais aussi à l'angoisse existentielle, que Freud décrit comme le « *traumatisme du non-être* » (Cabestan, 2020). L'être humain arriverait à un moment dans sa vie, où il se rend compte qu'il existe la possibilité de cesser d'exister. Il développerait alors de l'anxiété envers la réalité et l'existence à cause de la réalité de la pandémie.

Avec toutes ses pensées conscientes et ces angoisses inconscientes, l'être humain a vu -et voit-

⁵ Réduire l'excitation à néant selon le principe de Nirvana décrit par Freud dans *Le problème économique du masochisme*.

venir une altération générale de sa santé mentale. Outre la dépression et les troubles anxieux, l'on peut avoir des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, voire des pensées suicidaires.

En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la pandémie aura un impact à long terme sur la santé mentale : « *Ce n'est pas juste la peur d'être contaminé qui a affecté la santé mentale de la population ... Le stress procuré par les inégalités socio-économiques et les effets de la quarantaine, du confinement, de la fermeture des écoles et des lieux de travail ont eu des conséquences énormes.* ». Il ne s'agit donc pas seulement d'une anxiété anticipatoire à la maladie ou à la mort, il s'agit de l'intrication de plusieurs facteurs épigénétiques, psychologiques, sociaux et économiques.

Périr mentalement du COVID : une approche psychosociale

Les limitations des libertés individuelles et collectives, la surinformation conjointe à une difficulté d'accès aux informations vérifiées, les contradictions et querelles entre scientifiques au sein du débat public, constituent tous des facteurs de risque collectifs pouvant menacer l'équilibre mental des individus.

Rajoutés à ceux-là, des facteurs individuels interviennent, dont essentiellement la perte des liens conjugaux (lors de la séparation physique des conjoints dans certains cas, ou des querelles durant le confinement du fait de la promiscuité), mais aussi de liens familiaux qui, dans une société où la communauté et la grande famille sont sources de résilience et d'apaisement, ont constitué un risque de décompensation de plus pour la santé mentale des individus.

Par ailleurs, la perte de biens associée à la pauvreté et au chômage était sans doute l'un des facteurs de risque les plus contraignants. Citons en exemple, la France avec son million de citoyen(ne)s ayant basculé dans la pauvreté au cours de la crise sanitaire (Isabelle Rey-Lefebvre et al., 2020). La pandémie vient donc rajouter une couche à la corrélation déjà établie entre le coefficient de Gini et les maladies mentales : plus il y a de disparités socio-économiques, plus les populations défavorisées sont à risque de développer des maladies mentales.

En outre, la stigmatisation aboutissant à des comportements discriminatoires tels que l'évitement et l'exclusion des malades COVID -et de leurs soignant(e)s- a elle aussi compromis le bien-être mental de ces dernier(e)s. Les images tristement célèbres des enterrements des personnes décédées du virus dans l'obscurité, en cachette et sans les rites associés à la mort -dans le but d'éviter les émeutes dans les quartiers voisins-, ont abouti à une élévation des deuils pathologiques notées dans les consultations de psychiatrie.

La pandémie a aussi accentué la stigmatisation des personnes âgées. Dans certains cas, ces personnes ont été « sacrifiées » en faveur d'autres plus jeunes ou en meilleure santé dans les services de soins intensifs. En France, au début de la pandémie, les autorités n'ont pas comptabilisé le nombre de décès résultant du COVID-19 dans les maisons de retraite (Martine Lagacé et al., 2020). Faut-il en conclure que leurs décès étaient insignifiants par rapport à ceux des jeunes adultes ?

Enfin, l'un des facteurs ayant certainement mené à la détresse mentale des individus est la violence. Il y a eu une multiplication par neuf des violences rapportées à l'encontre des femmes en Tunisie (Belhadj, 2020). En effet, le confinement s'est accompagné d'un accroissement des tâches domestiques, majoritairement assumées par les femmes. Parallèlement, il y a eu une perturbation des rôles au sein de la famille, et un questionnement plus profond quant à la nécessité du travail de la femme, celui payé -dehors-, et celui non-payé -à la maison-. Comme c'est le cas durant toute crise, économique, politique ou sanitaire, le système patriarcal a été déstabilisé, et la violence a augmenté pour tenter de le maintenir, d'imposer et de garder comme telle la domination masculine.

