

**Stress post-traumatique et résilience chez les professionnels de santé intervenant pendant la période Covid-19**  
**Post-traumatic stress and resilience in health professionals working in the Covid-19 period**

GUIRAA HATEM Wahiba\*

BRAHMI Célia

CHELHAB Ourdia

Université Abderrahmane Mira de Bejaia. Algérie

[wahiba.hatem@univ-bejaia.dz](mailto:wahiba.hatem@univ-bejaia.dz)

[celia06thaqvaylith@gmail.com](mailto:celia06thaqvaylith@gmail.com)

[wardachelhab@gmail.com](mailto:wardachelhab@gmail.com)

Date de réception:28/02/2022

Date d'acceptation :11/4/2022

**Résumé :**

Cette recherche a pour objectif de décrire l'effet traumatique de la crise sanitaire de la COVID-19 et la résilience des professionnels de santé intervenant pendant cette période. Cette étude a concerné 32 cas exerçant à l'Établissement Public Hospitalier de Kheratta (Bejaia). Pour atteindre les objectifs de cette recherche, nous avons utilisé un entretien de type semi-directif, le questionnaire PCL-5 pour le stress post-traumatique, et l'échelle de résilience de Wagnild et Young (RS-R). Les résultats obtenus ont montré que 74.1% des professionnels de santé participant à la recherche présentent des symptômes de stress post-traumatique et que 29% d'entre eux font preuve d'un degré modéré de résilience. Cette capacité modérée à sortir vainqueur de cette crise sanitaire nécessite de tirer la sonnette d'alarme sur l'urgence d'un accompagnement psychologique des professionnels de santé confrontés à cette pandémie traumatisante de la COVID-19.

**Mots-clés**

: COVID-19 ; professionnels de santé ; stress post-traumatique ; résilience.

**Abstract:**

The aim of this research is to describe the traumatic effect of the COVID-19 health crisis and the resilience of health professionals intervening during this period. This study concerned 32 cases practising at the Public Hospital Establishment of Kheratta (Bejaia). To achieve the objectives of this research, we used a semi-structured interview, the PTSD Checklist For DSM-5 (PCL 5), and the Wagnild and Young resilience scale (RS-R). The results showed that 74.1% of the health professionals participating in the research had symptoms of post-traumatic stress and that 29% of them showed a moderate degree of resilience. This moderate ability to emerge from this health crisis raises the alarm about the urgent need for psychological support for health professionals confronted with this traumatic COVID-19 pandemic.

**Keywords:**

COVID-19 ; health professionals ; post-traumatic stress ; resilience.

---

\* Corresponding author

### **Introduction :**

COVID-19, la nouvelle épidémie qui a touché le monde en 2019, a forcé les professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, radiologues, psychologues...), à se mettre en première ligne, ils étaient comparés à des combattants faisant face à cette nouvelle maladie qui s'est traduite par une augmentation dramatique de la mortalité dans les services des soins.

L'Organisation Mondiale de la Santé la définit comme suit : « la COVID-19 est la maladie causée par un nouveau coronavirus, le SARS-COV-2. L'OMS a appris l'existence de ce nouveau virus le 31 décembre 2019 lorsqu'un foyer épidémique de cas de « pneumonie virale » a été notifié à Wuhan, en république populaire de Chine ». (Organisation Mondiale de la Santé, 2021). Par la suite, en passant du statut d'épidémie à celui de pandémie, la COVID-19 a semé la terreur dans le monde, notamment avec son vocabulaire militaire : guerre, bataille, front, première ligne, couvre-feu... etc.

La majorité des populations des pays du monde s'est retrouvée dans un confinement domiciliaire, avec une fermeture des entreprises, des écoles, des universités et même des magasins...etc. à cause de cette pandémie.

Ce virus a influencé la santé mentale des populations et cet impact s'est avéré encore plus aigu, chez ceux qui étaient dans les premières lignes, comme les professionnels de santé notamment dans les pays sous-développés où il y'avait un manque des moyens de protection et de prévention. De plus, les caractéristiques de cette pandémie (rapidité de diffusion, connaissances incertaines, sévérité, décès de soignants) ont installé un climat anxigène (El-Hage & al., 2020).

