



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira – Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Psychologie Clinique

Thème

stress post-traumatique et résilience chez les professionnels de la santé intervenant pendant la période du Covid-19

Etude de 32 cas réalisé au sein de l'hôpital de kheratta

Présenté par :

BRAHMI Célia

CHELHAB Ourdia

Encadré par :

Dr. HATEM Wahiba

Soutenu le/...../.....

Année 2020-2021

Remerciement

Au terme de ce travail, nous tenons à adresser nos vifs remerciements à toute personne qui, de près ou de loin, a contribué à son accomplissement.

Plus important, nous remercions dieu pour sa bénédiction, la volonté et le courage dont il nous a gratifiés tout au long de ce projet. Pour nous il est la source de tous les principes qui apportent joie et succès dans la vie

Notre profonde reconnaissance s'adresse particulièrement à madame HATEM Wahiba qui, par ses conseils constructifs, son dévouement, sa disponibilité, son soutien, son encouragement et ses remarques si pertinentes, nous ont aidés à l'accomplissement de la présente étude.

Nous tenons à remercier les membres du jury de nous faire l'honneur d'évaluer ce travail et d'y apporter leurs avis éclairés.

Nous sommes reconnaissants à l'équipe soignante de l'hôpital « Kheratta de Bejaia et particulièrement Mr OUAZEN pour son aide et ses conseils précieux.

Notre étude n'aurait existée si nous n'avions pas eu la collaboration des professionnels de santé de cet établissement qui ont accepté de nous fournir les informations si riches et importantes à notre travail. Nous leur disons grand merci.

Nous sommes reconnaissant envers nos parents pour tant de dévouements fournis pour nous depuis la naissance jusqu'à ce jour.

Dédicaces

Je tiens à dédier ce modeste travail à ceux qui me sont très chers :

À la lumière de mes jours, la source de mes efforts, la flamme de mon cœur, ma vie et mon bonheur ; maman que j'adore.

À l'homme de ma vie, mon soutien moral et source de joie et de bonheur, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir.

Aux personnes dont j'ai bien aimé la présence dans ce jour, à mes frères ; Fayçal et Ali, mes sœurs ; Meriem et Lydia, mes neveux ; Lyan et Maël, ma petite princesse Elena. A mes beaux frères. Dont le grand plaisir revient en premier lieu pour leurs conseils, aides et encouragements.

À celui que j'aime beaucoup qui m'a soutenue tout au long de ce projet ; mon fiancé Hafid.

À mon binôme ; Warda.

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce projet soit possible, je vous dis merci.

Cetia

Dédicace

*De fond de mon cœur je dédie ce modeste travail à tous
ceux qui me sont chers,*

*À la personne qui est la source du succès dans ma vie,
avec ses d'Oaa,*

Son amour et sa tendresse, ma très chère maman.

*À mon très cher papa, pour son encouragement, son
bienveillance et*

Son soutien plus que précieux.

*Rien au monde ne vaut les efforts fournis jours et nuit
pour mon éducation et mon bien être*

*Que dieu vous préserve une longue vie et vous garde en
bonne santé.*

À mes chères adorables sœurs Kenza et Manel.

À mon frère Walid pour son encouragement permanent.

À ma meilleure amie Randa pour ses précieux conseils

Et son soutien moral.

À mon binôme Celia.

À Salim pour son encouragement et

Son soutien plus que précieux.

*À toutes les personnes que j'aime sans citer les unes et
oublier les autres.*

WARDA

Sommaire

Introduction.....	1
-------------------	---

Cadre générale de la problématique

Problématique et hypothèses.....	4
Opérationnalisation des concepts.....	9

Partie théorique

Chapitre I : Le stress post-traumatique

Préambule

1. Histoire	12
2. Définitions du stress.....	13
3. Origine étymologique du mot.....	14
4. Définitions stress post-traumatique	14
5. Définition de l'événement traumatique.....	15
6. Les types d'événements traumatiques.....	16
7. Les critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique.....	16
8. Différentes approches théoriques du traumatisme psychique	18
8.1. Théorie psychologique du trauma.....	18
8.2. Théorie freudienne (psychanalytique) du trauma	19
8.3. La théorie phénoménologique du trauma.....	19
8.4. Théorie de Ferenczi du trauma.....	19
8.5. Théorie de Kardiner du trauma.....	20
9. Prise en charge psychologique du trauma.....	20

Synthèse

Chapitre II : La résilience

Préambule

1. Origine du concept résilience.....	23
2. Définitions de la résilience.....	24
3. Du traumatisme à la résilience.....	25
4. La résilience selon les différentes approches.....	26
4.1. Théorie dynamique face au trauma.....	26
4.2. Le modèle cognitivo comportementaliste	28
5. Profil de l'individu résilient	29
6. critères du processus résilients	30
7. Méthode d'évaluation de la résilience	31
8. Application clinique de la résilience	32
9. Les limites de la résilience	33

Synthèse

Chapitre III : COVID-19 et professionnels de santé

Préambule

1. Définition des maladies infectieuses	35
2. Définitions du virus	35
3. Structure générale des virus	36
4. Définition Du COVID-19	36
5. Définitions du confinement	36
6. Histoire du COVID-19	36
7. Symptômes du COVID-19	38
8. Variants du COVID-19	39

8.1. Définitions du variant d'un virus	39
8.2. Les noms des variants du Sars-Cov-2 (COVID-19)	39
9. Facteurs de risque du COVID-19	40
10. Le traitement du COVID-19	41
11. Définitions du professionnel de santé	42
12. les catégories des professionnels de santé	42
12.1. Professions médicales	42
12.2. Professions paramédicales	42
12.3. Professions administratives	43
13. Impact du confinement sur les professionnels de santé	43

Synthèse

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule

La démarche de la recherche

1. La méthode de la recherche	47
1.1. L'approche qualitative	47
1.2. L'approche quantitative	48
1.3. La pré-enquête	48
1.4. Présentation de lieu de recherche	49
2. Les outils de recherche	52
2.1. L'entretien clinique de recherche	52
2.2. Échelle de résilience	53
2.3. Le questionnaire	54

3. Le déroulement de l'enquête	56
4. Les difficultés rencontrées	57

Synthèse

Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des hypothèses

1. Présentation des cas	59
1.1. Cas N°1 Amina	59
1.2. Cas N°2 Kamel	68
1.3. Cas N°3 Amel	76
1.4. Cas N°4 Farid	84
1.5. Cas N°5 Nabil	92
2. Analyse des hypothèses	100
3. Discussion des hypothèses	107

Conclusion générale

Liste bibliographique

Annexes

Liste des tableaux

Tableaux	Titre	Page
Tableau N° : 01	Les caractéristiques du groupe de recherche.	50
Tableau N° : 02	Les objectifs des axes du guide de l'entretien clinique semi-directif.	53
Tableau N° : 03	Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas Amina.	63
Tableau N° : 04	Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) De cas Amina.	66
Tableau N° : 05	Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas De cas Kamel.	71
Tableau N° : 06	Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) De cas Kamel.	74
Tableau N° : 07	Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas Amel.	79
Tableau N° : 08	Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) Amel	82
Tableau N° : 09	Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas Farid.	87
Tableau N° : 10	Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) Farid.	90
Tableau N° : 11	Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas Nabil.	95
Tableau N° : 12	Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) Nabil.	98
Tableau N° :13	Tableau récapitulatif des résultats de cas du questionnaire (PCL-5).	100
Tableau N° :14	Tableau récapitulatif des résultats de cas à l'RS-R.	102

La liste des annexes

Annexes	Titres
Annexe N° : 01	Le guide d'entretien.
Annexe N° :02	Questionnaire (PCL-5).
Annexe N° :03	Echelle de résilience L'RS-R.
Annexe N° :04	Cas N°01 (PCL-5).
Annexe N° :05	Cas N°01 à l'échelle de résilience L'RS-R.
Annexe N° :06	Cas N°02 (PCL-5).
Annexe N° :07	Cas N°02 à l'échelle de résilience L'RS-R.
Annexe N° :08	Cas N°03 (PCL-5).
Annexe N° :09	Cas N°03 à l'échelle de résilience L'RS-R.
Annexe N° :10	Cas N°04 (PCL-5).
Annexe N° :11	Cas N°04 à l'échelle de résilience L'RS-R.
Annexe N° :12	Cas N°05 (PCL-5).
Annexe N° :13	Cas N°05 à l'échelle de résilience L'RS-R.

Liste d'abréviation

- **ADN (ARN) :** Acide Désoxyribonucléiques.
- **APA :** American psychological Association.
- **Art :** Article.
- **cf. :** confer.
- **CIM:** International classification of Diseases.
- **COVID-19:** Corona Virus disease 2019.
- **DSM:** Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder.
- **ESPT :** Etat de stress post traumatique.
- **Et al :** Et autres.
- **Etc. :** Et cetera.
- **EPH :** établissement public hospitaliers.
- **L'RS-R :** L'échelle de résilience de (wagnild et young 1993).
- **N.B :** Nota Bene.
- **OMS :** Organisation mondiale de la santé.
- **P. ex :** par exemple.
- **PCL-5:** Post traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5.
- **PTSD:** Post traumatic Stress Disorder.
- **SARS (SRAS) :** Syndrome respiratoire aigu sévère.
- **TCC:** Thérapies cognitives et comportementales.
- **VIH :** Virus de l'immunodéficience Humaine.

Introduction

Introduction

COVID-19, la nouvelle pandémie qui a touché le monde en 2020, a forcé les professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, radiologues, psychologues...), à se mettre en première ligne, ils étaient comparés à des combattants, cette nouvelle pandémie s'est traduite par une augmentation dramatique de la mortalité dans les services des soins.

Cette nouvelle pandémie qui est considéré comme un événement traumatique, peut-être a engendré chez ces soignants divers troubles, et parmi eux le stress post-traumatique.

L'état de stress post-traumatique qui est indiqué par le DSM-5 comme *«un ensemble de symptômes caractéristiques tel que la reviviscence, l'évitement, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, l'hyperréactivité... etc., qui se développe suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques »*, aussi il considère que cet état est causé par *«un événement hors du commun et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus »*.

Lorsqu'une personne traverse une expérience douloureuse, cela entraîne de grands moments de tristesse et de dépression, où ce drame reste gravé, marqué à jamais dans sa mémoire et pour longtemps, une telle épreuve qui est particulièrement néfaste pour certains, peut être franchie et surmontée pour d'autres, ces derniers font partie du processus de résilience.

De plus, on ne peut parler de traumatisme sans aborder le concept de résilience qui est *tout* un processus complexe, qui englobe plusieurs caractéristiques, psychologiques, physiques et sociales, car il s'agit d'une seconde variable adaptée à notre recherche. Ce concept fait référence à la résistance d'une personne à des conditions de vie difficiles, il décrit sa capacité à vivre, réussir et se développer malgré des circonstances traumatisantes.

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons réalisé notre stage pratique à l'EPH de Kheratta au près des professionnels de santé, notre groupe de recherche est composé de (32) sujets, qui ont été soigneusement sélectionnés, selon des critères bien définis afin de tester la fiabilité de nos hypothèses.

Pour la récolte des données, nous avons employé l'entretien clinique semi-directif, le questionnaire PCL-5 pour le traumatisme psychique, et l'échelle de Wagnild et Young (1993) pour la résilience.

Pour la réalisation de ce travail, nous nous sommes appuyés sur l'approche cognitivo-comportementale (TCC), vu que c'est une approche focalisée sur les cognitions, les émotions et les comportements et qui consiste à comprendre les problèmes actuels et leurs origines, ce qui nous a aidé à comprendre, à mesurer et à décrire l'effet traumatique de la crise sanitaire sur la résilience de nos sujets de recherche.

Dans notre étude, on a tenté d'approcher la thématique du *« stress post-traumatique et la résilience chez les professionnels de santé intervenant pendant la période de COVID-19 »*.

Nous nous efforcerons donc à étudier l'impact de ce virus sur ces professionnels de santé, ainsi que le degré de stress post-traumatique et la résilience chez ces derniers.

Ce travail se présente sous forme de chapitres qui sont répartis en deux parties, une partie théorique et une partie pratique, la première partie se compose de trois chapitres, la seconde partie se compose de deux chapitres.

La première partie comprend : l'introduction générale, la problématique, le premier chapitre va aborder le stress post-traumatique, où on présente, un aperçu historique, quelques définitions du stress, l'origine étymologique du mot trauma, définitions du traumatisme, les types d'événement traumatique, les critères diagnostic, les différentes approches théoriques, ainsi que la prise en charge du stress post-traumatique.

Le second chapitre va aborder la résilience, l'origine du concept de résilience, sa définition, les approches théoriques de la résilience, les critères et les facteurs de résilience, le profil d'un individu résilient, puis on passera aux critères des processus résilients, les méthodes d'évaluation de la résilience, l'application clinique de la résilience, et les limites de la résilience.

Le troisième chapitre portera sur le COVID-19 et les professionnels de santé, on va tenter de définir les maladies infectieuses, le virus, la structure générale des virus, COVID-19, le confinement, l'histoire du COVID-19, les symptômes, les variants, les facteurs de risques, et le traitement du COVID-19, et on a aussi définis les professionnels de santé, les catégories des professionnels de santé, et en abordant l'impact du confinement sur ces derniers.

La deuxième partie comprend : deux chapitres dans le premier nous avons présenté, l'ensemble des étapes suivies pour la réalisation de notre travail, à savoir la démarche de la recherche, le groupe de recherche, le déroulement, et les techniques utilisées.

Le deuxième chapitre inclut la présentation des résultats et l'analyse qualitative des 5 cas et une analyse quantitative des 32 cas ainsi que la discussion des hypothèses.

Au final, nous avons clôturé notre recherche par une conclusion générale.

Problématique et hypotheses

1-Problématique

Depuis l'aube de l'humanité plusieurs pandémies ont touché l'être humain. La peste d'Athènes est la première pandémie de l'histoire (430 à -426 avant J-C), cette maladie est due à une fièvre typhoïde (*c'est une infection potentiellement mortelle due à la bactérie salmonella typhi. elle se propage habituellement par l'eau ou les aliments contaminés*). **(Organisation Mondiale de la Santé, 2018)**

Entre (1347-1352), la peste noire c'est manifesté par d'horribles bubons, cette maladie à fait entre 25 et 40 millions de morts uniquement en Europe. Entre (1918-1919), la grippe espagnole qui est due au virus de type H1N1, à tué 20 à 30 millions de personnes en Europe et jusqu'à 50 millions à l'échelle mondiale, en faisant autant de morts que la guerre.

Le choléra apparu entre (1926-1832), se manifeste par des diarrhées brutales et des vomissements, cette épidémie à causé près de 100.000 morts en moins de six mois en France, comme elle à fait aussi des ravages au Québec.

Entre (1656-1957), la grippe asiatique due au virus d'influenza à H2N2. Cette grippe est la deuxième pandémie grippale après la grippe espagnole de 1918, elle a causé 2 à 3 millions de morts dans le monde.

En 2019, COVID-19 vient à son tour pour faire des ravages ; les premiers cas ont été signalé à Wuhan, en Chine plus exactement le 31 décembre 2019, avec plus de 163,7 millions de cas COVID et plus de 3 millions de décès dans le monde. 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, 2020)**

Par la suite, Cette maladie s'est projetée de statut d'épidémie vers une pandémie. Elle a semé la terreur dans le monde, notamment avec son vocabulaire militaire : guerre, bataille, front, première ligne, couvre feu... etc.

Face à cette situation, et afin de surmonter cette épreuve, le monde a pris des mesures de protection, comme le confinement, ce terme désigne « *l'action de confiner quelque chose, de l'enfermer dans un lieu restreint, ainsi que le résultat de cette action. Par extension on appelle confinement une procédure de sécurité ayant pour objectif de protéger des personnes, ou une population, en les isolant dans des espaces clos pour : éviter un contact avec un gaz toxique ou radio actif, ou empêcher la propagation d'une maladie infectieuse. Exemple : le confinement de la population à son domicile pendant la pandémie de coronavirus COVID-19 en 2020* ». **(Dictionnaire la topie, 2020)**

Autrement dit, «*Le mot confinement, dont l'usage s'est généralisé lors de la crise de 2020, définit le maintien des personnes à leur domicile associé à une restriction de déplacement. Ce concept a supplanté celui de quarantaine, dont le principe est le même : limiter les*

contaminations dans le cadre d'une épidémie. Dans le confinement, le principe de la quarantaine est appliqué à toute la population à titre préventif ». (Nicolas, 2020, p. 21)

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, 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 y'avait un manque des moyens de protection et de prévention et aussi par rapport à la rapidité de la diffusion de cette maladie, des connaissances incertaines, sévérité, morts des soignants a contribué à installer un climat anxiogène pendant cette période.

L'étude de Tan et al. menée à Singapour du 19 février au 13 mars 2020 comparait la prévalence des symptômes de TSPT parmi le personnel médical (médecins et infirmiers et infirmières) et non médical (aides-soignants, brancardiers, pharmaciens, techniciens, personnels administratifs, etc.) prenant en charge des patients souffrant de la COVID-19. La prévalence des symptômes de TSPT chez l'ensemble des participants était de 7,7 %. De façon surprenante, la prévalence était plus élevée chez le personnel non médical (10,9 %) que chez le personnel médical. Une étude précédente, également conduite à Singapour lors de l'épidémie de SRAS, retrouvait une prévalence des symptômes de TSPT trois fois plus élevée chez le personnel médical (médecins et infirmiers/ères) que celle constatée par Tan et al. (M. Underner, 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 possible d'un traumatisme important plus ou moins récent (catastrophe naturelle, guerre, attentat, accident, agression, deuil, exposition à la mort...etc.).

Le DSM 5 (2015), définit ce trouble comme suite, « *l'état de stress post traumatique (PTSD), survient après un événement traumatique à propos duquel l'individu croit qu'il a été en danger physique pour sa vie. Il peut survenir aussi après avoir été témoin d'un événement traumatique survenu à quelqu'un ou sont arrivés à un membre de la famille proche ou un ami proche. Ce trouble débute généralement peu après l'événement traumatique bien que dans certains, le début peut tarder des mois et des années avant son apparition* ». (DSM 5, 2015, P.320).

La CIM 10 à donner une autre définition pour ce trouble « *l'état de stress post traumatique constitue une réponse différée ou prolongé à une situation ou à un événement stressant, exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique), ou des antécédents de type névrotique, les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs*

envahissent, des rêves ou des cauchemars, et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. La période séparant la survenue du traumatisme et celle de trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité ». (CIM 10,2008).

COVID-19 l'événement qui va marquer l'histoire de l'humanité, il 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 1^{er} 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 %). (M. Underner, 2020)

Malgré le fait que des professionnels ont développé ce trouble mais certains d'autres ont fait preuve d'une résilience.

Dans une 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 %. Une pathologie psychiatrique préexistante ainsi que des niveaux élevés d'anxiété ou de dépression étaient associés à une prévalence plus élevée de symptômes de TSPT.

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 sera peut-être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience implique*

l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme » (M.Anaut,2005,P.7).

Au cours de la pandémie actuelle de COVID-19. Pour les auteurs, cette différence pourrait être expliquée en partie par l'expérience acquise précédemment lors de l'épidémie de SRAS, incluant notamment une préparation mentale accrue et une meilleure connaissance des mesures de contrôle de l'infection.

L'enquête de Chew et al. Menée en Inde et à Singapour du 19 février au 17 avril 2020 auprès de 906 professionnels de santé (personnel médical et non médical) concernait les relations entre symptômes somatiques et risque de TSPT. Le symptôme somatique le plus fréquent était les céphalées (32,3 %), et 33,4 % des participants déclaraient présenter plus de quatre symptômes somatiques. Les participants déclarant des symptômes somatiques au cours des 30 derniers jours avaient un risque augmenté de présenter les critères du TSPT. L'enquête de Li et al. Concernant le personnel médical de la réserve sanitaire venu en renfort à Wuhan, était menée entre le 4 avril 2020 et la date du retour à leur domicile. Après leur retour au domicile, la prévalence des symptômes de TSPT était importante (31,6 %).

L'étude de Lai et al. Réalisée à Wuhan, évaluait les facteurs de risque de TSPT chez 1257 professionnels de santé (493 médecins et 764 infirmiers et infirmières). Le principal facteur de risque était : le degré d'exposition au virus.

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. (M. Underner, 2020)

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'évènements de vie personnels ou professionnels particulièrement difficiles. Les personnes ayant un niveau élevé de résilience ont une plus grande estime de soi et une autoefficacité plus importante.

Le « *coping* » se réfère à des compétences cognitives et comportementales permettant de contrôler, diminuer ou tolérer les tensions liées à une situation stressante. (M. Underner, 2020)

Dans la continuité des recherches associées à la résilience et le stress post-traumatique, suite à notre stage pratique au sein de l'EPH de kheratta-Bejaia, nous avons consacré notre recherche pour évaluer et décrire l'effet traumatique de la crise sanitaire sur la résilience des professionnels de la santé intervenant pendant cette période, ainsi nous avons essayé de

comprendre sur quel support ils se sont éayés, pour surmonter et faire face à cette situation stressante.