Dans le cas particulier des soignant(e)s, il est primordial de considérer leur détresse comme une souffrance liée non seulement à tous ces facteurs sus-cités, mais aussi à la nature même de leur travail. Face à tous ces facteurs de risque de décompensation de troubles mentaux, certain(e)s sont arrivés à s'adapter et à dépasser ces menaces, d'autres moins.

Face à une même crise, différentes réponses : exemple des soignant(e)s

Face à un même facteur de stress, l'individu peut développer plusieurs réponses qui, modulées par sa prédisposition génétique et l'interaction avec son environnement, peuvent basculer entre résilience ou acceptation et dépression, anxiété ou épuisement.

C'est ce qu'a montré une étude faite à l'hôpital Mongi Slim durant la pandémie et ayant mesuré et comparé les symptômes anxieux et dépressifs grâce à l'échelle hospitalière d'anxiété et de dépression (Zigmond, 1983), ainsi que le burnout grâce à l'échelle de Maslach (2006), chez deux groupes de 30 personnes chacun : le personnel de santé travaillant dans les services dédiés aux malades COVID et celui travaillant hors les circuits COVID, qui ne sont donc pas directement exposés au risque de contamination.

70% du personnel des circuits COVID avaient un score d'épuisement professionnel modéré à élevé avec un score moyen (SM) égal à 21,4. Ce score était plus important chez le personnel soignant travaillant dans les autres services de santé (SM=26,9), dont 80% avaient un score modéré à élevé d'épuisement professionnel. Ainsi, le travail était vécu comme difficile, fatiguant, et stressant dans les deux cas, mais significativement plus chez les personnes non exposées directement au virus ($p=0,005$).

Les deux groupes ont montré des taux élevés de perte d'empathie -ou dépersonnalisation-, qui se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres et une attitude où la distance émotionnelle est importante, observable par des discours cyniques, dépréciatifs, ou indifférents. Les soignant(e)s des malades COVID avait néanmoins un score moyen plus faible (SM=10,7) que les autres (SM=12,6) ($p>0,05$).

Ces taux élevés d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation sont en faveur de burnout et montrent clairement que le travail était un facteur stressant quotidien vécu comme un moment pénible et pouvant menacer la santé mentale de cette population.

Néanmoins, 80% des soignant(e)s aux circuits COVID avaient un score d'accomplissement professionnel modéré à élevé (SM=37,7), contre seulement 60% dans l'autre groupe (SM=34,8) ($p=0,048$). En effet, dans les circuits COVID, malgré l'exposition quotidienne au risque de contamination et la charge de travail élevée, les soignant(e)s ont présenté ce sentiment d'accomplissement, cette « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre face aux deux précédentes menaces, un certain épanouissement au travail et un regard positif sur les réalisations professionnelles. Ces dernier(e)s étaient donc moins à risque de développer un burnout.

Le même résultat a été trouvé dans les scores des troubles anxieux et dépressifs : 17% des soignant(e)s COVID avaient une symptomatologie anxieuse certaine et 3% une symptomatologie dépressive certaine, contre respectivement 43% et 13% chez le personnel soignant hors circuits COVID. En moyenne, les soignant(e)s des malades COVID étaient moins déprimés (SM=8,3) et moins anxieux (SM=4,8) que celles et ceux qui n'étaient pas directement en contact avec la maladie (SM dépression=10,5; $p=0,005$), (SM anxiété= 7; $p=0,005$).

Ainsi, malgré l'exposition continue à la maladie COVID et à ses conséquences, les soignant(e)s dans ces circuits avaient un sentiment positif d'accomplissement professionnel plus important, les protégeant de l'épuisement professionnel, et des scores de dépression et d'anxiété moins élevés. De

l'autre côté, malgré la baisse de la charge de travail dans les autres services de santé, les soignant(e)s qui n'étaient pas directement impliqué(e)s dans la prise en charge des malades avec COVID, avaient des taux plus élevés d'épuisement professionnel, de dépression et d'anxiété. Comment pouvons-nous l'expliquer ?