Cette nouvelle pandémie considérée comme un événement traumatique, a peut-être engendré chez ces soignants divers troubles, et parmi eux le trouble du stress post-traumatique. En effet, COVID-19, cet événement qui va marquer l'histoire de l'humanité, a induit plus de 163 millions de cas selon l'Organisation Mondiale de la Santé, parmi eux des professionnels de santé. Ces derniers ont fait face à un événement hors de commun, qui a provoqué chez eux une souffrance intense et un vécu chargé en émotions, qu'on peut appeler « stress post-traumatique ». Néanmoins, pour les études épidémiologiques, une étude récente de Lai et al. Menée en Chine entre le 1er novembre 2019 et le 25 mai 2020 et incluant 62 études (soit 162 639 participants de 17 pays), la prévalence des symptômes de TSPT chez les professionnels de santé était de 3 % à 16 %. La revue systématique et méta-analyse réalisée en Inde entre le début de la pandémie et le 22 avril 2020 retrouvait une prévalence des symptômes de TSPT de 13 % chez les professionnels de santé. Dans une revue systématique menée en Italie entre janvier et mai 2020, la prévalence des symptômes de TSPT était comprise entre 7,4 % et 35 %. Les prévalences les plus élevées étaient notées chez les femmes, les infirmières, les soignants situés en première ligne (services des urgences et de réanimation) et chez les professionnels de santé présentant des symptômes somatiques (par exemple, céphalées, insomnie). Une enquête grecque réalisée sur internet du 10 au 13 avril 2020 auprès de 270 professionnels de santé retrouvait des symptômes de TSPT chez 16,7 % des participants. Ces symptômes étaient plus fréquents chez les femmes (21,7 %) que chez les hommes (5,1 %). En revanche, une enquête italienne menée sur internet du 16 avril 2020 au 11 mai 2020 auprès de 330 professionnels de santé retrouvait une prévalence plus élevée de symptômes de TSPT (36,7 %). (Underner & al., 2020)

Travailler en tant que professionnel de santé (médecin, infirmier, radiologue, sage-femme, psychologue...), en première ligne pendant une pandémie mondiale, comme celle de la COVID-19, peut être très stressant, et peut laisser des séquelles psychologiques chez ces derniers, comme le stress, la dépression, et le stress post-traumatique qui est l'une des conséquences possibles d'un traumatisme important plus ou moins récent (catastrophe naturelle, guerre, attentat, accident, agression, deuil, exposition à la mort...etc.).

Le trouble de stress post traumatique (TSPT), survient après un événement traumatique à propos duquel l'individu croit qu'il a été en danger physique pour sa vie. Selon le DSM 5, les principaux critères du TSPT sont les suivants :

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques ; 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes ; 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche ; 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse ; 2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques ; 3. Réactions dissociatives (p. ex. flashbacks) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire ; 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause ; 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes : 1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse ; 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants : 1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative) ; 2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde ; 3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes ; 4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte) ; 5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités ; 6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ; 7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants : 1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) ; 2. Comportement irréfléchi ou

autodestructeur ; 3. Hypervigilance ; 4. Réaction de sursaut exagérée ; 5. Problèmes de concentration ; 6. Perturbation du sommeil.

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

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

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale (DSM 5, 2015, pp.350-351).

D'autre part, l'une des questions que se posent les psychothérapeutes est de savoir quels sont les facteurs qui permettent à certains individus de faire face et de rebondir à des événements traumatiques au moment où d'autres restent traumatisés par un passé qui les hante et dont ils ne peuvent se débarrasser.

En effet, la façon, dont on résiste à des événements traumatiques diffère d'une personne à une autre. Chacun réagit selon ses capacités personnelles et psychiques pour dépasser la situation à laquelle il est confronté par exemple : décès d'un proche, accident, ...etc. Ce processus est appelé «la résilience ». À cet égard la résilience se présente comme « *la capacité à sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme.* » (Anaut, 2003, p.7).