Afin de vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons choisi d'adopter un guide d'entretien semi-directif, accompagné d'une échelle de Young et Wagnild pour la résilience et le questionnaire PCL-5 pour le stress post-traumatique.

On se base sur ce qui précède, nous tenterons de répondre dans cette recherche aux questions suivantes :

- Les professionnels de santé intervenants pendant la crise COVID-19 ont-ils manifesté des symptômes de stress post-traumatique ?
- Les professionnels de santé intervenants pendant la crise COVID-19 ont-ils fait preuve de résilience ?

Les hypothèses

Aux deux questions que nous avons posées, nous proposons les hypothèses suivantes :

- Les professionnels de la santé intervenants pendant la période COVID-19 présentent un stress post- traumatique.
- Les professionnels de la santé intervenants pendant la période COVID-19 ont fait preuve de résilience.

1. Le stress post-traumatique

- souvenirs répétitifs,
- cauchemars et terreurs nocturnes, perturbation du sommeil,
- réaction de sursaut excessif,
- difficulté à se concentrer, trou de mémoire.
- Irritabilité, accès de colère,
- comportement d'évitement,
- hypovigilance.

2. La résilience

- continuer à vivre sa vie sans problèmes psychologiques,
- avoir confiance en soi, une bonne image de soi,
- avoir les capacités réacquises 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.

3. La COVID-19

- une fièvre, toux sèche, fatigue, perte du goût et de l'odorat, congestion nasale,
- Conjonctivite (yeux rouges),
- 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'oppressions persistantes dans la poitrine,
- température élevée (supérieure à 38° C).

Partie théorique

Chapitre I

Le stress post-traumatique

« *Le trauma fracasse, c'est sa définition.*

Et la résilience qui permet de se

Remettre à vivre associe la souffrance

Avec le plaisir de triompher.

Curieux couple ! »

Boris Cyrulnik

Préambule

L'être humain dès sa naissance, peut être confronté à des expériences traumatisantes, accidents graves, violence, catastrophes naturelles, guerres, pertes soudaines et inattendues, lorsque les souvenirs de ces expériences et les pensées qui les accompagnent persistent ou se font plus envahissants, ils peuvent mener à un trouble de stress post-traumatique.

Dans ce chapitre on va tenter d'aborder l'histoire du traumatisme, à travers quelques définitions de stress, l'origine étymologique du mot, origine étymologique du mot trauma, définitions du traumatisme, les types d'événement traumatique, les critères diagnostic, les différentes approches théoriques, nous terminerons en fin avec une prise en charge du trauma et une conclusion.

1. Histoire

Le monde tel que nous le connaissons vit et a vécu des moments de grandes découvertes, de lumière, des moments magiques où l'homme a cru sereinement en l'avenir de l'humanité partagé appartenant à tous et pour tous. Malheureusement, des périodes de maladies, de catastrophes, de guerres et de barbaries de toutes sortes ponctuent les moments de l'histoire de l'homme. (boudoukha, 2009, pp. 29-30-31)

Nous garderons donc à l'esprit que les traumatismes psychologiques existent probablement depuis que l'homme est en mesure de se situer, lui et les autres, comme être doué d'humanité. Autant dire depuis le commencement. Le propos de notre histoire portera donc sur l'identification d'une entité nosographique qu'est le trouble de stress post-traumatique.

Cette identification revient selon Tunbull (1998) à Oppenheim qui, à la fin du XIXe siècle, observe chez des victimes d'accidents de chemins de fer, un ensemble de symptômes particuliers qu'il ne rencontrait pas dans d'autres maladies. Il utilise alors les termes de «névrose traumatique» pour nommer cette symptomatologie afin de rendre compte d'une origine biogenico-organique du trouble. Il considère en effet que la névrose traumatique est principalement due à des lésions cérébrales causées par des éclats de métal.

Le XIXe et le début du XXe siècle vont donner lieu, avec le développement de la psychiatrie clinique (Charcot et Janet) ou de la psychanalyse de (Freud), à la production d'hypothèses étiologiques relatives aux symptômes présentés par des femmes victimes (incestes, agressions

sexuelles) sous les termes d'«hystérie » ou de « névrose hystérique » (Brillon, 2005). Certains auteurs contemporains considèrent que ces symptômes correspondraient à des symptômes post-traumatiques (Herman, 1992). Malheureusement, la théorisation de cette souffrance psychique en la reliant systématiquement à des événements précoces durant l'enfance, tout en occultant le lien temporel avec l'évènement traumatogène, va grever pendant un temps l'ouverture d'autres explications étiologiques. (boudoukha, 2009, pp. 29-30-31)

C'est avec les guerres mondiales que le lien entre un évènement traumatogène et des répercussions psychiques va être clairement impliqué dans la dénomination du trouble, notamment parce que ce sont des hommes qui en seront victimes, contrairement aux patientes de Charcot ou Freud. De nouvelles entités pour rendre compte de cette souffrance seront proposées comme la « névrose de guerre », le « choc des tranchées » ou encore la « traumatophobie » (Brillon, 2005). La cause organique de ces symptômes est recherchée car on envisage que des atteintes cérébrales causées par des éclats d'obus rendent compte de cette pathologie. (boudoukha, 2009, pp. 29-30-31)

Après à la fin de la seconde guerre mondiale, on parle également du « syndrome du survivant » ou de « syndrome des camps de concentration » pour désigner les symptômes massifs des victimes des barbaries nazies mais, c'est avec le retour des vétérans de la guerre du Vietnam qu'une première véritable prise de conscience sociale et scientifique a lieu.

Par ailleurs, les mouvements féministes aux Etats-Unis à la même époque vont également contribuer à l'étude systématique des conséquences d'évènements traumatiques, notamment avec la médiatisation d'un autre type de traumatisme : l'agression sexuelle. En effet, on observe chez ces victimes des symptômes analogues à ceux des vétérans traumatisés, alors que ces « victimes » sont pourtant très différentes. (boudoukha, 2009, pp. 29-30-31)

2. Définitions du stress

- Le stress est une force qui produit une tension entraînant une déformation (*strain*) de l'objet sur lequel cette force est appliquée ; dans ce sens, il s'agit d'un stimulus externe d'un agent quel qu'il soit (*agent physique : bruit, chaleur, froid...*), c'est le sens actif du stress. (stora, 2000, p. 7)
- Le stress est le *résultat* de l'action d'un agent physique et/ou social ; agent appelé *stressor* par **Hans Selye**. Il s'agit alors d'étudier l'état de stress, en d'autres termes, les conséquences biologiques, mentales et psychiques de l'action de cet agent sur la santé des personnes. L'action pouvant être ponctuelle, ou permanente, et l'on étudiera sa durée ainsi que le temps de latence d'apparition des symptômes des maladies : de quelques heures à plusieurs mois, ou même une année ou plusieurs années dans le cas par exemple de maladie auto-immunes. (stora, 2000, p. 7)
- Le mot stress, concept biophysique approprié à décrire ce qui se passe dans l'organisme lorsque le sujet est soumis à une agression ou une menace, une situation imprévue. Cette réaction touche à la fois aux domaines

somatique, psychique et moteur. Le stress établit un rapport privilégié avec le « tresseur », l'objet du stress, et il est éminemment réactionnel à l'événement. Le stress se traduit cliniquement par une hyperactivité neurovégétative accompagnée, s'il est dépassé, de troubles des conduites ou d'autres troubles psychiatriques. (Lebigot, 2001, p. 15)

3. Origine étymologique du mot

Le mot « *traumatisme* » vient des mots grecs anciens *traumatismos*, signifiant action de blesser, et *trauma*, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une contusion ». (Crocq, 2014, p. 10)

4. Définitions de stress post-traumatique

- Dans la ligne psychanalytique, le traumatisme psychique résulte d'un surcroît d'excitation qui provoque l'effraction du pare-excitation (Freud, 1920). Il y a traumatisme lorsque le signal d'angoisse ne permet plus au moins de se protéger, lorsque l'énergie mobilisée pour s'adapter et reprendre au choc dépasse les capacités de métabolisation du sujet. L'effraction psychique peut produire des états de sidération, de paralysie de la pensée et d'agonie psychique (Ferenczi, 1934). (SENON, 2015, p. 5)
- Dans l'orientation TCCiste, le traumatisme psychique correspond à la répétition de pensées, d'images, d'émotions, de sensations, de rêves ou de cauchemars en relation avec l'événement traumatique vécu. Ce syndrome de répétition s'accompagne d'une submersion émotionnelle, avec une tension anxieuse permanente et de l'évitement des situations qui rappellent, de près ou de loin, l'épisode traumatique. (Cottraux, 2007)
- LAPLANCHE & PONTALIS, se sont inspirés des définitions de Freud et ont considéré que le traumatisme psychique était un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre de manière adéquat, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ». Ils complétèrent cette définition en ajoutant que le traumatisme se caractérise (par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité à maintenir et à élaborer psychiquement ces excitations). (LAPLANCHE&PONTALIS, 1996, p. 286.)
- Selon le DSM 5 (2015), l'état de stress post traumatique (PTSD), survient après un événement traumatique à propos duquel l'individu croit qu'il a été en danger physique pour sa vie. Il peut survenir aussi après avoir été témoin d'un événement traumatique survenu à quelqu'un ou sont arrivés à un membre de la famille proche où un ami proche. Ce trouble débute généralement peu après l'événement traumatique bien que dans certains, le

début peut tarder des mois et des années avant son apparition. **(DSM 5, 2015, P.320)**

- Selon la CIM10 (2008), l'état de stress post traumatique constitue une réponse différée ou prolongée a une situation ou à un événement stressant, exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, les symptômes typique comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissent, des rêves ou des cauchemars, et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. La période séparant la survenue du traumatisme et celle de trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité. **(CIM 10,2008)**
- Dans la version la plus récente de la CIM, la CIM11(2018), le trouble de stress post-traumatique est un trouble qui peut survenir à la suite d'une exposition à un événement ou une série d'événements extrêmement menaçants ou horribles. Après un événement traumatique, le sujet revit le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-back ou de cauchemars. Celles-ci sont généralement accompagnées d'émotions fortes ou écrasantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de fortes sensations physiques, ainsi il évite les pensées et les souvenirs de l'événement ou des événements, il évite les activités, les situations ou les personnes qui font penser à l'événement ou aux événements. Des perceptions d'une menace actuelle accrue, par exemple, comme indiqué par l'hypovigilance ou par une réaction de surprise accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. **(CIM11, 2018)**

5. Définition du L'événement traumatique

- L'événement traumatique a d'abord été défini comme un événement brutal, en dehors de l'expérience habituelle qui provoquerait chez toute personne une détresse intense et qui confronte le sujet à la mort. Les toutes premières descriptions de type de symptômes ont été faites par les observateurs (médicaux ou non) de l'état psychosomatique des soldats revenant des combats (combats antiques, guerre mondiales, guerre de colonisation...). **(Mariane kédia, 2019)**

6. Les types d'évènements traumatogènes

Les classifications nosographiques des psychopathologies proposent comme exemple plusieurs types d'évènements qui peuvent être potentiellement traumatogènes. On distingue en général trois catégories d'évènements qui, dans la littérature scientifique, sont souvent invoqués comme facteurs déclenchant un traumatisme psychologique. On retrouve parmi ceux-ci :

- **Les situations de catastrophes naturelles**

Ce sont des évènements souvent imprédictibles et incontrôlables dont la force est dévastatrice comme les tsunamis, les ouragans-tempêtes-tornades, les feux forestiers, les tremblements de terre, les raz-de marée, les inondations, etc. (boudoukha, 2009, p. 32).

- **Les actes de violence interpersonnels**

Il s'agit des violences exercées à l'encontre des personnes. On y retrouve les situations de guerre, les barbaries (camps de concentration, torture, séquestration), les victimisations ou agressions (physiques ou sexuelles), les vols avec arme (arme blanche, hold-up), etc. (boudoukha, 2009, p. 32).

- **Les catastrophes imputables à une erreur technique ou humaine**

On y retrouve les désastres écologiques ou nucléaires, les explosions (AZF...etc.), les incendies, l'émission de produits toxiques, mais également les accidents de voiture, de train ou d'avion, les naufrages de bateaux, les accidents de travail, etc. (boudoukha, 2009, p. 32)

7. Les critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique

N.B : les critères suivants s'appliquent aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans.

A. exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

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. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

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).

N.B : le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissant suivant associé à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. souvenir répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

NB, chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse sans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

NB, chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p, ex, *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement).

NB, chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou rassemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. réaction physiologique marquée 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 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 effort pour éviter les souvenirs, les pensées ou sentiments concernant ou étroitement associées à un ou plusieurs événements traumatiques et provoque un sentiment de détresse.

2. évitement ou effort pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversation, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associées 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 (typiquement en raison de l'anamnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes, ou le monde (p. ex : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruits pour toujours »).

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 le bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux). (**AmericanpsychiatricAssociation, 2015, pp. 320-321**)

8. Différentes approches théoriques du traumatisme psychique

8.1. Théorie psychologiques du trauma

C'est pierre Janet qui, dans sa thèse de doctorat es lettres de 1889, *l'automatisme psychologique*, a cerné le premier ce qu'est le traumatisme psychique : des excitations liées à un événement violent viennent frapper le psychisme, y pénètrent par effraction, et y demeurent ensuite comme un « corps étranger ». Puis ce corps étranger va donner lieu à une *dissociation de la conscience* : la souvenance brute de cet événement (souvenance de sensations, d'images et d'épreuves bruts, que Janet dénomme « idée fixe ») fait bande à part dans un recoin du préconscient, ignoré de la conscience, et y suscite des manifestations psychiques ou psychomotrices « automatiques », non délibérées et inadaptées (telles qu'hallucinations, cauchemars, sursauts et actes automatiques), tandis que le reste de la conscience continue d'élaborer des pensées et des actes circonstanciés et adaptés. (**Crocq, 2014, p. 10**)

8.2. Théorie freudienne (psychanalytique) du trauma

En 1921, dans son essai *Au-delà du principe de plaisir*, Freud explicite les aspects dynamiques de sa théorie du trauma. Il compare métaphoriquement le psychisme à une vésicule vivante, boule protoplasmique en constant remaniement protégée par une couche superficielle « pare-excitation », qui sert à la fois de contenant et de protection à l'appareil psychique, et dont le rôle est de repousser les excitations nuisibles ou de les filtrer en les atténuant pour les rendre acceptables et assimilables. Les différences constitutionnelles font que certains individus sont dotés d'un pare-excitation fort, et d'autres non. En outre, dès que l'individu voit venir le danger extérieur, il renforce son pare-excitation en mobilisant de l'énergie disponible ce qui n'est pas toujours le cas (il peut être momentanément épuisé par un effort récent). Certains individus névrosés dont toute l'énergie interne est sans cesse accaparée par la sauvegarde de leurs refoulements n'auront jamais d'énergie disponible pour renforcer leur pare-excitation (et donc *trauma*) pour certains individus et pas pour d'autres, et pour certains individus aujourd'hui mais pas demain. Le concept de traumatisme, dit Freud, est donc tout relatif, et dépend du rapport des forces entre les excitations venant du dehors et l'état-constitutionnel et conjoncturel- de la barrière de défenses qui les reçoit. (Crocq, 2014, p. 11)

8.3. La théorie phénoménologique du trauma

Avec Barrois (1988), nous pouvons dire que l'accident traumatisant est « moment propulsif » dans sa temporalité, « épiphanie » dans son apparition subite, « apocalypse » dans sa révélation du néant, et « prophétie » dans sa proclamation de la mort comme vérité ultime. Sur le plan du vécu clinique, l'expérience traumatique est un bouleversement de l'être, qui laissera une impression de changement radical de la personnalité, une altération profonde de la temporalité (puisque le temps s'est arrêté au moment figé sur la terreur ou l'horreur, sans possibilité de vivre le présent fugace, ni d'envisager un avenir différent, ni même de reconsidérer le passé différemment à chaque instant), et une perte de sens, le trauma serait d'ailleurs une expérience de non-sens ce passage où l'on quitte l'univers des choses qui peuvent être désignées et représentées, pour entrer dans le monde du néant, ce néant dont nous sommes issus, dont nous avons tous la certitude sans en avoir la connaissance, et que nous avons tenté vainement d'exorciser à chacune de nos paroles, ou comme le disait Merleau-Ponty en 1961 dans son cours au collège de France- nous affirmions désespérément notre être comme « quelque chose... et non pas rien » (Crocq, 2014, p. 14)

8.4. Théorie de Ferenczi du trauma

Ferenczi (1930) pensait que la première réaction à un choc était de l'ordre d'une « psychose passagère » impliquant une rupture d'avec la réalité ; sous l'impact il se produisait d'abord une « hallucination négative », vertige ou brève perte de conscience, immédiatement suivie d'une « compensation hallucinatoire positive », apporte l'illusion du plaisir. Ensuite s'installait l'amnésie névrotique, traduisant le clivage psychotique, puisqu'une partie de la personnalité allait vivre pour son compte et chercher d'autres issues que les symptômes psychonévrotique qui utilisent le symbole. Ferenczi maintenant parallèlement l'hypothèse de

perturbations affectives, dont celles consécutives à l'expérience d'anéantissement du sentiment narcissique d'invulnérabilité et l'expérience d'anéantissement du sentiment de soi, l'une et l'autre génératrice d'angoisse. Seule l'autodestruction de sa cohésion psychique-unique solution accessible- pouvait délivrer le sujet de cette angoisse, évitant la destruction et promettant une reconstitution de soi à partir des fragments. (Crocq, 2014, p. 12)

8.5. Théorie de Kardiner du trauma

Plutôt que *l'ego affectif freudien*, dont les mécanismes de défense classiques ne peuvent expliquer la survenue des symptômes de la névrose traumatique, Kardiner (1941, 1947) se réfère à un *égo affectif*, qui lors de l'expérience traumatique serait débordé dans fonctions d'adaptation à l'environnement, cet ego affectif, développé dès la naissance, est chargé de faire face aux stimuli agressifs et d'inspirer soit des conduites de modifications de l'environnement (pour éliminer ces stimuli), soit des conduites de retrait (pour y échapper), soit enfin des réactions de contrôle du milieu interne (pour réduire l'impact des stimuli nocifs quand on ne peut pas les éviter). L'ego affectif utilise surtout les fonctions sensorielles, les capacités cognitives, les capacités psychomotrices et les régulations neurovégétatives. Mais sous l'impact d'excitation exceptionnellement violentes, les fonctions habituelles d'organisation perceptive, d'orientation temporo-spatiale, de motricité volontaire et de contrôle neurovégétatifs sont sidérées ou débordées, et il ne reste comme solution à l'ego affectif agressé que la contraction sur soi, ou la dissociation ; d'où les symptômes d'inhibition de distractibilité, les conversions sensorielles, sensitives et motrices, les perturbations neurovégétatives et la dépersonnalisation, tentatives désespérées pour maintenir un contact avec le monde au prix d'une fragmentation de la conscience. Ces symptômes traduisent les quatre changements fondamentaux de l'ego affectif :

- Changement quant à la perception du monde extérieur,
- Changement quant aux techniques d'adaptation,
- Changement quant à la perception de soi et changement quant à la régulation neurovégétative,

Ils témoignent de l'instauration d'une « nouvelle personnalité » dit Kardiner, « établie sur les ruines de ce qui fut le système affectif. (Crocq, 2014, p. 12)

9. Prise en charge psychologique du traumatisme psychique

Psychothérapies cognitivo-comportementales

Les principes des thérapies cognitives et comportementales sont clairement codifiés, ils s'articulent autour de quatre phases : évocation et description de l'expérience traumatique, apprentissage de techniques de relaxation, travail sur les capacités à communiquer sur l'expérience traumatique et, enfin, approche de la dimension cognitive du traumatisme (le traitement cérébral de l'information). Elles sont réputées dans le traitement de l'ESPT constitué car elles ont pu être évaluées au moyen d'études contrôlées qui montrent leurs effets sur l'atténuation des symptômes. (Clerq & Leibigot, 2001, p. 262)

- **Les thérapies comportementales**

Les thérapies d'expositions sont basées sur les théories du conditionnement (conditionnement d'apprentissage et conditionnement d'extinction). Cette thérapie consiste, par une exposition contrôlée, à réactiver l'émotion de peur chez la personne traumatisée, de façon à pouvoir intégrer des informations correctives. Les deux techniques d'expositions utilisées sont l'exposition imaginaire et l'exposition réelle. La diminution de l'émotion de peur au fil des expositions permettrait également de modifier le sens de l'événement traumatique dans le souvenir. Le but de cette thérapie est de permettre un traitement émotionnel du traumatisme afin de diminuer la souffrance liée à son évocation. **(Cottraux J, 2001, P.160)**

- **Les thérapies cognitives**

Les thérapies cognitives sont basées sur les théories de l'interprétation et le traitement des informations qui concernent l'événement et les théories des schémas. Ainsi, l'anxiété serait due à un mauvais traitement de l'information, où l'environnement est perçu comme menaçant. Et les comportements, les émotions et les pensées seraient interdépendants. En agissant sur les cognitions, il serait possible de modifier émotions et comportements. Le thérapeute approche les schémas de croyance de la personne (sur elle même, sur le monde et sur l'événement traumatique) et l'aide à modifier, restructurer les cognitions négatives en les reformulant. **(Cottraux J, 2001, P.162)**

Synthèse

En fin pour conclure, le traumatisme psychique est une rencontre directe avec un événement violent et imprévu, qui peut mettre la personne devant une situation de face à face avec la mort, ce qui peut influencer sur l'état psychique de ces victimes et même qui agresse leurs intégrité psychique. Mais malgré tout ça il existe des facteurs de protection ou de résilience qui favoriseraient le maintien de l'équilibre du sujet dans les suites d'un événement traumatique.