Outre le sentiment d'accomplissement professionnel élevé, les moyens techniques et de protection individuelle fournis aux équipes COVID et ce à travers un programme d'accompagnement avant, pendant et après exposition au stress lié à la pandémie (respectivement, des groupes de parole, des sessions de formation et des séances de débriefing émotionnel), il pourrait s'agir de mécanismes de défense intrapsychiques plus développés au sein de ce groupe de soignant(e)s. C'est ce que nous avons tenté de comprendre grâce à une étude qualitative évaluant l'humour comme mécanisme de défense chez ces deux groupes.

L'humour pour le bien-être, l'humour pour la survie

La santé mentale est la résultante d'une intrication complexe entre données sociales, biologiques et psychologiques. En effet, l'environnement et les déterminants sociaux (tels que décrits dans la partie supra) ont un poids considérable dans l'équilibre mental du sujet. En outre, des individus peuvent être génétiquement prédisposés à développer des troubles mentaux et d'autres pas. Par ailleurs, chaque personne adopte ses propres *mécanismes de défense* intrapsychiques pour faire face à des menaces qui lui sont externes ou internes.

C'est ce que Freud a décrit en 1894, comme étant des processus de défense élaborés par le *Moi*, sous la pression du *Surmoi* et de la réalité extérieure, pour lui permettre de lutter contre l'angoisse et les exigences pulsionnelles du *Ça* (Charbol, 2005). Cette théorie psychanalytique a été reprise par le Manuel Statistique et Diagnostique dans sa quatrième version (DSM-IV) en 1994 sous le terme *Styles d'adaptation* (ou de *coping*). Il y en a en effet 31, définis comme étant « *des processus psychologiques automatiques qui protègent l'individu de l'anxiété ou de la perception de dangers ou de facteurs de stress internes ou externes.* ».

L'humour se situe dans le groupe des mécanismes de défense dits matures qui comprend entre autres l'anticipation, l'altruisme, la répression et la sublimation. Le niveau adaptatif élevé de ce groupe assure une adaptation optimale aux facteurs de stress. Ainsi, les défenses habituellement impliquées autorisent la perception consciente des sentiments, des idées et de leurs conséquences.

Pour Freud, au contraire des autres processus de défense « *corrélats psychiques du réflexe de fuite* », l'humour « *dédaigne de soustraire à l'attention consciente le contenu de représentation attaché à l'affect pénible* » (Charbol, 2005), affect pénible qu'il transfigure en lui ajoutant une composante positive, transformant partiellement ou totalement le déplaisir en plaisir.

Comme décrit dans le DSM-IV, l'humour est un mécanisme par lequel le sujet répond aux facteurs de stress internes ou externes en faisant ressortir « *les aspects amusants ou ironiques des conflits ou des situations de stress* ». Il peut s'appliquer à soi-même, et s'oppose donc à l'ironie et au sarcasme qui s'exercent aux dépens des autres.

Durant la pandémie, beaucoup ont eu recours à l'humour pour faire face au stress environnant. En effet, pour mieux faire face aux fausses nouvelles et aux théories complotistes, le ridicule et l'humour sous forme de blagues et de satires ont été déterminants. La création et le détournement d'images cultes, de blagues et de "memes" avait inondé les réseaux sociaux (Mpofu, 2021). Citons à titre d'exemple une publication sur les réseaux sociaux qui incarne les craintes latentes dues à la pandémie (qui avait alors tardé à se manifester en Tunisie) : « *جات في الباطو الكورونا تالمون وخرت عليها تونيسار* »

(Femmes de Tunisie, 2020), et cet exemple d'autodérision en tant que mécanisme d'adaptation : « Une pensée au virus qui va passer sa première nuit dans un tunisien » (Femme de Tunisie, 2020).

Le même constat a été noté durant la deuxième partie de l'étude menée à l'hôpital Mongi Slim. Les deux groupes (soignant(e)s dans les circuits COVID et soignant(e)s dans les autres services de santé) avaient répondu à un questionnaire qui se composait de six parties détaillant les données sociodémographiques, le nombre d'heure de travail par semaine, le type, la fonction et les thématiques de l'humour, ainsi que son impact sur l'équipe de travail.