Chez des professionnels de santé et des soignants travaillant dans les services des urgences au cours des pandémies et donc à risque de développer un TSPT, des études ont montré que les personnes présentant une résilience et sachant mieux faire face à des situations difficiles (*coping*) avaient un risque moindre de TSPT. Plusieurs facteurs interviennent dans la résilience : la compétence, le contrôle de soi et le fait de savoir-faire face (*coping*) à une situation stressante. La résilience augmente la tolérance des émotions négatives et des échecs et joue un rôle important dans la prévention des conséquences négatives d'évènements de vie personnels ou professionnels particulièrement difficiles (Underner & al., 2020).

À la lumière de ce qui précède, nous nous demandons si les professionnels de santé intervenant pendant la crise de la COVID-19 et participant à la recherche, ont manifesté des symptômes de trouble de stress post-traumatique et s'ils ont fait preuve de résilience ?

### **Hypothèses**

- Les professionnels de santé intervenant pendant la période COVID-19 manifestent des symptômes de trouble de stress post- traumatique.
- Les professionnels de santé intervenant pendant la période COVID-19 ont fait preuve de résilience.

## **2. Opérationnalisation des concepts**

### **Trouble de Stress Post-Traumatique TSPT**

- Souvenirs répétitifs ;
- cauchemars et terreurs nocturnes ;
- perturbation du sommeil ;
- réaction de sursaut excessif ;
- difficulté à se concentrer, trous de mémoire ;
- irritabilité, accès de colère ;
- comportement d'évitement ;
- hypervigilance.

### **Résilience**

- Continuer à vivre sa vie sans problèmes psychologiques ;
- avoir confiance en soi, une bonne image de soi ;
- avoir les capacités requises pour réussir une tâche déterminée ;
- avoir une capacité à résoudre la majorité de ses problèmes au cours de sa vie ;

- sentiment de fierté, d'auto-efficacité ;
- bonne estime de soi, et absence de pathologie psychique telle que la dépression, l'anxiété...etc.

### **COVID-19**

- Une fièvre, toux sèche, fatigue, perte du goût et de l'odorat, congestion nasale ;
- Conjonctivite ;
- Mal de gorge, Maux de tête ;
- Douleurs musculaires ou articulaires ;
- Différents types d'éruption cutanée ;
- Nausées ou vomissements, diarrhée ;
- Frissons ou vertiges, essoufflement ;
- perte d'appétit, état confusionnel ;
- douleurs ou sensation d'oppression persistante dans la poitrine ;
- température élevée (supérieure à 38° C).

### **Professionnels de santé**

- Médecin généraliste ;
- Infirmier, infirmière ;
- Néphrologue ;
- Radiologue ;
- Gynécologue ;
- Infectiologue ;
- Psychologue.

### **3. Méthode et outils**

Pour examiner les hypothèses de cette recherche, nous avons eu recours à la méthode descriptive qualitative-quantitative, le volet quantitatif nous permet de démontrer l'existence d'un trouble de stress post-traumatique et d'une résilience en l'exprimant en chiffres (statistiques) et le volet qualitatif, quant à lui, est destiné à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont – la plupart du temps - non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés et qui s'intéressent aux expériences de l'être humain. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements (Kivits & al., 2016, p.162). Par « entretiens individuels », nous laissons entendre « étude de cas ». Leyens (1983) souligne la force persuasive de l'étude de cas et démontre qu'elle est plus convaincante qu'une foule de statistiques (Ionescu & Blanchet, 2009, p.16). Nous avons choisi d'une part, la démarche qualitative, L'étude qualitative est une méthode qui permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets. L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond.

Notre travail de recherche s'est effectué auprès de professionnels de santé exerçant à l'EPH de Kheratta et notre groupe de recherche s'est constitué de (32) sujets, des deux sexes, dont l'âge variait entre 23 et 60 ans, ayant travaillé pendant la période de la crise sanitaire COVID-19. Notre enquête s'est déroulée du 25 février 2021 au 25 mai 2021.

Dans notre recherche, nous avons utilisé en plus de l'entretien semi-directif, deux autres outils : le PTSD Checklist For DSM-5 (PCL 5) et l'échelle de résilience, développée par Wagnild et Young.

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements, vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (Chahraoui & Bénony, 2003, p.141).