Chapitre II

La résilience

« *La résilience, c'est l'art de naviguer
Dans les torrents* » (Boris Cyrulink).

Préambule

Le mot « *résilience* » est un concept qui s'inscrit dans les préoccupations actuelles des chercheurs dans les sciences humaines et sociales, telle que la psychologie, la psychiatrie, l'éducation, la sociologie, la santé mentale, grâce à sa vision positive quant à la façon de voir et de traiter les expériences humaines.

Dans ce chapitre, on va tenter de cerner l'origine du concept de résilience. Sa définition, du trauma à la résilience, les approches théoriques de la résilience, les Critères et facteurs de résilience, le profil d'un individu résilient, puis on passera aux critères des processus résilients, méthodes d'évaluation de la résilience, application clinique de la résilience, les limites de la résilience et on termine avec une conclusion du chapitre.

1. Origine du concept de résilience

La résilience est un terme français, issu du latin *resilientia*, qui est habituellement employé en physique des matériaux pour désigner la « *la résistance du matériel aux chocs élevés et la capacité pour une structure d'absorber l'énergie cinétique du milieu sans se rompre* » (dictionnaire Robert). Dans le contexte de la métallurgie, la résilience désigne donc la qualité des matériaux qui tient à la fois de l'élasticité et de la fragilité et qui manifeste la capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue. En informatique, la résilience concerne la qualité d'un système qui lui permet de continuer à fonctionner en dépit d'anomalies, liées aux défauts d'un ou de plusieurs éléments constitutifs.

D'après le dictionnaire historique de la langue française, le terme résilier est étymologiquement constitué de *re* (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et *salire* (sauter, bondir, jaillir). Résilier signifie donc littéralement *sauter en arrière, se rétracter ou rejailir*. Ainsi la résiliation est l'acte par lequel on met fin à un engagement, à une promesse, à un contrat, la résiliation se situe donc dans les processus de désengagement mais aussi de renaissance. La résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance qui pourrait véhiculer l'idée d'une rigidité, mais évoque davantage les propriétés de flexibilité et d'adaptation. Il ne s'agit donc pas de réduire ce phénomène à « *l'invulnérabilité* » qui correspondrait à une résistance au choc mais également signifierait « *un état pouvant entraîner la paralysie du sujet : une carapace solide mais impénétrable et débouchant sur la rigidité* » (Anthony et al. 1982), ce qui s'éloignerait totalement de la souplesse nécessaire à la résilience.

Dans le contexte de la physique des matériaux, l'encyclopédie universalis nous apprend que la résilience (en tant que l'un des facteurs qui caractérise la qualité de l'acier) peut varier brusquement de part et d'autre d'une certaine température dite *température de transition*. Si nous risquons cette analogie avec l'être humain, nous pourrions considérer que chacun de

nous possède une potentialité différente à résister aux pressions (*sa résilience*) qui varierait brusquement en intensité à l'occasion d'une circonstance donnée (analogue à la température dite de transition). Dans cette perspective, un même sujet pourrait être tantôt *vulnérable* tantôt résilient suivant les circonstances. Ainsi, la vulnérabilité d'un sujet pourrait se transformer en résilience à l'occasion d'un événement hautement signifiant pour lui, ou en appui avec une rencontre fondatrice. Nous verrons que cette hypothèse trouve des correspondances dans certains courants de recherches sur la résilience, notamment ceux qui étudient les implications du réseau social et affectif et en particulier les appuis des *tuteurs de résilience*.

Si l'on continue à explorer l'analogie entre la matière inanimée et la matière vivante, l'introduction de l'idée de *seuil de rupture* peut apparaître relativement déterministe. Ainsi, la résilience de l'acier est considérée comme due à la nature même de la matière. Or, dans le cas de la personne humaine, les facteurs externes psychoaffectifs, relationnels et sociaux vont interférer et peuvent compenser la vulnérabilité intrinsèque d'un individu. Toutefois, l'idée de seuil de rupture peut trouver une articulation avec les recherches qui font état de *failles de résilience* observée chez les individus réputés résilients qui semblent rencontrer des ruptures de résilience à un moment donné de leur cycle de vie (**Anaut, 2012**).

Les recherches et les observations cliniques nous conduisent à préciser que la résilience n'est pas constante et définitive et qu'un sujet peut être résilient dans certains domaines et non dans d'autres. En fait, chez l'individu ou le groupe humain la résilience dépendra des facteurs de protection qui modifient les réactions aux dangers présents dans l'environnement affectif et social. Beaucoup de chercheurs (Manciaux et al, 2001) considèrent la résilience comme un potentiel présent chez tout un chacun. Cependant, elle peut être différemment développée en fonction des étapes du développement psychologique, du cycle de vie et des circonstances environnementales. Dans cette perspective, les ressources latentes pourraient être activées, soit spontanément par l'individu, soit faire l'objet de stimulations et d'aides d'accompagnateurs extérieurs comme des éducateurs, des enseignants, des soignants ou des psychothérapeutes. (**ANAUT, 2013, p. 44.45.56**)

2. Définition de la résilience

- Selon le dictionnaire le petit Larousse « *aptitude d'un individu à se construire et à vivre de manière satisfaisante en dépit de circonstances traumatiques* ». (**JEUGEMAYNART, 2013, p. 954**)
- S.vanistendael, a défini le concept de résilience comme suit « *la résilience, c'est à la fois la résistance à la destruction et la capacité à se construire une vie en dépit des circonstances difficiles, d'un environnement défavorable, voire hostile. C'est la capacité d'une personne, qu'elle soit enfant, parent ou même vieillard, ou d'un système social, famille, communauté, à se développer bien, malgré les conditions difficiles* ». (**Blumel, 2013, p. 498**)
- Selon la définition du dictionnaire de psychologie « *la résilience est la capacité à surmonter le malheur* ». Le même dictionnaire le définit aussi comme « *la résistance d'une personne ou d'un groupe à des conditions de vie difficiles, capacité de se vivre*

et de se développer en dépit de circonstances défavorables, voir désastreuses ». (N. Sillamy, 2005, p.496).

- Selon Cyrulnik 1999 « *la résilience est la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative* ». (Anaut, 2005, p. 33.34)
- Selon Kreisler « *Dans le champ de la psychologie, la résilience dépasse alors le sens d'une simple capacité de résistance aux épreuves de l'existence, en y adjoignant un caractère dynamique, associant souplesse et adaptation : reculer. Elle permet ainsi de souligner et de s'intéresser aux « dispositions remarquables de certains sujets à traverser, sans dommages sensibles, des événements de la vie hautement risqués* ». (Lighezzolo, 2004, p. 23)
- Selon Annaut, 2008 « *la résilience peut se définir comme un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme. Ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences externes à l'individu, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo-développement malgré l'adversité. Ainsi, le processus de résilience peut être appréhendé comme un phénomène multifactoriel, qui comprend des dimensions individuelles (caractéristiques de l'individu), des dimensions socio affectives (familiales, amoureuse, amicales) et en fin des dimensions contextuelles ou socio-environnementales* ». (SENON J.-L. , 2012, p. 4)

3 .Du traumatisme à la résilience

Le processus de résilience s'engage lorsqu'un individu (ou un groupe), confronté à un traumatisme, réussit à activer de manière adéquate des modalités protectrices qui lui permettent de se reconstruire. C'est donc la rencontre avec un traumatisme et la menace de désorganisation psychique qui se trouvent à l'origine de la mise en jeu de processus de résilience. Le traumatisme peut être consécutif à un danger intense et à une souffrance extrême liés à un événement massif et soudain: catastrophe, cataclysme, séisme, accident, ou perte brutale d'un être cher. Le sujet se trouve dès lors confronté à l'effroi, à une expérience de chaos, mort et de néant, du fait de l'impact de l'agression et de l'effet de surprise (Lemitre, 2001 ; Coutanceau et Smith 2011). Cependant le traumatisme peut également résulter de l'exposition répétée sur long terme à des contextes de vie destructeurs et avilissants. C'est le cas, par exemple, des situations de maltraitance, des abus sexuels, des violences conjugales ou familiales ou encore des carences psychoaffectives et des négligences graves durant l'enfance (Anaut, 2002 ; 2005). C'est également le cas des situations de captivités et de torture que connaissent des personnes détenues dans des camps d'enfermement. (SENON j.-l. , 2012, p. 4)

4. La résilience selon les différentes approches

4.1. Théorie dynamique de la résilience face au trauma

D'un point de vue clinique, l'événement ou la situation pathogène entraînent une perturbation chez le sujet ; ce qui peut se traduire par un dysfonctionnement du Moi, dans le sens que le trauma déclenche un conflit dans le Moi. La force du Moi sera liée à la capacité du sujet à mettre en place des mesures défensives face à cette effraction émotionnelle. Ainsi toute blessure physique ou morale ne peut systématiquement être assimilée à un traumatisme. Il y aura traumatisme lorsque l'excès d'excitation déborde les capacités de liaisons représentatives permettant de dépasser le conflit psychique. Ce qui explique qu'un facteur externe isolé peut devenir traumatique dès lors qu'il est intense et brutal. Mais une somme d'événement plus mineure peut aboutir au même résultat, lorsqu'elle déborde les possibilités d'élaboration défensive du sujet. Dans ce cas, nous pouvons parler *d'effet traumatique cumulé* de différents facteurs.

Il faut donc souligner que ce n'est pas l'événement en soi qui est traumatique (ou la somme des facteurs), mais l'incapacité à l'intégrer psychiquement, autrement dit l'excès d'excitation non traitable par le sujet. Ainsi, un contexte peut devenir traumato-gène du fait d'une accumulation d'événements de vie négatifs qui finit par produire un niveau de tension trop élevé, qu'elle que soit la qualité du fonctionnement mentale du sujet jusque-là. Ce qui explique les ruptures tardives de résilience tout le long de leur vie. Dans ce contexte, sont fréquemment cités les exemples de Primo Levi ou de Bruno Bettelheim qui se sont suicidés, après un parcours de vie réputé résilient, dans la mesure où il avait tous les deux survécu à l'Holocauste. La résilience est une réponse individuelle à une situation de risque ; elle demeure avant tout plastique et peut évoluer au cours de la vie. (Anaut, 2005, p. 81)

4.1.2. Résilience et mécanismes de défenses

On peut tenter de comprendre le fonctionnement psychique du processus de résilience à partir de l'analyse des mécanismes de défense mis à contribution par les sujets réputés résilients.

Anna Freud avait initialement donné une définition relativement restreinte des mécanismes de défense répertoriés et identifiés. Depuis d'autres auteurs ont élargi la liste et apporté leur contribution à l'approche des mécanismes de défense. Selon Alain Braconnier « *la notion de mécanisme de défense englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes et externes* » ce qui caractérise les mécanismes de défense est avant tout leur rôle homéostatique. Leur but est de protéger le sujet et de l'empêcher d'être immobilisé par l'anxiété et la dépression. Cependant, les mécanismes de défense peuvent être plus ou moins adaptés, notamment en fonction du contexte de leur utilisation et de la rigidité de leur expression. Leur adaptabilité dépendra, par exemple, de l'âge du sujet ou de son contexte de vie. (Duval, 2006, p. 89)

L'analyse du fonctionnement psychique du processus de la résilience chez un sujet peut se décomposer en deux phases :

- Confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique : ce temps de rencontre avec le trauma, ou le contexte aversif, va passer par la déconstruction d'un fragment de réalité intolérable et le recours à des mécanismes défensifs. Divers mécanismes de protection pourront être utilisés par les sujets pour faire face à la réalité aversive. Cependant, cette première phase est caractérisée par les recours à des mécanismes défensifs d'urgence, pour protéger de l'effraction psychique notamment : déni, répression des affects, projection, déplacement imaginaire, passage à l'acte, comportement passif-agressif.
- Intégration du choc et réparation : la seconde étape est celle de l'intégration du traumatisme et de la réparation (ou autoréparation). Il s'agit de rétablir des liens rompus par l'effraction du trauma et de se reconstruire. Cette seconde phase suppose l'abandon de certaines défenses d'urgences (par exemple : déni, projection, passage à l'acte...) pour privilégier des ressources défensives plus matures, plus souples et plus adaptées à long terme. Notamment : créativité, humour, intellecttualisation, altruisme, sublimation.
(Duval, 2006, p. 90.91)

Le fonctionnement psychique de la résilience suppose le recours à des mécanismes de défense adaptés et flexible, mais également de faire un travail de mise en sens. Ainsi, le fonctionnement psychique de la résilience passe par le processus de mentalisation, qui fait appel aux représentations psychiques et à la symbolisation des affects, la mentalisation permettant de mettre en sens les excitations internes. Autrement dit, il s'agit de *conférer un sens à la blessure*. Selon Jean Bergeret, la mentalisation renvoie à la capacité de mettre en mots les éprouvés, les images et les émois ressentis en leur conférant un sens. Il s'agit donc du travail de la pensée qui permet de traduire les excitations liées au traumatisme en représentations communicables, mais en premier lieu de s'en saisir en leur attribuant une signification, pour soi et pour les autres, et éventuellement de les verbaliser ou les transcrire en récits de vie. Le processus de mentalisation et la richesse de l'espace imaginaire contribuent pour une large part à la mise en place d'un fonctionnement résilient. Ainsi cette phase d'élaboration qui passe par la mise en sens de vécu traumatique et le processus d'historicisation, peut donner lieu, éventuellement bien des années plus tard, aux récits de vie ou se traduire par la créativité. (Duval, 2006, p. 91.92)

4.1.2. La phase de la dynamique du processus psychique de la résilience

- **la phase de protection**

La première phase de la résilience concerne la confrontation au trauma ou au contexte aversif, et la mise en place de processus de résistance à la désorganisation psychique. Pour se protéger et tenter de déconstruire la réalité intolérable, diverses modalités défensives pourront être utilisées par le sujet face à la réalité (p. ex ; bulles psychiques invention d'une autre famille). Cette étape est caractérisée par la prépondérance du recours à des mécanismes défensifs d'urgence pour parer à l'effraction psychique : p. ex, déni,

répression des affects, déplacement, projection, passage à l'acte, comportement passifs agressifs, imaginaires.

- **La phase élaborative**

La deuxième phase de la résilience implique l'intégration du traumatisme et la réparation (ou autoréparation). Il s'agit alors de rétablir les liens rompus par le trauma et de se reconstruire. Cela peut passer par l'abandon de certains mécanismes de défense utilisés précédemment (comme le déni ou la projection) pour privilégier des formes de protection plus mûres, plus souples et plus adaptées à long terme. Le sujet résilient va promouvoir des modalités défensives à visée élaboratrice plus constructives comme : créativité, humour, intellectualisation, altruisme, sublimation. La reconstruction psychique va s'appuyer sur la nécessité de conférer un sens à la blessure, en activant le processus de mentalisation. (ANAUT, 2015, p. 108)

4.2. Le modèle cognitivo-comportementaliste

Il n'existe à notre connaissance, aucune formalisation théorique de la résilience dont les auteurs affirmeraient explicitement leur appartenance à un cadre théorique cognitivo-comportementaliste. Il est cependant patent que ce modèle a inspiré implicitement nombre de travaux empiriques ayant porté sur les facteurs de risque et de protection associés au processus résilient. Nous nous proposons donc d'en exposer les plus essentiels.

La référence à ce modèle, comme son appellation le suggère, met l'accent d'une part sur l'importance de mécanismes ou processus de nature prioritairement cognitive, d'autre part sur les stratégies de comportements observables, pour rendre compte de l'état de résilience.

Pour approcher la nature de l'environnement défavorable, qui constitue en amont la condition nécessaire à l'étude et à la réalisation de la résilience, les auteurs s'inscrivant dans cette perspective peuvent même faire l'économie du terme de traumatisme qui a une connotation nettement plus psychodynamique. Ils vont davantage faire référence au concept de stress et à celui d'agents stressants et vont traduire les possibilités adaptatives de l'individu en termes de stratégies de « coping » face à ces situations stressantes, c'est-à-dire en termes de capacités à faire face de manière plus ou moins efficace à ces agents perturbants, en fonction de la modalité de coping privilégiée et du contexte situationnel dans lequel se trouve le sujet.

Il est probablement légitime de rappeler au départ qu'au niveau le plus général, toute démarche cognitive est en lien avec le quotient intellectuel (QI) du sujet. Il n'entre pas dans nos intentions de contester l'influence de ce facteur. Fortin et Bigras (2000), épousant la position antérieure de Masten et al, (1998), remarquent avec justesse qu', « une bonne intelligence est un facteur de protection car elle permet de résoudre des problèmes dans les situations conflictuelles, une évaluation des conséquences du comportement, l'atteinte des gratifications, le contrôle des impulsions... ». Il s'agit certes d'un facteur de protection indiscutable mais il est trop global pour avoir une valeur différenciatrice fine des sujets résilients et non résilients devant une situation stressante. Peut-être conviendrait-il ici, ce qui n'est pas une tâche facile, de formaliser les différentes formes d'intelligence et leur valeur

adaptative en distinguant notamment l'intelligence logique de l'intelligence émotionnelle comme le fait Goleman (1997) par exemple.

Dans ce contexte, la mesure du stress ou de situations stressantes sera le plus souvent réalisée à partir de questionnaires d'évènements de vie. Rappelons sur un autre plan que pour Lazarus et Folkman (1984), le sujet recourt à deux stratégies cognitives pour évaluer la situation stressante. L'évaluation primaire (reliée à l'analyse des enjeux de la situation et des dangers qu'elle implique), et l'évaluation secondaire qui est davantage une interrogation sur les différentes stratégies d'adaptation (coping) à envisager pour gérer la situation. **(Lighezzolo, 2004, p. 34.35.36.37.38.39.40.41)**

4.2.1. Les stratégies de coping

De nombreuses études concernant les différences de réactions aux stress se sont développées au cours des dernières décennies, parmi les quelles nous trouvons le concept de *coping*. Richard S. Lazarus & Suzan Folkman (1984) ont proposé le concept de « *coping* » (de l'anglais to cope = faire face) pour évoquer « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, à réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu* ». Il peut s'agir d'une réponse à une situation stressante qui peut passer plus ou moins inaperçue et s'avérer plus ou moins rationnelle. **(ANAUT, 2015, p. 88)**

Serban Ionescu et al. (2012) ont repéré dans la littérature scientifique différentes approches ou types de stratégies de coping qui se déclinent et se différencient selon quatre dimensions principales :

- Le coping centré sur l'émotion, qui vise la régulation de la détresse émotionnelle.
- Le coping centré sur le problème, qui vise à gérer le problème qui se trouve à l'origine de la détresse du sujet.
- Le coping vigilant, qui permet, par des stratégies passives (évitement, fuite, déni, résignation, etc.) d'affronter la situation pour la résoudre. **(ANAUT, 2015, p. 89)**

5. Profil de l'individu résilient

L'individu résilient (quel que soit son âge) serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes (Cyrulnik, 1998) :

- un QI élevé.
- Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement.
- Ayant le sentiment de sa propre valeur.
- De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie.
- Capable d'anticiper et de planifier.
- Ayant le sens de l'humour. **(ANAUT, 2007,2008, p. 49)**

6. Critères du processus résilient

Rutter (1985; 1996) a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables. Il considère que ces personnes, face à des situations d'impuissance et d'absence d'aide qui accompagnent habituellement des situation de stress et d'adversité, mettent en place d'autres formes de comportements qui font appel à des modes de fonctionnement spécifiques qui prennent appuis sur des mécanismes d'élaboration de la pensée.

Selon Rutter, la personne résiliente concilie trois caractéristiques :

1. La conscience de son auto-estime (ou auto-appréciation) et du sentiment de soi ;
2. La conscience de son efficacité.
3. Un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux.
4. La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi .

Cet aspect renvoie à l'estime de soi, c'est-à-dire aux caractéristiques par lesquelles le sujet peut se définir et avoir le sentiment de sa propre valeur. Rutter considère comme nécessaire l'existence d'un bon développement de l'estime de soi chez les individus résilients. L'estime de soi peut se définir comme l'image que l'individu se forge de lui-même, le sentiment sa propre valeur se traduisant à travers un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus met en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. L'estime de soi recouvre une disposition mentale qui prépare l'individu à réagir selon ses attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelles. Elle indique dans quelle mesure l'individu se croit capable, valable, important. Selon André et Lelord (1999), l'estime de soi comporte trois dimensions: l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. Cette appréciation de l'estime de soi pourra être affectée par les évènements de la vie et les expériences individuelles. Elle est donc sujette à variation chez un sujet au cours de son développement. Mais l'amour de soi aidera l'individu à se reconstruire après un échec.