Dans le groupe des soignant(e)s des malades avec COVID, l'une des formes de l'humour mise en exergue selon l'analyse des entretiens était ce que Panichelli (2007) avait décrit comme les « *private jokes* », où l'humour a constitué un rituel d'appartenance propre à un système, à ce groupe. L'humour y était spécifique, centré sur les conditions du travail (60% des cas), la maladie (43% des cas), la nouvelle tenue de travail (79% des cas), des situations nouvelles et inattendues (52% des cas). A noter que seuls les membres du groupe comprenaient certaines blagues.

Il a aussi été remarqué que ce groupe était plus assidu que les soignants non COVID quant à la participation aux groupes de parole, que l'ambiance durant les séances était plus détendue et que les interactions avec l'animateur ou les autres membres étaient plus fluides. Ainsi, le recours à l'humour chez ce groupe aurait augmenté la cohésion entre membres de l'équipe (84% des cas), réduit les tensions (48% des cas), favorisé le partage des tâches (66% des cas) et facilité l'acceptation des critiques (81% des cas).

Un regard humoristique sur le travail et sur la vie aurait permis dans ce cas aux soignant(e)s de mieux faire face au COVID, en leur permettant de se construire comme groupe, d'accepter et de se distancier des situations anxigènes (81% des cas), de mieux se préparer au pire (51% des cas), et d'avoir une meilleure maîtrise face à l'adversité en trouvant des solutions nécessaires (33% des cas).

Par contre, chez le groupe des soignant(e)s travaillant dans les autres services de soins, l'humour était en majorité centré sur des thématiques larges ou négatives comme l'autodérision (33% des cas) et les conditions du travail (52% des cas) ou à travers des blagues non spécifique (41% des cas). Il servait essentiellement à réduire le stress (69% des cas), à détendre l'ambiance (61% des cas) et à verbaliser les émotions (74% des cas).

Ainsi, en constatant que le groupe des soignant(e)s COVID -qui est moins touché par le burnout, la dépression et l'anxiété malgré l'exposition récurrente au virus et une charge de travail plus importante- utilise l'humour pour mieux accepter la maladie et ses conséquences, il serait judicieux d'émettre l'hypothèse d'un lien entre la résilience et ce mécanisme de défense.

Ces résultats trouvent écho dans une revue de la littérature publiée récemment qui a permis de constater que de nombreux membres des équipes d'urgences ambulatoires utilisent l'humour comme une stratégie d'adaptation positive qui les aide à soulager le stress du travail (Lancaster, 2021).

En effet, selon les données récentes, l'humour, qui est un concept de la psychologie positive, est aussi un élément central de la résilience. Avoir le sens de l'humour est un signe de force humaine, d'intelligence et de maturité psychologique. Cela permet aux individus de se distancier émotionnellement d'un événement stressant afin de mieux y faire face. Il est considéré comme une ressource professionnelle cruciale pour les individus, et ce dans toutes les cultures (Maon, Lindgreen, Vanhamme, Angell et Memery, 2018).

Les résultats d'autres études récentes indiquent une association significative entre ce mécanisme adaptatif et le bien-être au travail, avec la résilience comme catalyseur de cette interaction (Bhattacharyya, 2019) (Oosthuizen, 2021). L'humour pourrait aussi être envisagé comme une

thérapie, comme le montre une méta-analyse évaluant les interventions basées sur le rire et l'humour pour réduire les émotions négatives, et qui a révélé que celles-ci sont non seulement sûres et pratiques, mais aussi efficaces pour soulager la dépression et l'anxiété et améliorer la qualité du sommeil. En outre, comme c'était le cas dans notre étude, l'humour peut promouvoir les relations interpersonnelles tant chez les patients que chez le personnel médical (Zhao et al., 2019).