Tout chercheur doit être en mesure de connaître les types d'entretiens dans le but de ne pas tomber dans la confusion. Nous-en rencontrons trois types : l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien libre. C'est l'entretien semi-directif qui convient le plus aux objectifs de notre recherche, c'est donc avec ce dernier que nous avons décidé de procéder. Dans l'entretien semi-directif, le chercheur dispose d'un certain nombre de thèmes ou de questions guides, relativement ouvertes, sur lesquels il souhaite que l'interviewé réponde. Mais il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre dans lequel il les a notées et sous leur formulation exacte. Il y a davantage de liberté pour le chercheur, mais aussi pour l'enquêté. Autant que possible, le chercheur laisse venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur essaie simplement de recentrer l'entretien sur les thèmes qui l'intéresse quand l'entretien s'en écarte, et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même (Lefèvre, 2010).

Afin de structurer au mieux notre entretien, nous avons établi un guide à partir d'éléments issus de notre enquête exploratoire ; les questions qu'il contient sont ouvertes et les thèmes sont proposés suivant 4 axes. 29 questions figurent sur notre guide d'entretien ; - 5 dans l'axe premier (informations générales sur le sujet) ; - 11 dans le deuxième (informations sur la période de confinement) ; - 3 dans le troisième (Informations sur le trouble de stress post-traumatique) avec l'objectif de détecter la présence des symptômes de trouble de stress post-traumatique ; - 10 dans le quatrième axe (informations sur la résilience) avec l'objectif de déceler des indicateurs de résilience.

Le PTSD Checklist For DSM-5 (PCL-5) est une mesure d'auto-évaluation de 20 éléments qui évalue les 20 symptômes DSM-5 du TSPT. Le PCL-5 a une variété d'objectifs, notamment la surveillance de l'évolution des symptômes pendant et après le traitement et le dépistage des individus pour le TSPT.

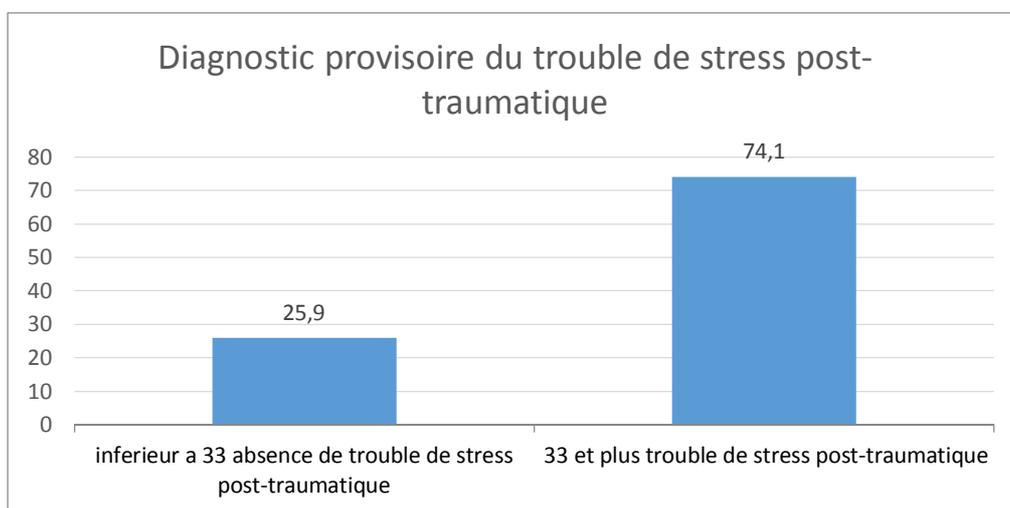
Le PCL-5 peut être noté de différentes manières : • Un score total de sévérité des symptômes (plage 0-80) peut être obtenu en additionnant les scores pour chacun des 20 éléments. • Les scores de gravité des groupes de symptômes du DSM-5 peuvent être obtenus en additionnant les scores des éléments d'un groupe donné, c'est-à-dire le groupe B (éléments 1-5), le groupe C (éléments 6-7), le groupe D (éléments 8-14), et le groupe E (éléments 15-20). • Un diagnostic provisoire de TSPT peut être posé en traitant chaque élément coté 2 = « Modérément » ou plus comme un symptôme approuvé, puis en suivant la règle de diagnostic DSM-5 qui nécessite au moins : 1 B élément (questions 1- 5), 1 C item (questions 6-7), 2 items D (questions 8-14), 2 items E (questions 15- 20). • Les premières recherches suggèrent qu'un score de coupure PCL-5 entre 31-33 est indicatif d'un probable SSPT dans tous les échantillons (Blevins & al., 2015).