- **La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité**

Cette caractéristique correspond chez un sujet à la croyance et a la confiance dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes nécessaires pour y parvenir. L'individu résilient aurait donc tendance à voir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et avoir confiance dans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes de son existence. Le sentiment d'auto-efficacité permet l'anticipation et des projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir des capacités requises pour réussir une tâche déterminée. Ce sentiment rejoint pour partie la confiance en soi.

- **Un répertoire d'approche de résolution de problèmes sociaux**

Ce dernier point se réfère à l'expérience et a la capacité pour l'individu résilient de s'appuyer sur des (**la resilience, 2017**) expériences personnelles, familiales ou extra-familiales (dans l'entourage proche de l'individu) suffisamment positives, ou reconnues comme telles socialement.

Ces trois caractéristiques, font référence à la description d'un processus psychique et comportemental, apparaissent intimement liées dans le fonctionnement du sujet résilient. Rutter souligne le rôle fondamental des ressources internes de l'individu face à des conditions extérieures défavorables de sa capacité à tirer profit des potentiels environnementaux extra-familiaux, lorsque la famille est défaillante. Dans cette perspective la résilience s'appuie surtout sur l'appartenance d'une personne à un contexte social et relationnel qui la soutient. Les travaux de Rutter et al. (1985 ; 1996) En prenant en compte les capacités pour le sujet résilient de trouver des ressources en liaison avec le réseau social vont dans le sens de l'importance accordée à l'adaptation et l'autonomie dans le processus de résilience. (Anaut, 2005, pp. 52-53)

6. Méthode d'évaluation de la résilience

Différentes échelles sont utilisées ou construites par les chercheurs afin de déterminer les critères du fonctionnement résilient et de tenter d'évaluer la résilience.

Voici cependant quelques repères dans les méthodes employées pour explorer la Résilience :

Parmi les critères les plus retenus par les chercheurs, nous pouvons citer les échelles qui permettent d'évaluer :

- Le niveau d'anxiété et de dépression ;
- Le niveau de compétence sociale ;
- La réussite scolaire et intellectuelle ;
- La symptomatologie clinique.

Les méthodes d'évaluation prennent en compte un ou plusieurs critères dits de résilience qui sera l'objet de cette évaluation. Les protocoles d'évaluation se fondent soit sur l'utilisation de tests ou d'échelles existant, soit sur des questionnaires et des échelles construits spécifiquement. La méthodologie d'investigation de la résilience peut comprendre des évaluations comportementales, cognitives, ou encore se centrer sur l'évaluation de traits de personnalité ou de troubles psychologiques et ou psychiatriques.

Suivant les cas et les facteurs retenus, l'évaluation pourra porter sur l'appréciation des capacités ou de compétences (adaptation sociale, estime de soi, Q.I) relevant de l'utilisation de tests psychologiques ou d'échelles de comportements. Pour les très jeunes enfants un bilan pédopsychiatrique est parfois utilisé.

Du point de vue méthodologique, plusieurs types de médiations ou d'instruments d'évaluation peuvent être utilisés, de manière complémentaire dans le cadre d'une même investigation. De même la passation peut concerner essentiellement les sujets examinés, éventuellement soumis à des questionnaires en auto-évaluation, ou bien prendre en compte les évaluations faites par l'entourage (famille-réseau-socialéducatif- les pairs....) et s'appuyer sur des observations croisées. Nous trouvons également des observations directes sur des terrains cliniques ou des milieux dit naturels (ex: l'école).

Ainsi, on remarque que l'utilisation de telle ou telle méthode et critère détermine la définition de la résilience adoptée par les chercheurs et son positionnement théorique. Parmi les médiations répertoriées, l'utilisation de tests projectifs, destinés à l'étude de la structure psychique, commence à être utilisée. De Tychey (2001) préconise notamment l'emploi du test du Rorschach pour accéder aux processus intrapsychiques des sujets résilients. (Anaut.M, 2008, Pp51-52).

7. Application clinique de la résilience

L'un des objectifs des recherches dites appliquées concernant le modèle de la résilience consiste non seulement à étudier les processus résilients mais à tenter de proposer des modes d'activation de ces processus. Le modèle de la résilience suppose une perspective nouvelle de prises en charges des jeunes et de familles dites pudiquement en difficultés. Il encourage les intervenants, psychologues, travailleurs sociaux, mais aussi soignants, éducateurs et enseignants, à mobiliser les capacités des jeunes ou des familles. Cela donne lieu à diverses tentatives d'utilisation de techniques et de dispositifs empiriques visant à développer la résilience chez les sujets.

Les applications cliniques des théories de la résilience concernent :

- Les prises en charges individuelles ou groupales des sujets en souffrance (familles-communautés).

Les pratiques de prévention visant à modérer les effets délétères dans le cadre d'une anticipation des conséquences négatives des risques encourus par les sujets. Les interventions s'appuient sur des méthodes ou des techniques spécifiques destinées à aider les sujets à développer leurs capacités de résilience. Ces méthodes concernent trois domaines :

L'individu dans ses composantes intrapsychiques et sa personnalité ;

- Les comportements;
- L'environnement relationnel.

Ces méthodes visent principalement à :

- Encourager la réussite dans des domaines qui sont importants pour le sujet ;
- Travailler sur les processus individuels défensifs et l'estime de soi ;
- L'investigation familiale, afin de travailler sur les potentiels familiaux susceptibles d'aider à la résilience individuelle. (Anaut.M, 2008, Pp110-111-112).

8. Les limites de la résilience

Le modèle de la résilience imprègne depuis quelques années les pratiques cliniques, qu'il s'agisse d'accompagnements éducatifs, scolaires ou psychothérapeutiques. Mais beaucoup reste à explorer autour de ce modèle, du point de vue théorique, mais plus encore dans ses applications cliniques. Aussi, une grande prudence reste de mise. Cyrulnik et al. (1998), considèrent que le concept de résilience permettrait d'harmoniser différentes disciplines

connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, pédiatrie... L'intérêt de cette approche est donc également de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers l'approche des facteurs protectifs des individus. Ces facteurs permettent d'éclairer le phénomène de résilience et complètent l'approche plus classique des facteurs de risques dans la prise en compte de la vulnérabilité des individus. Boris Cyrulnik (1999), s'inscrit, quant à lui, dans la prise en compte de l'histoire du sujet en affirmant: « ce qui détermine la qualité de la résilience et la qualité du lien qui a pu se tisser avant le trauma et tout de suite après ». (**Anaut.M, 2008, P p114-115**).

Synthèse

La résilience est au goût du jour, elle représente un point de vue Prêter activement attention au potentiel des êtres humains à faire face à l'adversité Passé, présent et futur.

la résilience, peut être développée à la suite d'un événement douloureux, considérée comme un processus psychologique de survie pour supporter cet événement perçu comme traumatisant, et aussi afin de favoriser l'adaptation à une difficulté rencontrée, dont le but de diminuer les conséquences sur son bien-être physique et psychologique.

Chapitre III

COVID-19 et professionnels de santé

Le covid ne s'intéresse guère à nous, à

notre âge, à notre sexe, à notre nationalité

Ou à nos préférences. Pour le virus,

L'humanité entière se partage en trois

groupes : les susceptibles, c'est-à-dire tous ceux qu'il a

déjà contaminé : et les rejetés, ceux

Qu'il ne peut plus contaminer

Paolo Giordano (2020)

Préambule

Coronavirus (COVID-19), une maladie infectieuse apparue pour la première fois en Chine et plus exactement dans la ville de Wuhan en 2019, cette maladie s'est projetée de statut d'épidémie vers une pandémie. Elle a mis le monde face à une crise économique et sanitaire, a fait des ravages avec plus de 163,7 millions de cas et plus de 3 millions de décès dans le monde. Mais parmi ceux qui étaient aux premières lignes pour faire face à cette pandémie, les professionnels de santé.

1. Définition des maladies infectieuses

- Quand un agent infectieux pénètre dans l'organisme, il lui transmet une maladie infectieuse. L'agent infectieux peut être un champignon, une bactérie, un virus ou un parasite.

Les maladies infectieuses regroupent toutes les pathologies provoquées par une bactérie, un virus, un parasite ou un champignon. Une large famille avec des combats plus ou moins difficiles à mener pour l'organisme. (**femmes, 2021**)

2. Définitions du virus

- Un virus est une particule microscopique infectieuse qui ne peut se répliquer qu'en pénétrant dans une cellule et en utilisant sa machinerie cellulaire. Les virus qui infectent les bactéries sont les bactériophages. Il existe des virus qui infectent des animaux et d'autres qui infectent les végétaux. S'ils provoquent des maladies, les virus peuvent être considérés comme des germes pathogènes. (**sante, 2020**)
- Un virus est un parasite intracellulaire obligatoire, dans le sens où il a besoin d'être présent dans une cellule, dont il utilise le matériel génétique, pour se répliquer (les virus ne se reproduisent pas, ils se répliquent). Les principales armes disponibles contre les virus sont la vaccination et les médicaments antiviraux, comme ceux qui

sont utilisés dans la trithérapie dirigée contre le VIH(virus responsable du side).
(Dictionnaire medical, 2015-2021)

3. Structure générale des virus

- Les virus ne sont pas des cellules mais des particules infectieuses dont les gènes sont enfermés dans une coque protéique :
- le génome viral peut être un ADN ou un ARN. Chez les animaux, certains virus à ARN sont des rétrovirus : ils ont besoin d'une transcriptase inverse pour fabriquer un ADN à partir de l'ARN ;
- la coque protéique qui enveloppe le génome est la capsid. Elle peut avoir différentes formes : bâtonnet comme le virus de la mosaïque du tabac, polyèdre (par exemple un icosaèdre avec 20 triangles comme les adénovirus)... Certains virus, comme celui de la grippe, possèdent une enveloppe membraneuse, qui provient de la membrane de la cellule hôte. (sante, 2020)

4. Définition du COVID-19

- L'OMS définit la COVID-19 comme 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, 2019).

5. Définitions du confinement

- Le mot confinement, dont l'usage s'est généralisé lors de la crise de 2020, définit le maintien des personnes à leur domicile associé à une restriction de déplacement. Ce concept a supplanté celui de quarantaine, dont le principe est le même : limiter les contaminations dans le cadre d'une épidémie. Dans le confinement, le principe de la quarantaine est appliqué à toute la population à titre préventif. (Nicolas, 2020, p. 21)
- Le confinement est l'action de confiner quelque chose, de l'enfermer dans un lieu restreint, ainsi que le résultat de cette action. Par extension, on appelle confinement une procédure de sécurité ayant pour objectif de protéger des personnes ou une population en les isolant dans des espaces clos pour : éviter un contact avec un gaz toxique ou radio actif, ou empêcher la propagation d'une maladie infectieuse. Exemple : le confinement de la population à son domicile pendant la pandémie de coronavirus COVID-19 en 2020. (Dictionnaire la topie, 2020)

6. Histoire du COVID-19

L'apparition, en Chine, d'une épidémie liée à une nouvelle souche de coronavirus est conforme à la plupart des attentes. Les différentes zoonoses responsables d'épidémies ont été liées à des foyers initiaux bien délimités à partir desquels elles se sont disséminées. Si les

nouvelles souches du virus n'ont pas toujours eu pour origine l'orient, deux des épidémies récentes les plus médiatisées en raison de la crainte d'une diffusion mondiale, le virus de la grippe aviaire (H5N1) à Hong Kong en 1997, le SARS-CoV-1 à Guandong en 2003 avaient une origine chinoise. La présence au contact des humains d'espèces intermédiaires capables de favoriser l'émergence de nouvelles zoonoses comme c'est le cas des marchés animaux a fait que l'apparition d'un nouveau coronavirus à Wuhan réalisait les prédictions des experts. Les 3 malades à l'origine du signalement du 27 décembre 2019 appartenaient à la même famille et ont été hospitalisés en même temps. Les premiers rapports chinois ont, d'ailleurs fait immédiatement un lien entre la nouvelle épidémie et un marché aux poissons. Les conclusions d'une analyse des vols internationaux en provenance de la Chine ont été conformes aux attentes et aux prélèvements qui ont été réalisés. Les premiers cas auraient eu lieu le 19 janvier pour l'Allemagne, le 22 janvier pour la France et le 23 janvier 2020 pour l'Italie. **(Chossegras, 2020)**

Considérant l'histoire du VIH, même si des progrès techniques ont été indiscutables, une fois réfutée l'hypothèse de sa provenance du laboratoire de virologie de Wuhan, la découverte d'un nouveau virus, un mois à peine après la mutation responsable de sa transmission interhumaine, dans une agglomération de plus de 11 millions d'habitants, apparaît comme un tour de force de santé publique alors qu'un millier de personnes seulement auraient été infectées. Une étude plus systématique a depuis repoussé le premier cas au 17 novembre sans que soit évoqué un contact animal.

Les résultats des enquêtes locales, des tests sérologiques et des études phylogénétiques plaident pour une épidémie qui se serait développée à bas bruit au moins depuis le début janvier en Italie et en France. **(Chossegras, 2020)**

En Italie, les 23 et 24 février 2020 des zones rouges ont été isolées en Italie du Nord, mesure étendue à toute la Lombardie, l'Émilie Romagne, la province de Bergame et la Vénétie le 8 mars et à l'ensemble du pays le 11 mars. Le 8 mars, 39,4 % des communes de Lombardie avaient présenté au moins un cas symptomatique ce qui correspondait à 68,8 % de la population. Très rapidement, deux études génétiques des COVID-19 italiens ont séparé les cas en relation directe avec la Chine de ceux d'Italie du Nord qui appartiennent à un clade particulier. La plus grande hétérogénéité génomique d'un cas prélevé près de l'épicentre de l'épidémie suggère la présence d'une dérive importante par rapport à l'original et une antériorité de l'épidémie par rapport aux premiers cas dépistés fin janvier. **(Chossegras, 2020)**

En France, le malade de l'Oise à l'origine du premier cas français mort du COVID-19, le 25 février 2020, n'avait pas eu de contact avec une personne ayant voyagé en Chine.

Une étude systématique des prélèvements réalisés dans le cadre d'un suivi épidémiologique des souches de la grippe en amont du premier cas supposé en France a découvert un prélèvement positif pour le COVID-19 le 27 décembre 2019 parmi 14 malades consultants, pour un syndrome grippal et trouvés négatifs pour le virus de la grippe, l'hôpital de Bobigny, une banlieue parisienne, entre le 2 décembre 2019 et le 16 janvier 2020. Les symptômes

présentés et les facteurs de risque de gravité étaient compatibles avec ce qui est connu des infections par le COVID-19. (Chossegros, 2020)

7. Symptômes du COVID-19

Les symptômes les plus courants sont les suivants :

- Fièvre
- Toux sèche
- Fatigue

D'autres symptômes moins courants peuvent toucher certains patients :

- Perte du goût et de l'odorat,
- Congestion nasale,
- Conjonctivite (yeux rouges),
- Mal de gorge,
- Maux de tête,
- Douleurs musculaires ou articulaires,
- Différents types d'éruption cutanée,
- Nausées ou vomissements,
- Diarrhée,
- Frissons ou vertiges.

Les symptômes de la forme grave de COVID-19 sont les suivants :

- Essoufflement,
- Perte d'appétit,
- État confusionnel,
- Douleurs ou sensation d'oppressions persistantes dans la poitrine,
- Température élevée (supérieure à 38° C).

D'autres symptômes sont moins courants :

- Irritabilité,
- État confusionnel,
- Altération de la conscience (parfois associée à des crises),
- Troubles anxieux,
- Dépression,
- Troubles du sommeil,
- Complications neurologiques plus graves et plus rares : accidents vasculaires cérébraux, inflammations du cerveau, délire et lésions nerveuses. (**Organisation Mondiale de la Santé, 2019**)

8. Variants du COVID-19

8.1. Définitions du variant d'un virus

- La variant d'un virus est un virus qui présente une ou des mutations génétiques par rapport à sa forme d'origine. (**Fondation dans la Recherche Médicale, 2021**)
- L'apparition de variants au cours du temps est un processus naturel dans l'histoire des virus, lié à la manière dont ces microorganismes se répliquent. Le matériel génétique du virus est constitué d'un assemblage de molécules, les nucléotides, alignés les uns avec les autres dans une séquence très précise. Lorsqu'il infecte la cellule, un virus doit copier son matériel génétique du virus est constitué d'un assemblage de molécules, les nucléotides, alignés les uns avec les autres dans une séquence très précise. Lorsqu'il infecte la cellule, un virus doit copier son matériel génétique fidèlement pour produire de nouvelles particules virales. A cette fin, il possède des protéines (des enzymes) qui assemblent les nucléotides en respectent la même séquence que le matériel génétique d'origine. Seulement, ce système génère parfois des erreurs comme un ajout ou encore un oubli de nucléotide. Et si elle n'est pas corrigée, cette erreur conduit à une « mutation » qui peut aboutir à l'apparition d'un virus légèrement différent appelé variant. (**Fondation dans la Recherche Médicale, 2021**)

8.2. Les noms des variants du Sars-Cov-2 (COVID-19)

Jusqu'à présent, les variants d'intérêt du Sars-Cov-2 étaient baptisés selon les nomenclatures utilisés par les chercheurs, sans pour autant qu'un modèle scientifique consensuel ait été universellement adopté. Cela a poussé le grand public à associer les variants avec leurs pays d'émergences : anglais, sud-africain, indien... etc. une réelle stigmatisation pour les populations concernées. Forte de constat, depuis la fin du mois de Mai 2021, l'Organisation Mondiale de la Santé a ainsi choisi de nommer les variants avec une lettre issue de l'alphabet grec, suivant leur date d'apparition. Ainsi :

- Le variant « anglais » devient le « variant Alpha » ;
- Le variant « sud-africain » c'est le « variant Bêta » ;
- Le variant « brésilien » devient le « variant Gamma » ;
- Le variant « indien » devient le « variant Delta ».

Deux types de variants vont ainsi être concernés par ces nouvelles appellations:

- Les variants dits « préoccupants », c'est-à-dire les variants qui ont une transmissibilité augmentée ou qui entraînent une sévérité de la pathologie plus élevée, des changements dans les symptômes cliniques, ou encore qui sont capables d'influer sur les mesures prises pour les contrôler et enrayer leur propagation. Les variants précédemment cités font partie de cette catégorie.

- Les variants dits « à suivre », qui présente des mutations notables et qui sont impliqués dans des clusters multiples, des clusters, ou qui ont été détectés au sein de plusieurs pays. **(Fondation dans la Recherche Médicale, 2021)**

9. Facteurs de risque du COVID-19

Tant que les mécanismes d'action du SARS-CoV-2 ne seront pas précisément connus, il sera difficile de comprendre pourquoi certaines personnes sont plus à risque que d'autres. Néanmoins, le partage de données à l'échelle internationale a permis de dresser une liste de facteurs de risques avérés (facteurs dits de « comorbidité »), les personnes atteintes ayant une plus grande probabilité de développer une forme grave de la maladie.

Les chiffres (à part pour l'âge) sont donnés à titre indicatif et correspondent au nombre de personnes développant une forme grave selon de récentes études.

- L'âge est un des facteurs de risque bien connu. Parmi les plus de 65 ans, 60% des personnes infectées développent une forme sévère, et près de 90% des personnes décédées appartiennent à cette tranche d'âge.
- Les personnes souffrant de maladie pulmonaire comme des bronchites chroniques ou de l'asthme développent plus souvent des formes graves de cette maladie respiratoire (environ 5%).
- Les personnes avec des insuffisances cardiaques ou souffrantes d'hypertension (5% à 10%).
- Les personnes immunodéprimées sont également à risque (5%). L'immunodépression est une déficience du système immunitaire. L'immunodépression peut être congénitale (la personne est « née avec », littéralement) ou acquise par des traitements médicamenteux (prise d'immunosuppresseurs) ou une maladie (cancer ou SIDA par exemple).
- L'obésité sévère, avec un indice de masse corporelle supérieur à 40 kg/m² (1-3%).
- Les diabétiques insulino-dépendants (5% à 10%).
- Les personnes souffrant de maladies rénales ainsi que les personnes souffrant de maladies hépatiques comme des cirrhoses sont plus à risque (10%), à cause de l'évolution des formes graves vers des insuffisances de ces organes.
- D'un point de vue épidémiologique, il semblerait que les fumeurs soient moins infectés par le virus, mais qu'ils soient plus à risque de développer une forme grave lorsqu'ils sont contaminés. Il n'y a à ce jour pas de consensus scientifique, ni même statistique, sur le tabagisme comme facteur de risque ou protecteur : trop peu de données, non-comparables, sans réelle signification.

Cette maladie n'a pas encore tout dévoilé. Certains autres facteurs, qui peuvent paraître plus anodins, semblent également être impliqués dans la maladie : c'est le cas du sexe et du groupe sanguin. **(Delarue, 2020, p. 1)**

10. Le traitement du COVID-19

Les scientifiques du monde entier tentent de trouver et de mettre au point des traitements contre la COVID-19.