Conclusion

L'ampleur de la pandémie à COVID-19, ainsi que les changements que celle-ci a exigés, ont suscité de nouvelles menaces pour l'intégrité physique et mentale de l'individu ainsi que pour la cohésion de la société. Les soignant(e)s en général, mais surtout celles et ceux directement exposé(e)s au virus, ont constitué une population à risque d'être contaminée par le virus, mais aussi de développer des troubles mentaux tels que l'épuisement professionnel, la dépression et l'anxiété. Face à cette nouvelle menace extérieure, les individus usent de plusieurs mécanismes de défense, dont l'humour, décrit comme l'un des mécanismes ayant une fonction adaptative élevée. C'est ce qui a été relevé dans une étude menée à l'hôpital Mongi Slim, dont les résultats ont montré un plus faible taux de ces maladies mentales chez les soignant(e)s dans les services de soins des malades avec COVID, soignant(e)s qui ont usé de l'humour pour s'adapter à l'adversité et au stress dus au travail. Les données de la littérature ont confirmé ces résultats en montrant que celui-ci est fortement corrélé à la résilience et au bien-être au travail. Enfin, des interventions psychothérapeutiques basées sur l'humour pourraient être envisagées pour les populations à risque.

Bibliographie

- Adepoju, P. (2020). Tuberculosis and HIV responses threatened by COVID-19. *The Lancet*, 7(5), 319-20. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30109-0](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30109-0)
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J. D. Guelfi et M. A. Crocq). Paris: Masson.
- Belhaj, A. (2020). Quel impact du COVID-19 sur la santé mentale des tunisien(ne)s ? Dans *La Tunisie à l'épreuve du COVID-19*. (pp. 103-113). Tunis: FES.
- Bhattacharyya, J. (2019). Resilience as a mediator between workplace humour and well-being at work: An enquiry on the healthcare professionals, *Journal of Health Management*, 21(1), 160-176
- Cabestan, P. (2022). Angoisse existentielle, angoisse pathologique, *Alter* [Online]. <https://doi.org/10.4000/alter.1897>
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense, *Recherche en soins infirmiers*, 82(3), 31-42.
- Lagacé, M. et al. (2020). Il faut mettre fin à l'âgisme. *Le Devoir*. <https://tinyurl.com/2p8587s9>
- Lakhoua, E. (2020). Coronavirus en Tunisie : les tunisiens font preuve d'humour sur les réseaux sociaux, 03 March 2020. <https://femmesdetunisie.com/coronavirus-en-tunisie-les-tunisiens-font-preuve-dhumour-sur-les-reseaux-sociaux/>
- Lancaster, C., et Phillips, P. (2021). How does the use of humour in the UK ambulance service affect a clinician's well-being? *British Paramedic Journal*, 6(2), 26-33.
- Maon, F., Lindgreen, A., Vanhamme, J., Angell, R. J., Memery, J. (2018). *Not All Claps and Cheers Humor in Business and Society Relationships*. London: Routledge.
- Maslach, C. et al. (2006). Echelle MBI (Maslach Burn Out Inventory). Dans *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Fribourg: Presses du Belvédère.

- Mpofu, S. (2021). Social Media and COVID-19: Taking Humour During Pandemics Seriously. Dans: Mpofu S. (dir) Digital Humour in the Covid-19 Pandemic. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79279-4_1
 - Novirus, C. (2020). L. *Multitudes*, 80, 122-125. <https://doi.org/10.3917/mult.080.0122>
 - Oosthuizen, R. M. (2021). Resilience as Moderator Between Workplace Humour and Well-Being, a Positive Psychology Perspective. Dans *The Palgrave Handbook of Humour Research*. (p. 263-287). Palgrave MacMillan.
 - Panichelli, C. (2007). Le mécanisme de défense de l'humour : un outil pour le recadrage. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 39(2), 39-56.
 - Rey-Lefebvre, I. et al. (2020). Covid-19 : la crise sanitaire a fait basculer un million de Françaises et de Français dans la pauvreté. *Le Monde*. <https://tinyurl.com/y6327xxy>
 - Santomauro, D.F. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
 - Zhao, J. et al. (2019). A meta-analysis of randomized controlled trials of laughter and humour interventions on depression, anxiety and sleep quality in adults. *J Adv Nurs*. 75(11):2435-2448. [doi: 10.1111/jan.14000](https://doi.org/10.1111/jan.14000).
- 1- Zigmund, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr*. 67, 361-370.