L'échelle de résilience, développée par Wagnild et Young en 1993, est un questionnaire d'auto-évaluation à 25 items pour identifier le degré de résilience individuelle. Cette échelle s'est révélée être un outil fiable et valable pour mesurer la résilience. Les items de l'échelle de résilience ont été tirés des entretiens avec des personnes qui ont caractérisé les définitions généralement acceptées de la résilience. Selon des études précédentes, la résilience mesurée par cette échelle, a une corrélation positive avec la satisfaction de la vie, l'estime de soi, la santé auto-évaluée, la réalisation de soi, la gestion du stress et le soutien social, ainsi qu'une corrélation négative entre symptômes dépressifs et anxiété. Selon Wagnild et Young, les problèmes ont été choisis pour refléter cinq composantes interdépendantes de la résilience : • l'équanimité (perspective de sa vie et de ses expériences) • la persévérance (l'acte de persistance malgré l'adversité ou le découragement) • l'autonomie (une croyance en soi et ses capacités) • la signification (la prise de conscience que la vie à un but) • solitude existentielle (prise de conscience que le chemin de vie de chaque personne est unique).

Les données de cette étude reposaient sur un échantillon de commodité rassemblé par des chercheurs et des étudiants en psychologie principalement des départements de leurs lieux de travail et de leurs universités, où le questionnaire a été administré. La collecte de données a été réalisée de manière anonyme afin de protéger la confidentialité des participants. Le groupe d'étude était composé de 243 participants (182 [75%] femmes et 61 [25%] hommes). Il n'y avait pas de critère pour l'âge des participants, et variait de 17 à 92. Il n'y avait pas de différence significative d'âge entre les hommes et les femmes. Les répondants sont invités à indiquer dans quelle mesure ils sont d'accord ou non, avec un écart de 7 points allant de 1 (totalement en désaccord) à 7 (tout à fait d'accord). Tous les items sont positivement marqués. Les scores totaux possibles vont donc de 25 à 175, les scores les plus élevés traduisant une plus grande résilience. Wagnild a présenté la notation suivante pour le score total : 25-100 = Très faible ; 101-115 = Faible ; 116-130 = Limite faible ; 131-145 = Modéré ; 146-160 = Modérément élevé ; 161-175 = Elevé (Losoi & al., 2013).

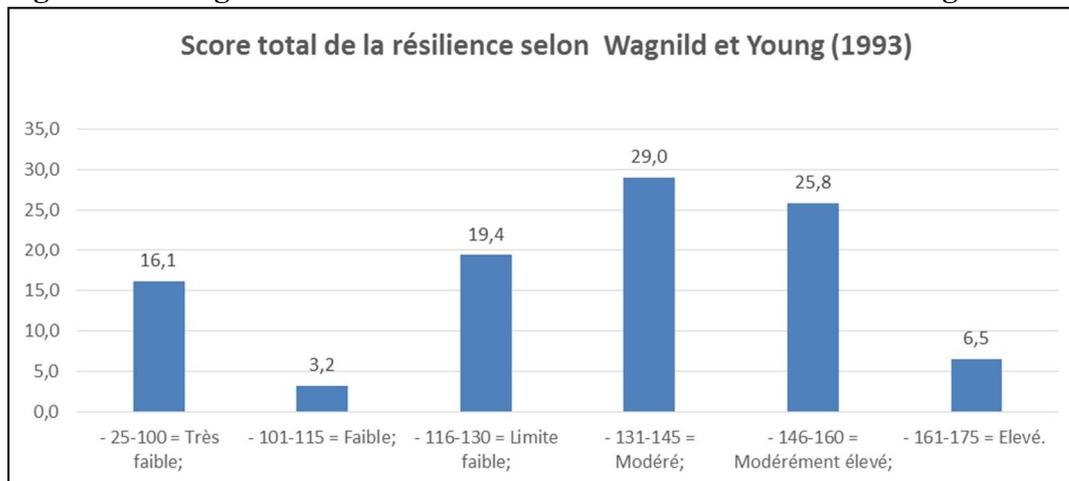
#### 4. Résultats et discussion

**Figure 1 : Histogramme des résultats du questionnaire (PCL5)**



Cette figure représente les résultats obtenus au PTSD Checklist For DSM-5 (PCL-5) par les 32 professionnels de santé participant à notre recherche, nous remarquons que (74.1 %) des professionnels de santé manifestent un trouble de stress post-traumatique.