- Les soins de soutien les plus efficaces sont l'oxygénothérapie pour les patients dans un état grave et ceux qui risquent de développer une forme grave de la maladie, ainsi qu'une assistance respiratoire plus poussée, comme la ventilation pour les patients dans un état critique.
- La dexaméthasone est un corticostéroïde qui peut contribuer à réduire la durée de placement sous respirateur et à sauver des patients dans un état grave ou critique.
- Les résultats de l'essai clinique Solidarity, coordonné par l'Organisation Mondiale de la Santé, indiquent que les schémas thérapeutiques à base de remdesivir, d'hydroxychloroquine, de lopinavir/ritonavir et d'interféron semblent avoir peu ou pas d'effet sur la mortalité à 28 jours ou sur l'évolution de la maladie chez les patients hospitalisés.
- Il n'a pas été démontré que l'hydroxychloroquine offre un quelconque intérêt pour le traitement de la COVID-19.
- L'OMS déconseille l'usage de tout médicament en automédication, y compris les antibiotiques, pour prévenir ou guérir la COVID-19. (**Organisation Mondiale de la Santé, 2019**)

Des scientifiques du monde entier mettent au point de nombreux vaccins potentiels contre la COVID-19. Ces vaccins sont tous conçus pour apprendre au système immunitaire à reconnaître et à bloquer en toute sécurité le virus à l'origine de la COVID-19.

Plusieurs types de vaccins potentiels contre la COVID-19 sont en cours de mise au point, notamment :

- Des vaccins inactivés ou vivants atténués contenant une forme inactivés ou atténués du virus qui ne peut pas causer de maladie mais qui entraîne tout de même une réponse immunitaire.
- Des vaccins à base protéines ou d'enveloppe protéique qui imitent le virus de la COVID-19 pour entraîner une réponse immunitaire en toute sécurité.
- Des vaccins à vecteurs viraux qui contiennent un virus inoffensif qui ne peut pas causer de maladie mais qui sert de plateforme pour la production de protéines du coronavirus afin de générer une réponse immunitaire.
- Des vaccins à ARN et à ADN, mis au point selon une méthode de pointe consistant à utiliser un ARN ou un ADN génétiquement modifié pour produire une protéine qui entraîne une réponse immunitaire en toute sécurité. (**Organisation Mondiale de la Santé, 2021**)

11. Définitions du professionnel de santé

- Un professionnel de santé (libéral ou non) exerce une activité définie par le Code de la santé publique. Il peut faire partie d'une des professions exerçant des actes médicaux et ayant droit de prescription (médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme et vétérinaire). L'appellation « professionnel de santé » (libéral ou non) désigne aussi les auxiliaires médicaux comme les infirmiers, les professionnels de la rééducation et de la réadaptation (kinésithérapeute, opticien...) ou encore les personnes qui exercent une profession médico-technique. **(complémentaire santé, assurance de pret de prévoyance, 2020)**
- Les techniques modernes des soins de santé dépendent d'un nombre croissant de professionnels de haut niveau, sous forme d'équipe interdisciplinaire. Ces personnes sont appelées des professionnels de la santé dès qu'ils interviennent d'une manière ou d'une autre dans l'administration des soins. Il s'agit donc d'un concept assez global. Donc on appelle profession de la santé une profession dans laquelle une personne exerce ses compétences ou son jugement ou fournit un service liée, (au maintien ou l'amélioration de la santé des individus, ou au traitement ou soins des individus blessés, malades, souffrant d'un handicap ou d'une infirmité). **(techno-science, 2021)**

12. Les catégories des professionnels de santé

12.1. Professions médicales

Ce sont les seules professions pouvant exercer des actes médicaux à proprement parler et ayant le droit de prescription, même si celui-ci est parfois dit défini (il ne dépasse le cadre de compétence de la profession). Elles sont définies par le code de la santé publique :

- Médecin,
- Pharmacien,
- Chirurgien-dentiste,
- Vétérinaire,
- Sage –femme.

12.2. Professions paramédicales

On peut les répartir en trois catégories :

12.2.1. Professions de soins

- Aide-soignant,
- Auxiliaire de puériculture,
- Infirmier,
- Infirmier de bloc opératoire,
- Infirmier anesthésiste,

- Inhalothérapeute,
- Podologue,
- Infirmier en puériculture.

12.2.2. Professions de rééducation et de réadaptation

- Audiologie,
- Audioprothésiste,
- Diététicien,
- Enseignant en APA,
- Ergothérapeute,
- Opticien,
- Orthoprothésiste,
- Orthoptiste,
- Pédicure,
- Psychomotricien,
- Auxiliaire de vie sociale,

12.2.3. Professions médicot techniques

- Ambulancier, ambulancier indépendant,
- Manipulateur en électroradiologie médicale,
- Préparateurs en pharmacie,
- Technicien de laboratoire,
- Technicien de l'information Médicale-TIM.

12.3. Professions administratives

- Directeur, Directeur de grandes fonctions (Finances, Ressources Humaines, Système d'information, Logistique, Technique, etc.), cadres supérieurs responsables de grandes fonctions.
- Cadres et Agents administratifs (secrétaires, admissionnistes, archivistes, comptable, etc.).
- Cadres et agents techniques (plombier chauffagistes, électricien, etc.).
- Ingénieurs (biomédical, qualité, informatique).
- Secrétaires médicales. (**techno-science, 2021**)

13. Impact du confinement sur les professionnels de santé

Pour les professionnels de santé, le confinement a bien entendu réduit les contacts directs avec les patients mais a aussi favorisé l'absentéisme.

Dans les épidémies prises en compte par l'étude du *Lancet*, ils se sont sentis plus stigmatisés et ont été plus affectés psychologiquement que le grand public. Ils ont également été plus

évitant des situations sociales à l'issue du confinement et ils ont déclaré une perte de revenus plus importante.

Les professionnels de santé ont ressenti plus de colère, de contrariété, de peur, de frustration, de culpabilité, d'impuissance, d'isolement, de solitude, de nervosité, de tristesse, d'inquiétude et se sont finalement déclarés moins heureux.

Les professionnels de santé ont également été plus nombreux à se croire atteints du SRAS et à craindre de contaminer d'autres personnes. Une étude n'a toutefois pas montré d'impact chez les professionnels de santé. Lors de la pandémie de COVID-19, ils ont été très valorisés (applaudis chaque soir à 20 heures dans le monde entier) et que l'écueil de la stigmatisation a non seulement pu être évité grâce à une communication appropriée, mais que celle-ci a au contraire procuré un effet totalement opposé. Enfin, dans les épidémies antérieures, les professionnels de santé ayant été confinés ont présenté des symptômes de stress post-traumatique plus sévères que le grand public. (Franck P. N., 2020, p. 99.100)

Synthèse

La pandémie de la COVID-19, a fait des ravages dans le monde, comme elle a laissée aussi des conséquences psychologiques, beaucoup plus chez les personnes qui éteints dans les premiers linges, et pour cela la prise en charge de cette dernière ne doit pas ce basée que sur le traitement de ses symptômes physiques, il est nécessaires de traiter ses conséquences psychiques.

Dans ce chapitre on a tenté de, définir les maladies infectieuses, les virus et leur structure générale, la COVID-19, le confinement, puis on a aborder l'histoire du COVID-19, les symptômes, les variants, et les facteurs de risques du COVID-19 et son traitement, et on a aussi définit les professionnels de santés, et on a parler sur l'impact du confinement sur ces derniers et en fin on a terminée avec une conclusion.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

« Ma méthode est de prendre le plus de soucis

Possible pour trouver la chose qu'il faut dire, et

Ensuite de la dire avec une légèreté extrême »

George Bernard Shaw

Préambule

Dans toute recherche scientifique, notamment en psychologie clinique il faut s'appuyer sur une méthodologie précise et déterminée, cette dernière ne peut être effectuée qu'en se basant sur un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation qui vont permettre au chercheur de contrôler la qualité de son étude et de répondre à ses objectifs.

Dans ce chapitre, on va présenter l'ensemble des étapes suivies pour la réalisation de notre travail, à savoir la démarche de la recherche, le groupe de recherche, le déroulement, les techniques utilisées.

La démarche de la recherche

1. La méthode de la recherche

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode corrélationnelle, méthode normative développementale, enquête).

La conduite dans sa perspective propre, révéler aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, recherche à établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits, les facteurs qui les motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits. (Chahraoui & Bénony, 2003, p. 11)

1.1. L'approche qualitative

La recherche qualitative en sciences humaines et sociales a comme but premier de comprendre des phénomènes sociaux (des groupes d'individus, des situations sociales, des représentations...).

La recherche qualitative recourt à des techniques de recherche qualitatives pour étudier des faits particuliers (étude de cas, observation, analyse qualitative de contenu, entretien semi-structuré, etc.). Il ne fournit pas d'emblée des données chiffrées. Ses analyses peuvent se borner à être des descriptions, des énumérations ou déboucher sur des classifications, sur l'établissement de nouveaux liens entre des variables, sur des comparaisons. (N'DA, 2015, p. 22)

1.2. L'approche quantitative

L'approche quantitative d'investigation vise à recueillir des données observables et quantifiables. Elles se fondent sur l'observation des faits, des événements, des conduites, des phénomènes existants indépendamment du chercheur. La recherche vise ici à décrire à expliquer, à contrôler, à prédire.

La recherche quantitative s'appuie sur des instruments ou techniques de recherche quantitatives de collecte des données dont en principe la fidélité et la validité sont assurées. Elle aboutit à des données chiffrées qui permettent de faire des analyses descriptives, des tableaux et graphiques, des analyses statistiques de recherche de liens entre les variables ou facteurs, des analyses de corrélation ou d'association, etc. elle part d'une méthodologie planifiée à l'avance qui fournira des observations particulières. (N'DA, 2015, p. 21)

1.3. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche, elle peut être considérée comme une étape préparatoire de l'enquête, elle se révèle très utile pour enrichir notre problématique et construire notre guide d'entretien comme elle nous permet aussi de recueillir des informations sur le thème de recherche, pour pouvoir le limiter et le cerner, ainsi que sur le groupe visé.

Aussi, la pré-enquête nous conduit à la découverte de notre terrain d'étude et à enrichir notre travail par les références bibliographiques, ce qui va nous aider à améliorer nos connaissances sur le sujet d'étude et à aboutir un maximum d'informations. Comme, elle nous permet également de vérifier la disponibilité des cas, et la fiabilité de notre guide d'entretien ainsi nos échelles.

Elle consiste à essayer sur un échantillon (questionnaires, analyses de documents) prévus pour effectuer l'enquête. Si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. (GRAWITZ, 2001, p. 550)

Nous avons débuté notre recherche le 4 avril 2021 jusqu'au 15 avril 2021. Le chef des psychologues (M. OUAZEN) nous a accompagné afin de nous montrer les différents services et de solliciter des professionnels de santé (médecins, infirmiers, radiologues, psychologues), et plus précisément ceux qui sont intervenus pendant la crise (COVID -19) car lui aussi a travaillé avec eux depuis le début de la crise jusqu'au jour d'aujourd'hui.

En leur posant quelques questions de notre guide d'entretien, quelques uns ont refusé gentiment, de répondre à ces questions car ils n'étaient pas disponibles et ils nous ont donné rendez-vous au moment de leurs poses à midi dans leurs bureaux. D'autre, ont refusé carrément de répondre à nos questions, car ils ne voulaient pas se rappeler de cette expérience.

De ce fait, En somme, cette pré enquête, nous a permis de nous assurer de la faisabilité de notre recherche et les conditions d'étude, ainsi la possibilité d'obtenir le consentement des professionnels de santé intervenant pendant la période COVID-19 pour constituer notre

groupe de recherche. Egalement, elle nous a aidé à élaborer notre guide d'entretien, de plus, cette dernière, nous a amené à poser des questions et à formuler des hypothèses, et pour les vérifier nous avons cherché avec la collaboration de notre promotrice, des outils d'évaluation qui apparaissent adéquats et compatibles avec notre approche théorique adoptée, et qui pourraient nous permettre d'y répondre, et pour cela nous avons fait recours à un auto questionnaire (PCL-5) qui mesure les 20 symptômes de stress post-traumatique du DSM-5, et l'échelle résilience de Wagnild et Young (1993), qui va nous servir à évaluer le niveau de la résilience de notre groupe de recherche.

Nous avons constaté durant la pré-enquête que les professionnels de santé de l'EPH de kherrata lors de l'exercice de leur métier pendant la période COVID, ont des contraintes qui sont liées aux conditions de travail, ces contraintes sont : le manque de moyens de protection et même de prévention de cette nouvelle pandémie, la surcharge, le manque de connaissances par rapport au COVID-19.

1.4. Présentation de lieu de recherche

Nous avons choisis d'effectuer notre travail de recherche à l'EPH de (kheratta) pendant une période de 90 jours du 25 février 2021 au 25 mai 2021 à raison de deux fois par semaine.

1.4.1. Présentation de l'EPH de kherrata

L'EPH de kheratta est situé au sud-est de la wilaya de Bejaia et s'étend sur trois daïra: (kherrata ,Darguina, souk el Tenine) compte six communes (kherrata, Dra El Gaid, Taskriout, Ait Smail, couvre une population d'environ 136000 habitants, occupe une superficie d'environ 485 K pour une capacité d'accueil de plus de 100 lits.

L'hôpital de Kheratta assure la couverture sanitaire non seulement de sa population locale mais aussi des populations des communes avoisinantes appartenant aux wilayates limitrophes (Souk El Tenine, Melbou, Zياما, Aokas, Bougaa, Bouandas, Tala Ifacene, Tizi N'Bechar, Oued El Berd, Ain Roua. Etc....)

1.4.2. Les structures sanitaires hospitalières

L'EPH de kherrata est composé de plusieurs services

- Chirurgie générale.
- Maternité générale.
- Pédiatrie générale.
- Médecine interne.
- Hémodialyse.
- Radiologie centrale.
- Les urgences médico-chirurgicales.
- Service COVID-19.

Le service COVID-19 (cellule de crise) est composé de

- Médecins spécialistes : (1 infectiologue)
- Médecins généralistes : (3)
- Infirmiers : (10)
- Psychologues : (1)
- Agents de services : (2)

1.4.3. Présentation du groupe de recherche

Notre recherche c'est effectuée à l'EPH de Kheratta au pris des professionnels de santé de cette hôpital, notre groupe de recherche est composé de (32) sujets qui sont des deux sexes, de différentes catégories d'âges, et ils ont tous travaillé pendant la période de la crise sanitaire du COVID-19.

1.4.4. Les critères d'inclusion

- les professionnels de santé qui ont intervenir pendant la période du confinement.
- Les sujets ils ont eux tous un contact direct avec des patients qui sont atteints du COVID-19.

1.4.5. Les critères d'exclusions

- les professionnels de santé qui n'ont pas travaillé dans les premiers mois du confinement (le début du COVID-19).

Tableau N°1: caractéristique du groupe de recherche

Nom	Age	Profession
Hamida	36 ans	Médecin généraliste
Dounia	27 ans	Infirmière
Makhetar	54 ans	Infirmier
Farid	54 ans	Médecin généraliste
Amina	26 ans	infirmière
Nabil	44 ans	Médecin généraliste
Manel	23 ans	Infirmière
Mohamed	53 ans	Infirmier
Farouk	34 ans	Néphrologue

Nadjet	29 ans	Infermière
Amel	36 ans	Médecin généraliste
Kamel	40 ans	Infirmier
Moussa	51 ans	Radiologue
Mounia	23 ans	Radiologue
Ouali	60 ans	Radiologue
Hocine	49 ans	Infirmier
Fadel	28 ans	Infirmier
Mouloud	54 ans	Infirmier
Amine	29 ans	Infirmier
Rebiha	56 ans	Gynécologue
Mouhcine	28 ans	Infirmier
Meriem	32 ans	Médecin généraliste
Kenza	34 ans	Médecin généraliste
Hassan	49 ans	Médecin généraliste
Randa	25 ans	Infermière
Nora	24 ans	Infermière
Saad	54 ans	Infirmier
Djahida	46 ans	Infectiologue
Karim	47ans	Psychologue
Hafid	31 ans	Infirmier
Salim	39 ans	Médecin généraliste

2. les outils de recherche

2.1. L'entretien clinique de recherche

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information pour (A. Blanchet, 1985), Il s'agit d'un « *dispositif par lequel une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B* ». (CHahraoui, 2013, p. 64)

Dans notre travail de recherche, on a opté pour l'entretien clinique qui est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir des données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles cliniques ou à l'observation directe avec les méthodes vidéo (H. Bénoy, Kh.Chahraoui, 1999, p. 61).

2.1.1. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif, ou le chercheur dispose d'un guide de question. Il existe deux autres types d'entretien de recherche, qui toutefois ne peuvent pas être qualifiés de cliniques dans le sens où ils laissent assez peu de liberté (manque) d'expression au sujet ; il s'agit de *l'entretien directif, et non directif* (CHahraoui, 2013, p. 65). Mais celui que nous avons utilisé dans notre recherche est l'entretien semi-directif. Cet entretien nous permet d'aborder plusieurs thèmes, et avoir une première idée sur un processus de résilience et de stress post-traumatique chez les professionnels de la santé intervenant pendant la crise sanitaire.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. (CHahraoui, 2013, p. 16). C'est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est pas entièrement libre, ni entièrement dirigé par un grand nombre de questions précises structurées. Habituellement, le chercheur dispose d'un guide d'entretien (questions-guides), relativement ouvert qui permet de recueillir les informations nécessaires. Mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans la formulation et l'ordre prévus. Autant que faire se peut, il sera souple avec l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement dans les termes et l'ordre qui lui conviennent. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois que le sujet s'en écarte ; il ajoutera quelques questions de clarification au moment les plus approprié et de la manière la plus naturelle que possible. (N'DA, 2015, p. 144)

2.1.2. Le guide d'entretien

Pour A. Blanchet, L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un *guide d'entretien* plus ou moins structuré : « il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (CHahraoui, 2013, p. 68)

Le guide d'entretien comprend aussi les *axes thématiques* à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directive ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (CHahraoui, 2013, p. 69)

Tableau N°2 : Les objectifs des axes du guide d'entretien clinique semi directif.

Axe n0	Objectifs de l'axe
Information générales sur le sujet	Pour avoir des informations générales du sujet et sa position dans la société
Axe I: Information sur la période du confinement	Renseigné sur cette période et les conditions de travail, ainsi le contact avec les malades, la famille, et l'entourage, et les moments difficiles auxquels ils ont été confrontés dans l'exercice de leur travail. Aussi cerner leur état de santé psychique et physique.
Axe II: stress post-COVID	Détecter la présence des symptômes de stress post-Covid
Axe III : résilience	déceler des indices de résilience et si cela a influencé l'avenir de sujet.

Toutes les questions qu'on a posées ont pour but de détecter des indices stress post-traumatique ou un processus de résilience auprès de ces sujets de recherche. On vous renvoi à l'annexe N pour le guide d'entretien au complet. (Chahraoui, Bénony, 2003, p125)

2.2.Échelle de résilience

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 révélé être un outil fiable et valable pour mesurer la résilience. Elle a été utilisé avec un large éventail de populations étudiées et a été considéré comme la meilleure méthode d'évaluation de résilience chez les adolescents, grâce à de bonnes propriétés psychométriques et à ses applications dans la variété de groupes. 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. Ainsi, l'échelle de résilience a été a priori prétendue avoir une validité de contenu. 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.

La structure factorielle de l'échelle de résilience n'a pas été cohérente dans les études précédentes.

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. L'échelle de résilience de Wagnild et Young comprend 25 items. 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, Turunen, Wäljas et al. 2013)

2.3. Le questionnaire

Le questionnaire est une technique de collecte des données qui consiste pour le chercheur à poser de manière identique une même série de questions à tous les participants d'une recherche lorsqu'il procède à une enquête ou à une expérimentation. (Tremblay, 2009, p. 70)

2.3.1 Présentation du questionnaire de stress post-traumatique (PCL 5)

2.3.1.1 La description

Le 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 :

- Surveillance de l'évolution des symptômes pendant et après le traitement
- Dépistage des individus pour le TSPT
- Faire un diagnostic provisoire du TSPT

L'étalon-or pour le diagnostic du SSPT est un entretien clinique structuré tel que l'échelle de SSPT administrée par le clinicien (CAPS-5). Si nécessaire, le PCL-5 peut être évalué pour fournir un diagnostic provisoire du SSPT.

2.3.1.2. Administration et notation

Le PCL-5 est une mesure d'auto-évaluation qui peut être complétée par des patients dans une salle d'attente avant une séance ou par des participants dans le cadre d'une étude de recherche. Il faut environ 5 à 10 minutes pour terminer. Le PCL-5 peut être administré dans l'un des trois formats suivants :

- Sans critère A (instructions brèves et éléments uniquement), ce qui est approprié lorsque l'exposition aux traumatismes est mesurée par une autre méthode
- Avec une brève évaluation du critère A
- Avec la liste de contrôle révisée des événements de la vie pour le *DSM-5* (LEC-5) et l'évaluation étendue du critère A

L'interprétation du PCL-5 doit être faite par un clinicien. 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 (articles 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. Cependant, des recherches supplémentaires sont nécessaires. De plus, étant donné que la population et le but du dépistage peuvent justifier des scores seuils différents, les utilisateurs sont encouragés à prendre en compte ces deux facteurs lors du choix d'un score seuil.