**Figure 2 : Histogramme des résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young**



Cette figure représente les résultats obtenus à l'échelle de résilience Wagnild et Young (1993) pour les (32) professionnels de santé participant à notre recherche, nous distinguons le taux de (25.8%) des professionnels de santé faisant preuve d'une résilience modérément

élevée, suivi du taux le plus élevé estimé à (29%) des professionnels de santé qui font preuve d'une résilience modérée.

À partir des résultats qu'on a obtenus, à partir des outils de recherche que nous avons utilisés pour recueillir les informations fiables sur nos sujets de recherche, nous pouvons distinguer entre nos cas. Les entretiens individuels menés avec cinq professionnels de santé dans le but de répondre à l'existence supposée de la symptomatologie d'un trouble de stress post-traumatique et d'une résilience chez ces derniers. Dans un souci de ne pas alourdir le texte, nous présentons, dans ce qui suit, une brève synthèse des entretiens effectués avec nos 5 cas :

#### **Cas 1 : Amina**

Amina, une jeune fille âgée de (26) ans, fiancée, infirmière dans la santé publique au service du COVID-19.

Sur la base des données de l'entretien effectué avec Amina, nous pouvons dire que cette dernière a développé un trouble de stress post-traumatique par la présence de symptômes de répétition à travers des cauchemars répétitifs et un sommeil agité « *je fais des cauchemars comme si le virus عاود وليّ* » « *من هناك الوقت ما نرقدش مليح، خطرات نرقد غير 3 سوايح فنهار* »

Cependant, nous remarquons qu'Amina est une personne autonome et efficace dans son environnement.

#### **Cas 2 : Kamel**

Kamel est un homme âgé de (40) ans, marié, père de trois enfants, infirmier au service d'hémodialyse.

En se référant aux informations rassemblées à l'entretien, nous déduisons que Kamel présente des symptômes d'un stress post-traumatique, qui se traduisent par des difficultés d'endormissement, et de concentration, des rêves répétitifs relatifs au vécu d'un événement traumatique (Covid-19) : « *je n'arrive pas à dormir, je souffre même dans la journée, je n'arrive plus à me concentrer comme avant, awar-sdi3awadh rabi nchallah i la période ani (il ne souhaite pas revivre cette période)* ».

En outre, nous avons remarqué qu'il est une personne optimiste. En effet, son optimisme est l'une des compétences personnelles qui lui ont permis de compter sur lui-même afin de surmonter sa souffrance. Nous notons que malgré la souffrance qu'il a vécue et les adversités traversées à cette période, notre sujet a fait preuve de capacités et d'aptitudes pour faire face à sa souffrance.

#### **Cas 3 : Amel**

Amel est une jeune femme, âgée de (36) ans, médecin généraliste au service de médecine interne femmes, et maman de deux enfants.

En se référant aux données recueillies à l'entretien, nous pouvons avancer qu'Amel présente des symptômes d'un trouble de stress post-traumatique, qui se sont manifestés sous forme de souvenirs, de problèmes de sommeil, « *parfois je rentre chez moi épuisée après une longue journée de travail et je prépare aussi à manger, mais quand arrive le temps de dormir je perds le sommeil* », de cauchemars, « *... alors là les cauchemars presque chaque jour je me rappelle des événements passés, des fois je refais tout ce que j'ai fait pendant la journée mais avec une autre façon qui fait peur, et parfois je vois les mêmes cauchemars que j'ai déjà vu auparavant* », cette dernière souffre aussi de problèmes de concentration, « *je n'arrive pas à me concentrer comme avant pendant le travail je ne sais pas pourquoi, si c'est à cause de la charge ou de la fatigue* ».

Malgré les circonstances liées à la crise sanitaire, Amel reste optimiste et courageuse, elle a des capacités de résilience (une bonne estime de soi, une confiance en soi) qui lui permettent de traverser les périodes difficiles.

#### **Cas 4 : Farid**

Il s'agit de Farid, un homme âgé de (54) ans, marié et père de 5 enfants, médecin principal et chef de service des urgences.

D'après les données de l'entretien, nous constatons que l'événement traumatique (covid-19) qu'a vécu Farid a eu un impact considérable sur lui, en développant des manifestations relatives à un trouble de stress post-traumatique, difficultés de concentration, «*ces derniers temps, je ne peux plus me concentrer comme avant*», il a aussi, des problèmes d'endormissement «*certaines nuits je me retrouve fatigué, après une longue journée de travail, je ne dors plus bien comme avant*», et il fait souvent des cauchemars «*..., ovghighara adamakthigh (je ne veux pas me souvenir) presque chaque jour et parfois je vois les mêmes cauchemars que j'ai déjà vu auparavant* ».

D'autre part, nous avons remarqué qu'il a est incapable de faire face aux moments difficiles qu'il a traversé car d'après ses dires, il compte sur ses proches afin de l'aider à résoudre ses problèmes et lui donner un soutien psychologique.

#### **Cas 5 : Nabil**

Nabil, un jeune homme âgé de (44 ans) marié, papa de deux filles, médecin généraliste au service d'hémodialyse.

D'après les données récoltées à l'entretien, Nabil ne présente pas de symptômes de stress post-traumatique, et malgré toutes les difficultés qu'il a subies, Nabil reste optimiste et positif. Ce qui l'a aidé à dépasser cette situation aversive sont ses bonnes relations avec son entourage, le soutien de sa famille et son intelligence.

À partir des résultats obtenus au PTSD Checklist For DSM-5 (PCL-5), nous pouvons confirmer notre première hypothèse stipulant que Les professionnels de santé intervenant pendant la période COVID-19 manifestent des symptômes de trouble de stress post-traumatique. En effet, 74.1% des professionnels de santé participant à notre recherche présentent les symptômes de trouble de stress post-traumatique. Cette pandémie COVID-19 a eu un impact sur les professionnels de santé qui se sont retrouvés obligés d'aller travailler alors que le monde entier était confiné, et ce qui a rendu les choses plus difficiles est : - l'absence de connaissances sur ce virus, que ce soit les voies de contamination ou le traitement ; - la crainte de contaminer un proche ; -le manque de moyens de protection ; -la confrontation directe à la mort ; -l'augmentation du nombre de décès notamment du côté des professionnels de santé (la perte de leurs collègues) ; - l'isolement ou la stigmatisation sociale ; -le haut niveau de stress au travail. Tous ces facteurs ont augmenté le risque d'anxiété, de dépression, d'épuisement, d'addiction et de trouble de stress post-traumatique chez les professionnels de santé.

Nos résultats vont dans le même sens que l'étude de Lai et al. Menée en Chine entre le 1er novembre 2019 et le 25 mai 2020 et incluant 62 études (soit 162 639 participants de 17 pays), la prévalence des symptômes de TSPT chez les professionnels de santé était de 3 % à 16 %. La revue systématique et méta-analyse réalisée en Inde entre le début de la pandémie et le 22 avril 2020 retrouvait une prévalence des symptômes de TSPT de 13 % chez les professionnels de santé. Dans une revue systématique menée en Italie entre janvier et mai 2020, la prévalence des symptômes de TSPT était comprise entre 7,4 % et 35 %. Les prévalences les plus élevées étaient notées chez les femmes, les infirmières, les soignants situés en première ligne (services des urgences et de réanimation) et chez les professionnels de santé présentant des symptômes somatiques (par exemple, céphalées, insomnie). Aussi, une enquête italienne menée sur internet du 16 avril 2020 au 11 mai 2020 auprès de 330 professionnels de santé retrouvait une prévalence plus élevée de symptômes de TSPT (36,7 %). Dans une autre étude norvégienne menée du 31 mars au 7 avril 2020, la prévalence des symptômes de TSPT était significativement plus élevée chez les soignants directement exposés aux patients souffrant de la COVID-19 que chez ceux indirectement exposés : 36,5 % vs. 27,3 % (Underner & al., 2020).