2.3.1.3. Interprétation

Les caractéristiques du cadre du répondant doivent être prises en compte lors de l'utilisation des scores de gravité PCL-5 pour établir un diagnostic provisoire. L'objectif de l'évaluation doit également être pris en compte. Un score de seuil inférieur doit être pris en compte lors du dépistage ou lorsqu'il est souhaitable de maximiser la détection des cas possibles. Un score seuil plus élevé doit être pris en compte lors de la tentative de poser un diagnostic provisoire ou de minimiser les faux positifs. (Blvins, 2021)

3. Le déroulement de l'enquête

L'enquête peut faire partie d'un plan de recherches d'ensemble, par exemple une étude sur l'automatisation dans tel secteur industriel.

Elle peut naître aussi dans un *problème immédiat* auquel il faut trouver une solution dans le cadre d'une politique gouvernementale ou sociale : la situation des travailleurs étrangers ; ou en prévision de problèmes qui se poseront dans les années à venir : l'arrivée des jeunes sur le marché du travail ; naître d'un besoin d'information urgent : enquête d'opinions pour le gouvernement ou étude de marché par une firme industrielle. (GRAWITZ, 2001, p. 519)

Notre enquête s'est déroulée, auprès des professionnels de santé qui ont intervenu pendant la période COVID-19, à l'EPH de Kherrata dans leurs bureaux en ce conformant aux règles de l'éthique et aux cadres déontologiques. Mais bien avant de commencer notre enquête on s'est présentée autant que des étudiants en master II, pour effectuer une recherche sur « *la résilience et les stress post-traumatique chez les professionnels de santé intervenant pendant la période COVID-19* ». Ces professionnels de santé nous ont assuré de leur disponibilité à répondre à toutes les questions posées, et cela en respectant la volonté de ces derniers pour collaborer avec nous, assurant de ce fait le consentement éclairé de ces professionnels. Nous leur avons également garanti, sur le fait que leurs informations personnelles resteraient confidentielles et anonymes, et que nous allons seulement les utiliser dans le but d'une recherche scientifique.

- Premièrement : après avoir eu un accord verbal, on a fait passer notre entretien semi-directif aux sujets, la durée de ce dernier a varié d'un professionnel à un autre avec une moyenne de 45 minutes à une heure. En ce qui concerne la langue dans notre guide d'entretien nous avons utilisé la langue française, on a raison que nos sujets assimilent, et admettent la langue française.
- Deuxièmement : nous avons utilisé une échelle de résilience (Wagnild et Young en 1993), et un questionnaire (PCL-5) et cela a été fait après avoir expliqué les consignes de ces deux derniers.

4. Les difficultés rencontrées

Toute recherche scientifique sur le terrain présente des difficultés qu'il faut surmonter pour pouvoir continuer et parmi les difficultés qu'on a rencontrées :

- la première difficulté qu'on a rencontrée c'est la distance on était obligé de se déplacer de Bejaia jusqu'à La ville de Kherrata.
- Manque de moyens
- Le non-disponibilité des professionnels de la santé et ça c'est par rapport à leur planning de travail et la surcharge.

Synthèse

En guise de conclusion, il est important de souligner que la méthodologie constitue un élément indispensable dans tout travail de recherche, car elle nous a permis d'assurer une meilleure organisation de notre travail.

Nous avons consacré ce chapitre pour bien expliquer et définir la méthode de recherche, et présenter notre groupe de recherche ainsi que le déroulement de notre pré-enquête. Nous avons fait recours aux trois outils d'investigation : l'entretien de recherche semi-directif, le questionnaire PCL-5, l'échelle de résilience de Wagnild et Young, qui nous ont servi dans la récolte des données nécessaires, concernant le stress post-traumatique et la résilience chez les professionnels de santé intervenant pendant la crise sanitaire (COVID-19), et qui vont nous permettre également de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses formulées au début de notre recherche, tout en s'appuyant sur les résultats issus de cette démarche. Ces derniers éléments seront discutés, interprétés et analysés dans le chapitre suivant.

Chapitre V

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

1. Présentation des cas

1.1. Cas N°1 : Amina

Amina, une jeune fille âgée de (26) ans, fiancée, infirmière dans la santé publique au service du COVID-19. Notre sujet a choisi de nous répondre en française et aussi en arabe et en kabyle.

Axe 1 : dans ce premier axe, nous avons tenté de rassembler des informations sur la période du confinement et les conditions de travail, ainsi que le contact avec les malades, la famille, l'entourage, et les moments difficiles qu'elle a confronté dans l'exercice de son travail. Nous avons aussi tenté de récolter des informations sur son état de santé psychique et physique.

Amina a travaillé depuis le début du confinement jusqu'au jour d'aujourd'hui « *j'ai travaillé depuis le début almi toura, mazal toujours je travaille, thoura aqlin dayi g le service de COVID-19 (J'ai travaillé depuis le début jusqu'à maintenant, et la je travaille dans le service du COVID-19)* » elle a travaillé avec le système de 24 heures pendant cette période « *باش ناكلو (On travaillait, parfois on n'avait même pas le temps de manger)* », pour les conditions de travail y'avait un manque de moyens de protections surtout au début de la pandémie « *les conditions de travail étaient catastrophiques, le manque des bavettes, manque de moyens, même le manque de personnels; 2 infirmiers pour 26 malades, la charge, la fatigue, هبنا (nous sommes devenus fou)* ». Amina a respecté le protocole de protection, nous dit-elle, « *je respecte le protocole de protection mais des fois ma atili la charge, wahi d le stress ni حتى تلقى روجي sans bavette (Je respecte le protocole de protection mais parfois, quand il ya la charge, et le stress, je me retrouve sans bavette)* ».

La première garde pour Amina était stressante à cause du manque de connaissance sur cette nouvelle pandémie « *la première garde, je l'ai faite le 2 avril 2020, j'étais stressée ما كناش نعرفو كيفاش يتناقل هذا المرض (on ne savait pas comment cette maladie se transmettait)* ». Elle a considéré le premier contact avec le premier patient COVID-19 comme une guerre « *on joue une guerre entre essayer de rassurer les patients et toi tu ne vas pas lui montrer bali thogadat (que tu as peur) donc ce n'était pas évident* ».

Au début de la maladie, Amina était en contact direct avec les membres de sa famille, elle rentrait chez elle, mais elle les évitait pour ne pas les contaminer, après avoir été déclarée positive au COVID-19 elle est restée confinée dans un appartement avec ses collègues, Amina était parmi les premières personnes déclarée positive au COVID-19 à l'hôpital de kherrata car elle était en contact direct avec Dr LATTRACHE qui été touché par ce virus, avant qu'il décède le 11 Avril 2020, ils étaient dans la même équipe, elle lui faisait des soins sans respecter le protocole de protection car au début il ne savait pas qu'il était atteint de cette maladie, le décès de ce dernier a été un choc pour elle, ainsi que toute l'équipe soignante de cet hôpital « *au début twalayagh (je rentre chez moi) mais j'évite de rester avec ma famille,*

j'avais peur de les contaminer mais après avoir été déclarée positive, je suis restée confinée dans un appartement avec mes collègues. J'étais parmi les premières personnes atteintes du COVID-19 à l'EPH de kherrata (...) silence (...) commence à pleurer. نشفا فهداك الوقت كان كي شفنا بالي ماشي كورونا ولينا ندخلو *خرج négatif premier test* مريض دارولو *Dr LATTRACHE* (quand on a vu que ce n'est pas corona, nous sommes rentrés) عندونديرو لو *les soins sans bavette* كنا نقعدو معاه نقصرو معاه *(nous avons l'habitude de rester avec lui et de rire avec lui)* *positif* خرج *positif* هناك بداو يباتو فيا *خرج tests* كي زاد عليه الحال عاودولو *après je suis restée confinée, mes collègues partent au travail et moi je n'arrêtais pas de pleurer j'avais peur de mourir, surtout quand ils m'ont annoncé le décès de Dr LATTRACHE le 11 avril 2020 c'était un choc pour moi je m'attendais pas(qu'il meurt)* ما *(nous travaillons ensemble)* , *la chose qui m'a touché le plus* ما *(nous n'avons pas fait de funérailles pour lui, nous ne l'avons pas vu, nous n'avons pas pleuré pour lui, qu'il repose en paix)* ». Le regard de l'entourage pour elle était dur, comme s'ils avaient fait quelque chose réprimé par la société. Elle nous dit « *dehors, nous étions vus comme des femmes tombées enceinte hors mariage)*».

Par ailleurs, Amina n'était pas hospitalisée, et elle n'a consulté ni un psychologue ni un psychiatre, et elle n'as pas fait recours à l'automédication mais dit que la majorité des professionnels de santé ont pris des antidépresseurs pendant cette période.

Axe 2 : Dans cet axe on va tenter de détecter des symptômes de stress post-traumatique.

Pendant la première vague du COVID-19, elle est devenue agressive envers ses collègues de travail et même envers les membres de sa famille, «*j'étais agressive مع اللي يخدمو معايا و فالدار* », elle était toujours stressée, elle s'énervait sur des choses qui n'ont aucun sens. «*J'étais agressive avec ceux qui travaillent avec moi, je me dispute avec ceux qui essayent de me parler)*».

Amina pense beaucoup d'une façon pénible à cet événement, elle espère qu'ils seront complètement effacés de sa mémoire, elle ne souhaite pas revivre une autre fois cet expérience «*Je souhaite que tous ces événements puissent être effacés de ma tête, je ne veux plus revivre cette histoire)* » comme elle fait souvent des cauchemars «*je fais des cauchemars comme si le virus عاود واللا (Je fais des cauchemars comme si le virus est revenu)* ».

Depuis la période du COVID-19, elle a des difficultés d'endormissements, parfois elle ne dort que 3 heures par jours «*Depuis ce temps je ne dors plus bien, parfois je ne dors que 3 heures par jour)*», comme elle a des problèmes de concentration, elle n'arrive plus à se concentrer comme avant «*ما وليتتش نقدر نركز (Je ne peux plus me concentrer comme avant)* »

Donc, ici, nous remarquons la présence de plusieurs éléments relevant des caractéristiques du stress post-traumatique que nous trouvons dans le DSM 5 (2015), comme le problème de concentration et la perturbation du sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompue) évitement ou effort pour éviter les souvenirs, les pensées ou sentiments concernant ou étroitement associées à un ou plusieurs événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

Axe 3 : Déceler des indices de résilience et si cela a influencé l'avenir du sujet.

Par la suite, nous avons entamé le sujet de résilience, et les stratégies de résilience qu'elle utilise pour surmonter les difficultés, et la situation actuelle, elle nous dit *« الحمد لله شادة في ربي (dieu merci, je me remets à dieu je pré et je crois au mektoub, chose qui m'a aidée à rester debout) »*.

Amina parfois à des difficultés à prendre des décisions, sur tout en ce qui concerne son travail et beaucoup plus pendant la période du COVID-19, parfois quand le service est plein de malades qu'il sont en désaturation *« c'est l'hypoxémie est une diminution de la PaO2 (pression de l'oxygène dissout dans le sang artériel, normalement comprise entre 90 et 112 mm Hg), c'est-à-dire une diminution de la quantité d'oxygène transportée dans le sang, l'hypoxie est une diminution de la quantité d'oxygène délivrée aux tissus selon les situations l'hypoxie »*. (doctissimo, 2008) .

Elle n'arrive pas à gérer la situation et choisir entre les malades à qui elle va mettre l'appareil d'oxygène elle nous dit : *« une fois j'étais en garde y'avait 26 malades, 5 en désaturation, y'avait que 3 appareils de respiration je ne pouvais pas choisir entre les malades et enlever un appareil pour un patient et le mettre à un autre, je pouvais rien faire j'ai tombée par terre et j'ai commencé à pleurer »*. Dans les moments difficiles elle compte que sur sa famille et son fiancé, elle essaye de trouver des solutions a ses problèmes seule *« je peux compter sur personne a part ma famille et mon fiancé car c'est eux qui sont toujours la à mes cotés, et j'essaye toujours de me débrouiller seule sauf quand je n'arrive pas à régler le problème toute seule, mais la plupart du temps je trouve toujours des solutions »*. Sa capacité d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement est une caractéristique d'un individu résilient, car elle compte sur personne et elle est autonome. L'individu résilient (quel que soit son âge) serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes (cyrulnik, 1998) : un QI élevé, Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement, Ayant le sentiment de la propre valeur, De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie, capable d'anticiper et de planifier, Ayant le sens de l'humour. (ANAUT A. M., 2007)

Concernant le coté relationnel, Amina ressent un grand changement surtout avec les membres de sa famille, elle est devenue plus proche d'eux, contrairement aux voisins qui se sont éloignés d'elle et de sa famille *« les membres de ma famille qlan saqsayand fali kethar ma akan illan aqbal jamais ajaniyi wahdi, ma d l jiiiran jabdan mati imananssan fali même f*

oukham anagh (*Les membres de ma famille demandent d'après moi plus qu'avant ils m'ont jamais laissé seule, quant au voisins ils ce sont éloignés de moi et de ma famille*) ».

Cet événement a beaucoup influencé sa perception à l'avenir, pour elle la vie n'a aucun sens, d'un moment à un autre elle peut mourir à partir de cela on constate qu'elle a perdu le sens de la vie « *الدنيا هادي ما عندها حتى معنى لموت تقدر تجي فكل وقت* » (*Ce monde n'a plus de sens, la mort peut survenir à tout moment*) ».

Synthèse de l'entretien

À travers les données de l'entretien de Amina, nous arrivons à dire que cette dernière a développé un syndrome de stress post-traumatique par la présence de symptômes de répétitions à travers des cauchemars répétitifs et des sommeils agités « *je fais des cauchemars comme si le virus عاود واللا* », « *من هداك الوقت و انا ما نرقدش مليح خطرات نرقد غير 3* », « *سوايح فنهار* ». Cependant nous remarquons qu'Amina est une personne autonome et efficace dans son environnement.

Présentation et analyses des résultats du questionnaire PCL-5

Tableau N° 03: Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas Amina

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?				✓ 3	
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?				✓ 3	
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?			✓ 2		
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					✓ 4
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?		✓ 1			
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?				✓ 3	
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					✓ 4
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?		✓ 1			
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?			✓ 2		
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					✓ 4
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					✓ 4
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					✓ 4
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?			✓ 2		
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					✓ 4

15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					✓ 4	
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?				✓ 3		
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?			✓ 2			
18. Sursauter facilement ?			✓ 2			
19. Avoir du mal à vous concentrer ?			✓ 2			
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					✓ 4	
Scor total		2	12	12	32	58

Analyses des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

D'après les résultats obtenus de ce questionnaire qui est estimé à 58, nous apercevons qu'Amina, présente des symptômes de stress post-traumatique en suivant les critères diagnostic du DSM-5, critères B items 1.2.3 souvenir répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatique, réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (PCL-5 item1, des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?) .Elle a obtenu une note de 3, PCL-5 item 2 des rêves répétées et pénibles de l'expérience stressante ?, elle à obtenu aussi une note de 3, PCL-5 item3 se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ? Elle a obtenu 2. Avec l'absence de l'item 4 du critère B selon le DSM-5, PCL-5, item 5 avoir de forte réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement ? où elle a obtenu un 1, mais par contre y'a une présence de critère C qui comporte l'item 6 et 7 du questionnaire du PCL-5, essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ? Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience, lieux, personnes, activités, objets ? ou elle a obtenu la note de 3 et 4, le critère 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, PCL-5 item 14 avoir du mal à éprouver des sentiments positifs ? Elle à obtenu une note complète 4, avec le critère E, (questionnaire item 15 comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ? elle à obtenu un 4. A partir de cela, on n'a constaté qu'Amina présente deux éléments de chaque critère diagnostic du stress post-traumatique du DSM-5.

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

Grace au questionnaire du PCL-5, on à pu détecter la présence d'un syndrome de stress post-traumatique très fort du à son exposition à un événement traumatique qui est le COVID-19. Et on constate l'existence de plusieurs troubles psycho-traumatiques.

Présentation et analyses des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild et young)**Tableau N° 04:** Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) de cas Amina.

Les énoncés	la cote
1	1
2	3
3	3
4	4
5	4
6	4
7	6
8	4
9	6
10	2
11	4
12	7
13	7
14	5
15	4
16	5
17	7
18	7
19	2
20	4
21	6
22	5
23	6
24	4
25	6
Score total	123

Analyse des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Le tableau représente les résultats de Amina à l'échelle de résilience de Wagnild & Young, cette dernière a obtenu un score total de 123, cela signifie qu'elle présente un caractère de résilience limite faible.

Concernant la première dimension « *compétences personnelles* », (items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23, 24), Amina a obtenu un sous-score de 63. Elle a coché sur la dimension « *Totalement en accord* » pour les items suivants (6, 12, 13, 17, 18), notamment à l'item 13 « *je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* », à l'item 17 « *ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles* », à l'item 18 « *en cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.* ». D'après ces réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi.

Concernant la deuxième composante qui est « *l'acceptation de soi* », (items 7, 8, 11, 12, 16, 21), a obtenu un score de 44.

Synthèse de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

En conclusion nous pouvons dire que notre sujet présente un caractère de résilience limite faible, avec un score de 123, et en s'appuyant par ses réponses par rapport aux sous échelles, nous synthétisons qu'Amina présente quelques capacités et ressources.

1.2.CAS N° 2 : Kamel

Kamel est un homme âgé de (40) ans, marié, père de trois enfants, infirmier au service d'hémodialyse. Durant l'entretien Kamel était à l'aise, il répondait spontanément aux questions qu'on lui posait sans hésitation, pendant une durée de 40 minutes. Il a choisi de nous répondre en langue française mais utilise aussi la langue kabyle.

Axe N°1: Dans ce premier axe, nous avons tenté de rassembler des informations sur la période du confinement et les conditions de travail, ainsi que le contact avec les malades, la famille, l'entourage, et les moments difficiles qu'il a confronté dans l'exercice de son travail. Nous avons aussi voulu récolter des informations sur son état psychique et physique.

Depuis le début de la pandémie à ce jour-là, Kamel exerce son métier avec dévouement au service d'hémodialyse « j'ai travaillé depuis le début du confinement jusqu'au jour d'aujourd'hui », il a travaillé avec un système de gardes de 24 heures pendant cette période « chfigh g le début ani Mars Avril khadmagh sans arrêt 24 Heures, parfois je n'ai pas le temps pour manger » (je me souviens ou début mars, avril j'ai travaillé sans arrêt).

Pour les conditions de travail, au départ aucun moyen de protection, mais après l'augmentation du nombre de patients infectés par le virus covid-19 la situation est devenue catastrophique « pour les moyens au début kolach ila am les bavettes ,tenes ... kolach (pour les moyens au début tout était disponible tel que les bavettes et les tenus...) ,mais après miqwan mlih les cas on a travaillé dans des conditions défavorables (mais lorsque le nombre de patients infectés a augmenté, on a travaillé dans des conditions défavorables) ,personnellement j'ai senti l'insécurité et la peur de tomber malade, même il y avait le manque de personnels ,et la charge, mayala d la fatigue odanhadrara (pour ce qui est de la fatigue on ne parle pas mieux), vraiment c'est dur » ,Kamel a respecté le protocole de protection, il nous dit « oui j'ai respecté le protocole, déjà à cette période la peur a joué son rôle, tu dois respecter ce protocole » .

La première garde pour Kamel été stressante et difficile à gérer « ihih!! (...) silence je n'arrive pas à vous décrire ma situation à ce moment-là, c'est difficile, j'étais seul avec 21 malades au service de covid-19, c'est impossible de gérer une situation pareille, mais on était obligé de faire face ». Il a considéré le premier contact avec le premier patient covidé comme une rencontre pleine de sentiments contradictoires « c'étais un contact normal, j'ai fait mon travail comme il le faut, mais au fond de moi j'étais angoissé, stressé et apeuré, g le moment ani hacha l moth atazarat mi hamdollah jamais vayneghasad i le malade bali ogadagh (à ce moment-là on ne voit que la mort devant nous, mais dieu merci j'ai jamais montré au patient que j'avais peur), (...) silence iiiii oui ce n'était pas évidant ».

Kamel était en contact direct avec les membres de sa famille, il rentre chez lui avec prudence parce qu'il avait peur de les contaminer « aligh (j'étais) en contact juste avec ma petite

famille, les autres j'évite ogadagh falasan athanhalkagh (j'avais peur de les rendre malade) surtout mes parents je garde toujours la distance en raison de leur âge parce qu'ils sont plus sensibles à l'infection ». Après l'avoir interrogé sur le regard de son entourage, il nous raconte sa souffrance à cette période avec les voisins et les gens qui l'entourent et les difficultés qu'il a rencontrées concernant le déplacement aller et retour au travail, parce qu'il y'avait un arrêt de transport public à cause du confinement, sachant qu'il habite loin « **ihh ya hasra , (...) il rigole (...), les gens zarnayid d la source de virus(les gens me voyait comme une source de virus) tellement je travaille à l'hôpital, olach transport g la période ani (y avait pas de transport à cette période) c'était le confinement, t3adayand l3ivadh fal g vridh jamais adhavsan ayawin (des gens que je connais m'ignorent et ne s'arrêtent pas pour m'emmener avec eux) , zarnayid (ils me voyait)comme un danger pour la société, vous ne pouvez pas imaginer à quel point j'étais gêné ».**

Kamel déclare qu'il a choisi d'éviter au maximum le contact avec son entourage après cette ignorance qu'il a considéré comme une trahison collective envers les travailleurs de l'hôpital « **l3ivadh oyafhimnara sawtagh ami havsagh otakchamghara gh l qahwa, zaragh wayi d lakhda3 (les gens n'ont pas compris ma situation, je suis arrivé au point où, j'ai arrêté d'aller au café, je vois ça comme une tromperie) c'est une trahison collective de la société ».** Il nous rajoute qu'il a présenté quelques symptômes de covid-19, mais il n'a pas été contaminé ou diagnostiqué comme porteur de virus.