À partir des résultats obtenus à l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993), nous pouvons confirmer notre deuxième hypothèse stipulant que « les professionnels de santé intervenant pendant la période COVID-19 ont fait preuve de résilience » partiellement : (29%) des professionnels de santé font preuve d'une capacité de résilience modérée, d'où la nécessité de la renforcer afin que les symptômes de TSPT ne s'inscrivent pas dans la durée. Les facteurs de résilience retrouvés chez les professionnels de santé participant à notre recherche sont : le soutien de leurs proches, leurs croyances religieuses, leur capacité à résoudre leurs problèmes et leur confiance en soi.

Dans ce sens, des études ont montré que les professionnels de santé travaillant dans les services des urgences au cours des pandémies et donc à risque de développer un TSPT, présentant une résilience et sachant mieux faire face à des situations difficiles (*coping*) avaient un risque moindre de TSPT. Plusieurs facteurs interviennent dans la résilience : la compétence, le contrôle de soi et le fait de savoir-faire face (*coping*) à une situation stressante. La résilience est un processus par lequel un individu est capable de se préserver face à des événements ou des situations de vie pénibles par un bon contrôle du stress et des émotions négatives. La résilience augmente la tolérance des émotions négatives et des échecs et joue un rôle important dans la prévention des conséquences négatives d'événements de vie personnels ou professionnels particulièrement difficiles. Les personnes ayant un niveau élevé de résilience ont une plus grande estime de soi et une auto-efficacité plus importante. (Underner & al., 2020).

### **Conclusion**

La pandémie de COVID-19 a eu un impact profond sur toute la société, notamment pour les professionnels de santé qui se sont retrouvés en première ligne. Ces derniers, exercent une profession qui demande énormément d'efforts et de sacrifice surtout pendant les moments de crise, comme la période du COVID-19, où ils étaient obligés de laisser leurs familles et de mettre leurs vies en danger pour sauver la vie des autres. En effet, cette crise sanitaire a fait sortir les professionnels de santé de leur zone de confiance en forçant certains d'entre eux à adopter une attitude de résilience active et productive, au moment où d'autres professionnels de santé ont développé des symptômes de trouble de stress post-traumatique.

Les outils utilisés pendant notre recherche nous ont permis de constater que les professionnels de santé intervenant pendant la période du COVID-19, manifestent des symptômes de trouble de stress post-traumatique et que leur capacité de résilience est modérée. Il est donc indispensable de dépister et de prendre en charge les professionnels de santé souffrant de ce trouble, et de planifier des interventions d'aide psychologique qui visent à consolider la résilience chez ces derniers, afin de diminuer les conséquences psychologiques de cette pandémie mondiale sur la santé mentale de ceux qui étaient aux premières lignes pour sauver la vie des gens.

## Bibliographie :

- Anaut, M. (2003). *La résilience, surmonter les traumatismes*, Paris : Nathan Université.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5<sup>e</sup> éd.). Elsevier Masson.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Chahraoui, Kh. et Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod. Paris.
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yroni, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. O., & Auouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L'Encephale*, 46(3S), S73–S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Ionescu, S. et Blanchet, A. (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. PUF. Paris. p.16
- Kivits, J. & al. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand Colin. Paris. p.162
- Lefèvre, N. (2012). Méthodes et techniques d'enquête : L'entretien comme méthode de recherche. Repéré à : [http://staps.univlille2.fr/fileadmin/user\\_upload/ressources\\_peda/Masters/SLEC/entre\\_meth\\_recher.pdf](http://staps.univlille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf)
- Losoi H., Turunen S., Wäljas M., Helminen M., Öhman J., Julkunen J., et al. (2013). Psychometric properties of the Finnish version of the resilience scale and its short version. *Psychol. Commun. Health* 2 1–10. 10.23668/psycharchives.2244
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021, juin 22). Récupéré sur OMS: <http://www.who.int>
- Underner, M., Perriot, J., Peiffer, G., & Jaafari, N. (2021). COVID-19 et trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les professionnels de santé [COVID-19 and post-traumatic stress disorder (PTSD) among health care professionals]. *Revue des maladies respiratoires*, 38(2), 216–219. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2020.11.014>