En continuant, notre sujet a rajouté «**par la suite j'ai compris que le covid est une guerre psychologique si je peux dire ça, j'étais convaincu que oritagha orihalou (ne tue pas et ne guérit pas) et les personnes à risque de mourir à cause de covid d widak iyas3an (ceux qui ont) une personnalité faible».**

Axe N°2: Dans ce deuxième axe nous avons tenté de détecter des symptômes de stress post-traumatique.

Depuis l'événement «la pandémie», il est envahi par les flash-backs et les reviviscences anxieuses avec des difficultés d'endormissement et de concentration et cela dans ses dires : « **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 sollicitant Kamel de nous décrire sa situation après cet événement, celui-ci nous rapporte qu'avant il était très dynamique, sociable, calme, mais actuellement, il s'énerve facilement, et il ne supporte même pas un petit bruit, « **othibighara la3yat, le bruit damazyen akayi... il me dérange » (je n'aime pas entendre des cris, un léger bruit me dérange).**

Donc, ici, nous remarquons la présence de plusieurs éléments relevant des caractéristiques du stress post traumatique présentées dans la CIM 11 (2018) : revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-backs ou de cauchemars et aussi l'évitement des pensées et des souvenirs de l'événement. Ainsi que des

symptômes que nous trouvons dans le DSM 5 (2015), comme le problème de concentration et la perturbation du sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompue).

Axe N°3: Déceler des indices de résilience et si cela a influencé l'avenir du sujet.

D'autres part, notre sujet, voit souvent les choses d'une manière positive, parce que selon ce dernier, il faut savoir affronter et avoir toujours de l'espoir. « **J'ai toujours de l'espoir, takhamamiw positive hamdoulah, ilaq atilit optimiste g donith ayi ...** » (je vois toujours les choses d'une manière positive, il faut être optimiste dans la vie...).

À partir de ses dires, nous pouvons constater que notre sujet a développé des capacités d'adaptation rationnelles malgré les circonstances adverses.

Quant à ses qualités, Kamel est un homme gentil, respectueux, optimiste, aussi une personne qui évite les problèmes avec son entourage, et il nous a déclaré qu'il aime faire du bien pour tout le monde. Notre sujet a révélé, que malgré les obstacles rencontrés dans cette période et sa vie quotidienne le rendent parfois stressé et anxieux mais il est une personne qui possède des capacités pour faire face aux adversités, et il ne prend pas beaucoup de temps pour prendre une décision, « **otawilghara bzaf bach adadmagh la décision** » (je prends pas beaucoup de temps pour prendre la décision) ainsi, il ne se sent pas à l'aise jusqu'à ce qu'il trouve des solutions, « **thibigh adfrogh les problème yno (...).ostahlayghara ami ofighased lhal...malgré tqaliqagh chwiya mais jamais zamragh athagagh aken** » (j'aime résoudre mes problèmes, même si je m'inquiète un peu, mais je peux pas laisser mes problèmes sans solutions) . Ainsi, dans les moments difficiles, il compte sur lui-même, et sur sa femme afin de l'aider.

En ce qui concerne ses loisirs, il aimait faire des voyages et aussi aller à la campagne là où il trouve son bien en faisant de l'agriculture et du jardinage, cela le détend et le relaxe. Cet évènement n'a pas influencé sur ses souhaits et ses perceptions de l'avenir, ceci a été confirmé en se basant sur ses dires : « **la vie continue, je suis croyant, hamdoulah** ».

Synthèse de l'entretien

En fonction des données de l'entretien que nous avons rassemblé, nous pouvons conclure que Kamel a présenté des manifestations relatives au vécu d'un évènement traumatique (le covid-19), et ce par la présence des symptômes d'un stress post-traumatique, qui se sont traduit par des difficultés d'endormissement, des rêves répétitifs. En outre, nous avons remarqué qu'il est une personne optimiste.

Présentation et analyses des résultats du questionnaire PCL-5

Tableau N° : 05 : Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas de cas Kamel.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?			✓ 2		
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?		✓ 1			
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?		✓ 1			
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?			✓ 2		
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?	✓ 0				
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?				✓ 3	
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?				✓ 3	
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?		✓ 1			
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?	✓ 0				
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?	✓ 0				
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?			✓ 2		
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?			✓ 2		
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					✓ 4
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	✓ 0				
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					✓ 4
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?				✓ 3	
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					✓ 4

18. Sursauter facilement ?			✓ 2			
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					✓ 4	
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					✓ 4	
Scor total	0	3	10	9	20	42

Analyses des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

D'après les résultats obtenus à ce questionnaire qui est de 53, nous constatons que Kamel, manifeste des symptômes de stress post-traumatique en suivant les critères diagnostiques du DSM-5, critère B items (1.2.3.4.5) « souvenir répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatique, réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire » (A l'item 1 et 4 il a obtenu une note de 2, à l'item 2 et 3 il a obtenu une note de 1, à l'item 5 il a obtenu une note de 0), critère C items (6.7) « Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations » (il a obtenu une note de 3 à l'item 6 et 7), critère D items (8.9.10.11.12.13.14) « Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations » (à l'items 9,10 et 14 il a obtenu une note de 0, l'item 8 il a obtenu une note de 1, et une note de 2 pour l'item 11 et 12, l'item 13 il a obtenu une note de 4), critère E items (15.16.17.18.19.20) « Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations » (à l'items 15,17,19,20 il a obtenu une note de 4, l'item 16 il a obtenu une note de 3, et une note de 2 à l'item 18).

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

Les résultats d'analyse de questionnaire PCL-5 du Kamel montrent que notre sujet présente des symptômes de stress post-traumatique, ces derniers se sont traduits à travers ses réponses où il a coché la dimension Extrêmement et beaucoup **Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?, essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?, être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?, essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets ?), avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?.**

Présentation et analyses des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild et young)**Tableau N° 06:** Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) de cas Kamel.

Les énoncés	La cote
1	7
2	7
3	7
4	2
5	7
6	7
7	6
8	5
9	7
10	6
11	7
12	6
13	7
14	7
15	2
16	6
17	7
18	7
19	7
20	7
21	5
22	7
23	7
24	2
25	7
Score total	154

Analyse des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Le tableau représente les résultats de l'échelle résilience Wagnild et Young, par ces résultats nous remarquons que notre sujet possède un caractère de résilience dont le score de l'échelle est de 154, nous déduisons donc que notre sujet est résilient.

Par rapport à la première composante (**compétences personnelles**), notre sujet a enregistré un score de 103, en répondant à la dimension Totalemment en accord pour les items 1,2, 3, 5,6,9, 13, 14, 17, 18, 19, 20 ,22 et 23 « **En général je me débrouille d'une manière ou d'une autre** », « **Je peux compter sur moi plus que les autres** », « **Ma vie a un sens** », « **Lorsque je suis en situation difficile, je peux généralement m'en sortir** », « **Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles** », « **Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois** ».

Nous remarquons que Kamel possède des compétences et des aptitudes qui lui permettent de compter sur lui, afin de dépasser sa souffrance a cette période, nous déduisons donc, que notre sujet s'est inscrit dans le processus de résilience. Concernant la dimension Très en désaccord, il a obtenu un score de 6 coché, en répondant sur les items 4, 15 et 24,«**L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses** », « **Je m'intéresse à diverses choses** », « **J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire** ».

Ces réponses montrent que malgré ses capacités de rebondir et de faire face , notre sujet a montré sa fragilité dans l'item 24, où il nous a révélé qu'il ne possède pas de l'énergie pour continuer à faire ce qu'il a à faire, et il a perdu le gout pour effectuer certaines choses.

En ce qui concerne la deuxième composante (**Acceptation de soi**), Kamel a obtenu un score de 57. Il a coché la dimension Totalemment en accord pour tous les items 7, 8, 10,11, 12, 16, 21, et 25 « **Habituellement, j' arrive à m' adapter facilement** », « **Je m' aime bien** », «**Je suis une personne déterminée** », « **Je me demande rarement quel est le sens des choses** », « **Je prends les choses comme elles viennent** », « **Je trouve toujours quelques choses qui me fais rire** », « **Ma vie a un sens** », « **Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m' aiment pas** ». Nous remarquons que notre sujet est arrivé a s'adapter aux changements qui se sont produits, ce qui signifie qu'il a des capacités pour changer et modifier ses comportements, pensées et émotions en donnant à nouveau un sens pour sa vie.

Synthèse de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

D'après les résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young, Kamel est résilient, cela a été bien clair à travers le score qu'il a enregistré, qui est de 154.

De ce fait, donc notre sujet possède des compétences personnelles qui lui ont permis de compter sur lui-même, et à se faire confiance en lui-même, afin de surmonter sa souffrance. Nous concluons par dire que malgré la souffrance qu'il a vécu et les adversités traversées à cette période, notre sujet a fait prouve de capacités et des aptitudes pour faire face à sa souffrance.

1.3.Cas N°3 : Amel

Amel est une jeune femme, âgée de (36) ans, médecin généraliste au service de médecine interne femme, une maman de deux enfants une fille et un garçon, durant l'entretien Amel nous à répondu en kabyle et en français.

Axe 1 : dans ce premier axe, nous avons tenté de rassembler des informations sur la période du confinement et les conditions de travail, ainsi que le contact avec les malades, la famille, l'entourage, et les moments difficiles qu'elle a confronté dans l'exercice de son travail. Nous avons aussi voulu récolter des informations sur son état psychique et physique.

Amel à travailler depuis le début du confinement, du mois de mars jusqu'au jour de notre entretien, comme elle faisait jusqu'à maintenant des gardes de 24 heures au service COVID-19 « *j'ai travaillé depuis le début de la pandémie du mois de Mars jusqu'à ce jour, pendant cette période j'ai travaillais avec le système de 24 heures et j'ai fait des gardes de 24 heures au service de COVID-19* ».

Pour Amel, les conditions de travail étaient catastrophiques et de tous les cotés que ce soit du matériel ou du personnels et ceux qui ont souffert le plus c'est l'équipe paramédicale, elle dit « *les conditions étaient catastrophiques du coté du matériel, tout , surtout pour l'équipe paramédicale qui intervient pour faire les soins mais par contre nous ont intervient juste en cas d'urgence et on fait la visite, mais pour les infirmiers par exemple on trouve un seul infirmier pour 24 malades la plupart son alités, sans parler aussi de la tenue la chaleur jusqu'à 50° les sueurs c'était une catastrophe insupportable avec cette tenue le climatiseur interdit surtout quand il y'avait un pic en mois de juin et juillet 100 malades aux service du COVID-19 sans compter ceux qui étaient à l'auberge* ».

Concernant le protocole de protection au début, c'est vrai qu'ils faisaient très attention et ils respectaient le protocole de protection, mais après ça a diminués, au lieu de mettre par exemple une combinaison, ils mettent juste une sur-blouse, le fait de travailler déjà avec des patients qui étaient atteints de cette maladies, c'est bon ils ont appris beaucoup de choses et ils savent comment se protéger, « *au début on faisait très attention mais après c'est bon on à diminué, le fait de travailler plusieurs mois avec des patients atteints de cette maladie, on à appris à se protéger par exemple au lieu de mettre une combinaison on met juste une sur-blouse je pense qu'on est devenu immunisé* ».

La première garde pour elle était très calme il y'avait 5 malades, elle était pas du tout stressée pour elle ce qui est stressent c'est le confinement, et non pas le travail « *la première garde était très calme il y'avait 5 malades stables, pour moi la chose qui est stressante c'est le confinement, les magasins fermées tous était fermé* ». Le premier contact avec le premier patient COVID-19 était très normal comme si elle travaillait avec un patient qui est atteint d'une autre maladie, « *le premier patient COVID-19 était une femme le contact, était normal on à fait un interrogatoire je l'ai pas examinée parce qu'elle était stable mais j'ai*

gardé toujours la distance, j'ai travaillé avec elle comme les autres patients qui sont atteints d'autres maladies ».

Amel à eu un contact direct avec les membres de sa famille, et même avec ses enfants mais personne n'a été contaminé « *j'avais un contact direct avec les membres de ma famille mais الحمد لله (dieu merci) personne n'a été contaminé même mes enfants j'avais un contact normal avec eux mais après la pressions de mes collègues je me suis éloignée d'eux ».*

Elle n'a pas été contaminée, elle n'a pas consulté un psychologue ou un psychiatre pendant cette période et elle n'a pas fait recours à l'automédication elle dit « *je n'ai pas consulté un psychologue ou un psychiatre même je n'ai pas fait recours aux médicaments mais mes collègues ont pris des antidépresseurs ».*

Axe 2 : Dans cet axe on va tenter de détecter des symptômes de stress post-COVID.

On remarque chez Amel un état émotionnel persistant, une présence d'une agressivité, fragilité, et un stress pendant cette période « *je suis devenue stressée, fragile, une chose simple peut m'énerver je suis devenue sensible et nerveuse »*, cette dernière à peur de revivre ce qu'elle à vécu pendant la période de la crise sanitaire comme elle évite tout endroit au milieu de son travail qui lui rappelle l'événement passé « *j'essaye de m'éloigner du service COVID-19 et de tout endroit qui me rappelle l'événement passé ».*

Amel souffre de problèmes de sommeil, « *parfois je rentre chez moi épuisée après une longue journée de travail et je prépare aussi à manger, mais quand il arrive le temps de dormir je perds le sommeil »*, elle fait souvent des cauchemars, « *... alors là les cauchemars presque chaque jours je me rappelle des événements passés des fois je refais tout ce que j'ai fais 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 des 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 ».*

Donc Amel, présente des éléments relevant des caractéristiques du PTSD présentées dans le DSM-5 (2015) comme : souvenir répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatique (rêves répétitifs), évitement ou effort pour éviter les rappels externes (endroits), le problème de concentration et la perturbation de sommeil.

Axe 3 : Déceler des indices de résilience et si cela a influencé l'avenir de sujet

Amel compte beaucoup sur sa famille et ses collègues de travail dans les moments de la crise de COVID-19 « *je compte beaucoup sur ma famille dans les moments difficiles je sais qu'ils ne vont pas me laisser seule, mais pendant la crise du COVID-19 j'ai compté beaucoup plus sur mes collègues de travail, on était toujours en contact par téléphone peut être parce que on partage la même souffrance (ادا عمت خفت) »*

Amel trouve souvent des solutions à ses problèmes « *la plupart du temps je trouve des solutions a mes problèmes et je ne les néglige jamais* », elle a recours à des stratégies de coping qu'on peut définir comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, à réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu .Qui est Le coping centré sur le problème, qui vise à gérer le problème qui se trouve à l'origine de la détresse du sujet* » . (ANAUT M. , 2015, p. 88)

Amel fait preuve d'adaptation aux difficultés de la vie « *je suis passée par des moments très difficiles que ce soit au travail ou pendant la vie quotidienne mais dieu merci je garde toujours le sourire et je vois toujours les choses d'une manière positive*». D'après les propos d'Amel à son adaptation et son regard positif, l'adaptation est un paramètre qui contribue aux ressources de la résilience.

Concernant les loisirs Amel dit « *la lecture, je passe mon temps à lire des livres même pendant les gardes, quand ya rien à faire je prends un livre pour le lire* » nous constatons qu'Amel s'engage dans cette activité distrayante (la lecture) pour gérer les réponses émotionnelles induites par cette situation qui est l'une des stratégies de coping centré sur l'émotion.

Cette événement ne semble pas affecter sa perception de l'avenir au contraire, il lui à donné une force surtout avec le soutien de son entourage « *cet événement m'a donné une force surtout quand j'ai trouvé mes proches à mes cotés, ils m'ont pas laissée seule et même mes collègues de travail* ».

Projet d'avenir

Amel, à beaucoup de projets d'avenir, parmi ses projets : voyager avec sa famille après l'ouverture des frontières.

Synthèse de l'entretien

En se référant à ces données recueillies à travers l'entretien clinique semi directif, nous synthétisons qu'Amel présente quelques symptômes d'évitement « *j'essaye de m'éloigner du service COVID-19 et de toute endroit qui me rappelle l'événement passé* ». Malgré toutes ces circonstances qu'elle à subi Amina reste toujours optimiste et courageuse.

Présentation et analyse des résultats du questionnaire PCL-5

Tableau N° 07 : Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas Amel.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					✓ 4
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					✓ 4
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?			✓ 2		
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?				✓ 3	
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?		✓ 1			
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					✓ 4
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					✓ 4
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?	✓ 0				
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?	✓ 0				
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?				✓ 3	
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?			✓ 2		
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	✓ 0				
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?	✓ 0				
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	✓ 0				
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?				✓ 3	
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?			✓ 2		
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?		✓ 1			

18. Sursauter facilement ?					✓ 4	
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					✓ 4	
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					✓ 4	
Scor total	0	2	6	9	28	45

Analyses des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

Le tableau ci-dessous, représente les résultats du questionnaire (PCL-5), de notre cas Amel, d'après ces résultats, nous percevons un score élevé qui est 45 supérieurs à 31, ce qui indique que notre sujet manifeste un PTSD.

En suivant les critères diagnostics du DSM-5 nous remarquons que dans le critère B items 1.2.3 souvenir répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatique, réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire, item1 des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?, qui renvoie à la reviviscence Amel à obtenu une note de 5, PCL-5 item2 des rêves répétées et pénibles de l'expérience stressante ?, elle a obtenu une note de 5, PCL-5 item3 se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante à obtenu une note de 2, ce qui signifie que notre sujet présente des symptômes envahissants suivant associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause.

Concernant le critère C selon le DSM-5, qui comporte l'item, 6 et 7 du questionnaire essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liée à l'événement ?, elle à obtenu 3, essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience, lieux, personnes, activités, objets ?, à obtenu une note de 4 ce qui signifie la présence de ces deux symptômes, le critère 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, item8 des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?), elle a obtenu une note de 1, item 14 avoir du mal à éprouver des sentiments positifs ?), elle a obtenu 0, avec le critère E, (questionnaire item 15 comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ? à obtenu une note de 3. Item 4 du critère B selon le DSM-5, item 5 avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement ?, est aussi absent chez notre sujet car elle a obtenu une note de 1.

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

D'après le résultat total obtenu de ce questionnaire qui est 45, on constate qu'Amel souffre d'un stress post- traumatique, causé par le fait qu'elle a subi différents événements traumatiques pendant la période du COVID-19.

Présentation et analyses des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & young)**Tableau N° 08 :Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) Amel**

Les énoncés	la cote
1	4
2	7
3	7
4	5
5	7
6	4
7	7
8	3
9	3
10	2
11	2
12	7
13	7
14	7
15	5
16	7
17	7
18	7
19	5
20	7
21	7
22	2
23	7
24	3
25	4
Score total	135

Analyse des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993), par ces résultats nous remarquons qu'Amel a obtenue un score total de 135, qui est supérieure à 131, ce qui signifie un caractère Modéré.

À propos de la première sous échelle qui représente « *les compétences personnelles* », elle obtient un score de 94, en répondant par la dimension « *Totalement en accord* », pour les items (2, 3, 5, 13, 14, 17, 18, 20, 23), particulièrement à l'item 3 « *Je peux compter sur moi plus que les autres* », à l'item 5 « *s'il le faut, je peux me débrouiller seule* », à l'item 17 « *Ma confiance en soi me permet de traverser des périodes difficile* », et à l'item 18 « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* ». À partir de ses réponses nous avons constaté qu'Amel, est une personne qui à une bonne estime de soi, une confiance en soi suffisante, et une croyance à son efficacité personnelle.

Concernant la seconde sous-échelle « *acceptation de soi* », Amel a obtenu un sous-score de 34, ou elle a répondu par la dimension « *totalement en accord* », aux les items (7, 12, 16, 21), notamment à l'item 16 « *je trouve toujours quelques chose qui me fait rire* », notamment à l'item 7 « *Habituellement j'arrive à m'adapter facilement* », à l'item 16 « *Je trouve toujours quelque chose qui me fais rire* », et l'item 21, « *Ma vie a un sens* ». Ce qui montre que notre cas arrive à s'adapter facilement aux nouvelles conditions, ainsi elle apprécie sa vie et elle fait preuve d'humour en soi.

Synthèse de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

À partir des résultats et du score total qu'Amel a enregistré, qui est 135, supérieur à 131, cela signifie un caractère modéré.

De la sorte nous déduisons que notre sujet contient des capacités de résilience (une bonne estime de soi, une confiance en soi) et notamment à l'item 17 « *Ma confiance en soi me permet de traverser des périodes difficiles* ».

1.4.Cas N° 4 : Farid

Il s'agit de Farid, un homme âgé de (54) ans, marié et père de 5 enfants, médecin principale et chef du service des urgences. Après lui avoir expliqué en quoi consiste notre étude, Farid nous a donné son accord. Durant l'entretien notre sujet a bien participé avec aisance, il nous a apparu décontracté et relaxé, et il a pris du plaisir à parler avec nous et à répondre à nos questions, pendant une durée de 40 minutes. Il a choisi de nous répondre en langue française mais utilise aussi la langue kabyle et l'arabe.

Axe N°1: dans ce premier axe, nous avons tenté de ressembler des informations sur la période du confinement et les conditions de travail, ainsi que le contact avec les malades, la famille, l'entourage, et les moments difficiles qu'il a confronté dans l'exercice de son travail. Nous avons aussi voulu récolter des informations sur son état psychique et physique.

Farid a travaillé depuis le début du confinement jusqu'au jour d'aujourd'hui avec un système de gardes de 24 heures et parfois jusqu'à 30 heures, selon l'effectif de malades venant pour la consultation «j'étais toujours là, j'ai travaillé g la période ani alami (à cette période jusqu'à) j'ai perdu la notion du temps», il a exercé son travail à cette période avec des conditions défavorables et catastrophiques « pour le matériel مكاش جديد غير لقديم (rien de nouveau seulement l'ancien) Mais hamdolah Alan l3ivadh ighi3awnan (mais dieu merci, il y avait des gens qui nous ont aidés),les associations par exemple, les hommes d'affaires et les personnes riches, ils nous ont aidés en fournissant des masques de protection et les Produits de désinfection, les bavettes, le gel, les tenues, et la nourriture aussi, ربي يجازيهم مخلوناش وحدنا في ديك المحنة (que dieu les récompense, ils ne nous ont pas abandonné dans cette épreuve) ».

La première garde pour lui a été angoissante ,il s'est trouvé dans un état d'anxiété et de panique, « c'est la première fois qu'on affronte une situation pareille, c'était vraiment difficile à gérer on ne savait pas comment travailler avec une peur intense de la contamination et de la mort, tout a changé, la méthode de travail, le contact avec les malades et même avec les collègues, aussi avec la tenue de protection c'est dur de bouger, vraiment pénible et difficile de se déplacer et prendre en charge plusieurs malades en même temps». Mais tout ça ne l'a pas empêché de respecter le protocole de protection, il nous dit « oui, j'ai respecté le protocole de protection, malgré tous ces obstacles».

Le premier contact avec la première patiente corvidé était un contact normal, mais quand j'ai vu les résultats, j'étais très inquiet et j'ai commencé à douter, parce que les résultats montrent qu'elle était infectée par le virus. «J'ai fait mon travail comme d'habitude je me souviens qu'elle était étudiante, je n'étais pas au courant qu'elle a été en contact direct avec le premier patient détecté corvidé au niveau de la wilaya».

Farid, était en contact direct avec les membres de sa famille, il rentre chez lui, mais il s'éloigne pour ne pas les contaminer « twalayagh akham mi thadaragh (je rentrais à la

maison mais avec prudence) surtout mes petits-enfants». Après avoir été déclaré positif au Covid -19, il est resté confiné 15 jours à la maison, il n'était pas hospitalisé, mais après que toute la famille a été infectée par le virus il est devenu nécessaire de les emmener à l'hôpital« **j'ai été victime de covid-19, moi et toute ma famille; ma femme, mes parents et même mes enfants».**

Farid n'a pas consulté un psychologue ou un psychiatre pendant cette période, mais il a fait recours à l'automédication« **je n'ai pas consulté ni un psychologue ni un psychiatre ».**

Axe N°2: dans ce deuxième axe nous avons tenté de détecter des symptômes de stress post-traumatique.

Par ailleurs, Farid est devenu agressif pendant la première période de la pandémie, il s'énervait rapidement avec la présence d'une anxiété «**j'étais agressif, faq3agh rapide af lahwayaj ostahlantara (je m'énerve sur des choses qui n'ont aucun sens)».**

Depuis la période covid-19, Farid présente des difficultés de concentration, il nous a révélé : «**ces derniers temps je ne peux plus me concentrer comme avant»**, aussi il a des problèmes d'endormissement« **certaines nuits je me trouve fatiguée, 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 même cauchemars que j'ai déjà vu auparavant».**

Donc notre sujet, présente des paramètres relevant des caractéristiques du stress post-traumatique présentées dans le DSM-5(2015) comme souvenir répétitifs, involontaires et envahissants de l'évènement traumatique, rêves répétitifs, le problème de concentration et la perturbation de sommeil.

Axe N°3: déceler des indices de résilience et si cela a influencé l'avenir de sujet

Pour la prise des décisions notre sujet nous a révélé « **ça dépend de qu'elle décision mais généralement on se réunit tous pour discuter du problème au travail et même à la maison ».** Il compte beaucoup sur sa famille et ses collègues dans les moments de crise pendant cette pandémie.

Généralement il compte sur lui-même afin de gérer et de résoudre ses problèmes, cependant, il communique avec les membres de sa famille en disant« **S'il y'a un grand problème on le résout ensemble, et le plus important dans une famille c'est la communication intrafamilial ».** Il rajoute aussi : « **ma femme, mes enfants, ma famille ont été là pour moi et sont toujours là, ils m'aident psychologiquement dans les moments difficiles»**, de plus il nous a dit : « **quand j'ai des problèmes, je les affronte et quand je n'arrive pas bien sur je cherche quelqu'un pour m'aider, tout dépend de la situation ».** Cela indique que notre sujet accorde une importance aux liens, et aux interactions qu'il échange avec les membres de sa famille.

Cette période de crise a beaucoup influencé sa perception de l'avenir « **mes perceptions ont radicalement changée, c'est normal ! Maintenant ce monde n'a plus de sens, la mort peut venir à tout moment** ».

Synthèse de l'entretien

D'après l'entretien que nous avons effectué, nous constatons que Farid a manifesté des signes traumatiques comme les cauchemars répétitifs, et des perturbations de sommeil. 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 aussi lui donner un soutien psychologique.

Présentation et analyses des résultats du questionnaire PCL-5

Tableau N° 09: Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas Farid.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					✓ 4
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?			✓ 2		
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?				✓ 3	
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					✓ 4
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?	✓ 0				
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?		✓ 1			
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?	✓ 0				
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?		✓ 1			
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					✓ 4
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?	✓ 0				
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					✓ 4
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					✓ 4
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					✓ 4
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					✓ 4
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					✓ 4
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					✓ 4
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					✓ 4

18. Sursauter facilement ?	✓ 0					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?				✓ 3		
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?				✓ 3		
Scor total	0	2	2	9	40	53

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

D'après les résultats obtenus de ce questionnaire qui est 53, nous constatons que Farid, manifeste des symptômes de stress post-traumatique en suivant les critères diagnostic du DSM-5, critère B items (1.2.3.4.5) « souvenir répétitifs, involontaires et envahissants de l'évènement traumatique, réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les évènements traumatiques allaient se reproduire» (A l'item 1 et 4 il a obtenu une note de 4, à l'item 2 il a obtenu une note de 2, à l'item 3 il a obtenu une note 3, item 5 il a obtenu une note de 0), critère C items (6.7) «Évitement persistant des stimuli associés à l'évènement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations» (il a obtenu une note de 1 à l'item 6 et une note de 0 à l'item 7), critère D items (8.9.10.11.12.13.14) «Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'évènement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations» (à l'items 9, 11, 12, 14 il a obtenu une note de 4, l'item 8 et 13 il a obtenu une note de 1, et une note de 0 pour l'item 10), critère E items (15.16.17.18.19.20) «Altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'évènement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations» (à l'items 15, 16, 17 il a obtenu une note de 4, l'items 19, 20 il a obtenu une note de 3, et une note de 0 à l'item 18).

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

D'après les résultats d'analyse de questionnaire PCL-5, Farid présente un stress post-traumatique avec des symptômes sévères. Ceci a été confirmé à travers ses réponses où il a coché sur la dimension Extrêmement et beaucoup « **Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?**», « **l'évènement Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle?**», « **Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?**», « **Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?**», « **Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?**», « **Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?**». Donc, toutes ces réponses renvoient à l'impact violent de l'évènement vécu.

Présentation et analyses des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild et young)**Tableau N°10 : Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) Farid.**

Les énoncés	La cote
1	4
2	4
3	5
4	5
5	5
6	6
7	1
8	5
9	1
10	1
11	1
12	2
13	2
14	1
15	1
16	2
17	4
18	2
19	2
20	1
21	5
22	2
23	2
24	1
25	4
Score total	77

Analyse des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Le tableau ci-dessus, présent les résultats de Farid sur l'échelle de résilience de Wagnild et Young, nous constatons qu'il a obtenu un score total qui est de 77, cela signifie que notre sujet présente un caractère peu résilient.

Dans la première sous échelle (**compétences personnelles**), notre sujet a obtenu un sous score de 56 en répondant par la dimension **Totalement en accord** aux les items (1, 2, 3, 4, 5, 6,17, 23) « **je peux compter sur moi plus que les autres** », « **Lorsque je fais des projets je les mène à terme** », « **s'il faut je me débrouille seul** ». Egalement, il a enregistré un sous score de 13 en cochant sur la dimension **Très en désaccord** pour les items (9, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 24), « **je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés**», « **je sais m'auto discipliner** », « **je m'intéresse à divers choses** », « **ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles** ».

Nous remarquons que notre sujet n'a pas confiance en lui-même et qu'il ne possède pas des capacités afin de dépasser sa souffrance.

Dans la deuxième sous échelle (**l'acceptation de soi**), notre sujet a obtenu un sous-score d'un degré de 21. Notre sujet a coché sur la dimension **Totalement en accord** pour les items (8, 21, 25) « **je m'aime bien** », « **ma vie a un sens** », « **ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas** ». Donc, nous remarquons que malgré son incapacité et son inaptitude à faire face aux situations difficiles, Farid est arrivé à donner sens à sa vie et à son existence. Aussi, il a répondu par la dimension **Très en désaccord** aux les items (7, 10, 11, 12,16) « **habituellement, j'arrive à m'adapter facilement** », « **je suis une personne déterminée** », « **je prends les choses comme elles viennent** ». Nous déduisons que notre sujet ne s'habitue pas facilement aux situations et aux problèmes, car il se sent déterminé par sa souffrance,

Synthèse de l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

À travers les résultats d'analyse de cette échelle, nous avons déduis que le score total enregistré par notre sujet, qui est de 77, indique qu'il a un caractère peu résilient.

D'après ses réponses aux sous échelles (**compétences personnelles, acceptation de soi**), nous récapitulons que dans certains items, notre sujet se montre comme ayant des capacités et des compétences pour traverser les aléas de la vie, comme l'illustre cet item suivant « **Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés** », toutefois, dans ses réponses sur d'autres items où il a coché la dimension **Très en désaccord** comme les items(9,10,11,14,15), indiquent que il n'a pas de ressources, qui vont lui permettre de dépasser les circonstances difficiles.

1.5.Cas N°5 : Nabil

Nabil, un jeune homme âgé de (44 ans) marié, papa de deux filles, médecin généraliste au service d'hémodialyse, durant l'entretien Nabil a choisi de nous rependre en langues française, et arabe.

Axe 1 : Dans ce premier axe, nous avons tenté de rassembler des informations sur la période du confinement et les conditions de travail, ainsi que le contact avec les malades, la famille, l'entourage, et les moments difficiles qu'elle a confronté dans l'exercice de son travail.

Nabil, a travaillé du début du confinement jusqu'à la fin avec le système de 24 heures « *j'ai travaillé depuis le premier jour du confinement jusqu'a la fin, avec le système de 24 heures, de 8 heures à 8 heures du lendemain* ».

Pour les conditions de travail il y'avait un grand manque de matériel et du personnel « *les conditions de travail n'étaient pas bonnes, il y'avait un manque de machines, des masques, des combinaisons, et même de professionnels* ». Il a respecté le protocole de protection. Pour lui le travail dans un endroit qu'il considère comme une source de maladie est inquiétant donc il est obligé de se protéger, là on remarque une présence d'une inquiétude causée par la maladie « *j'ai respecté le protocole de protection car pour moi c'est inquiétant de travailler dans un endroit qui est considéré comme une source du virus* ».

Nabil a fait sa première garde au service du COVID-19 avec le psychologue, où il y'avait 6 malades compliqués, qui sont morts cette nuit, « *j'ai vu la mort par tout, كانت رائحة الموت في كل مكان (J'ai vu la mort par tout, L'odeur de la mort était par tout)* ».

Il rajoute aussi que le premier contact avec le premier patient COVID-19, était pendant cette première garde, où il avait peur de se rapprocher de lui, mais avec le soutien du psychologue, il a pu l'examiner « *j'avais peur de me rapprocher de lui, même de l'examiner mais le psychologue m'a aidé* ». En ce qui concerne le contact avec les membres de sa famille, il n'avait pas un contact direct avec eux, ce qui là rendu angoissé et sa famille stressé « *je n'avais pas un contact direct avec les membres de ma famille, j'avais une angoisse incroyable ma famille était tout le temps stressée. Ce qui a rendue la chose compliquée pour moi, c'est mes filles qui me manquait beaucoup* ».

L'entourage le voit comme une source de virus il n'arrive même pas à faire ses courses tellement les gens s'éloignent de lui, même son coiffeur a refusé de lui couper ses cheveux « *l'entourage me vois comme la source du virus je ne pouvais même pas faire mes courses comme avant, une fois j'ai appelé mon coiffeur pour qu'il me coupe les cheveux il a refusé il m'a dit (ما نجيش نتا تخدم فسبيطار راني خايف نمرض) (Je viens pas, tu travaille à l'hôpital, j'ai peur de tomber malade), sans oublier un ami à moi ses voisins ont déposé une plainte contre lui, pour le faire sortir du bâtiment parce qu'il travaille à l'hôpital* ».

Il n'était pas contaminé il avait des symptômes mais il n'avait pas fait un test. « *J'avais des symptômes du COVID-19, mais j'ai pas fait le test donc on peut dire que j'étais pas contaminé* »

Nabil n'a pas consulté un psychiatre pendant cette période, mais le psychologue était toujours à ses côtés, même parfois ils effectuent des gardes ensemble, « *je n'ai pas consulté, un psychiatre, mais le psychologue est un ami à moi, il était à mes côtés il m'a beaucoup aidé* » il rajoute qu'il a fait recours à l'automédication et plus exactement aux tranquillisants (anxiolytiques) « *j'ai pris de Lexomil* »

Axe 2 : Dans cet axe on va tenter de détecter des symptômes de stress post-COVID.

Nabil, au début du confinement, avait peur de mourir, il est devenu stressé, pendant cette période il avait des problèmes de sommeil et de concentration, nervosité « *pendant cette période, j'avais peur de mourir, je n'arrivais pas ni à me concentrer, j'étais très nerveux personne ne pouvait me parler* » d'après ce qu'il nous a dit pendant l'entretien, Nabil présente des éléments relevant des caractéristiques de l'anxiété.

Au cours de ces derniers jours Nabil fait des efforts pour oublier carrément cet événement et ce qu'il a déjà vécu auparavant « *j'évite le maximum les choses qui me rappelle de cet événement, je n'aime pas parler de ce sujet et je ne sais pas comment je vous ai raconté tout ça* » de cela on remarque que Nabil a un comportement d'évitement qu'on trouve chez les personnes atteintes d'un stress post-traumatique.

Apparemment notre sujet au cours de ces derniers jours n'a plus de problème d'endormissement, et de concentration « *و انا نرقد عادي نركز الحمد لله depuis le mois d'octobre (Dieu merci, depuis le mois d'octobre, je dors normalement et je me concentre)* »

Axe 3 : Déceler des indices de résilience et si cela a influencé l'avenir de sujet.

Notre cas nous a révélé qu'il est une personne, qui généralement n'a aucune difficulté à prendre les décisions et aussi à les appliquer, « *la plupart du temps je ne trouve pas des difficultés à prendre des décisions sauf dans les moments difficiles per exemple au travail je demande l'aide de mes collègues, je demande de l'aide و خلاص (je demande de l'aide et c'est tout)* ». Dans les moments difficiles il compte beaucoup sur sa mère et sa femme « *ma maman et ma femme c'est les deux personnes à qui je fais confiance et sur qui je peux compter dans les moments difficiles* ».

D'autre part, Nabil est un homme intelligent et serviable, courageux qui trouve souvent des solutions à ses problèmes, comme il aide aussi ses amis à trouver des solutions à leurs problèmes « *je trouve toujours des solutions à mes problèmes, jamais نخلي المشاكل التاعي بلا ما (Je ne laisse jamais mes problèmes sans solution, même si ça me prend deux jours sans dormir, même mes amis je les aide à résoudre leurs problèmes)* »

À partir de ses propos nous pouvons constater que notre sujet, présente une caractéristique d'un individu résilient qui est la capacité d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement.

Nabil est un homme optimiste et positif, il déclare, qu'il est une personne qui voit toujours les choses d'une manière positive, malgré toutes les circonstances qu'il a vécu depuis l'année 2020, pour lui cet événement n'est qu'une tempête qui va passer avec le temps et on va revenir à notre vie quotidienne « *je vois toujours les choses d'une manière positive, malgré* كامل واش فوت نشوف هاد الحاجة كيما العاصفة يجي الوقت وين رايحة تروح (Je vois toujours les choses d'une manière positive malgré tout ce que j'ai vécu, mais je vois cette chose comme une tempête qui va passer) ».

Concernant ses relations parentales, conjugales, ainsi les autres, Nabil ne ressent aucun changement, il ressent que sa femme et sa maman lui accordent beaucoup d'attention, il aime passer du temps avec elles pendant ses jours de repos, ils font des pic-Nic ensemble, et parfois il fait des footings avec sa femme et ses 2 filles à la plage. Concernent ses amis, il garde toujours une bonne relation avec eux et il passe du temps avec eux « *je garde toujours de bonnes relations avec mes amis, hier j'étais avec eux on à mangé ensemble* ».

En ce qui concerne les projets, notre cas nous a informé qu'il aimerait bien voyager en Europe pour continuer ses études « *je voulais partir en Europe pour continuer mes études, j'ai tout programmé mais avant 15 jours de mon départ toute était annulé à cause de ce virus* »

Synthèse de l'entretien

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

Présentation et analyse du questionnaire PCL-5

Tableau N°11: Résultats du questionnaire (PCL-5) de cas Nabil.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	✓ 0				
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?	✓ 0				
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?				✓ 3	
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?				✓ 3	
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?		✓ 1			
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?		✓ 1			
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?			✓ 2		
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?		✓ 1			
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?			✓ 2		
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					✓ 4
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?				✓ 3	
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?	✓ 0				
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?		✓ 1			

14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?	✓ 0					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					✓ 4	
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	✓ 0					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					✓ 4	
18. Sursauter facilement ?					✓ 4	
19. Avoir du mal à vous concentrer ?		✓ 1				
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?		✓ 1				
Scor total	0	6	4	9	16	35

Analyse des résultats du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

Le score total élevé obtenu par Nabil est de 35 supérieur à 31, marqué une absence de syndrome psycho-traumatique.

En suivant les critères diagnostic du DSM-5, critères B items 1.2.3 souvenir répétitifs, involontaires et envahissants de l'événement traumatique, réactions dissociatives au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. PCL-5 item1, des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?, Nabil a obtenu une note de 0, PCL-5 item2 des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?, aussi dans cet item il a obtenu une note de 0, cela signifie l'absence de ce symptôme chez Nabil.

Avec le critère C qui comporte l'item 6 et 7 du questionnaire PCL-5 (essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiment liés à l'événement ? il a obtenu une note de 1, essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent de l'expérience, lieux, personnes, activités, objets ?, il a obtenu une note de 2 cela veut dire qu'il présente une seule manifestation du critère D selon le DSM-5.

Le critère 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, item8 des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ? Il a obtenu 2, item 14 avoir du mal à éprouver des sentiments positifs ? Il a obtenu un 0, avec le critère E, item 15 comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?, Il a obtenu une note de 2.

Synthèse du questionnaire (PCL-5 post-traumatic checklist version DSM-5)

En nous appuyant sur les résultats que Nabil a obtenu nous pouvons conclure que ce dernier ne présente pas des manifestations relatives au stress post-traumatique.

Présentation et analyses des résultats de l'échelle de résilience (Wagnild et young)**Tableau N° 12: Résultats de l'échelle de résilience (L'RS-R) Nabil.**

Les énoncés	la cote
1	3
2	5
3	7
4	5
5	7
6	7
7	3
8	5
9	5
10	4
11	5
12	5
13	7
14	7
15	7
16	5
17	5
18	7
19	5
20	5
21	7
22	5
23	6
24	3
25	7
Score total	137

Analyse des résultats de l'échelle de résilience (Wagnikd & Young)

En nous référant aux résultats du tableau ci-dessous, nous remarquons que Nabil a obtenu un score de 137 qui est supérieur à 131, ce qui signifie un caractère Modéré.

Pour la première sous-échelle « *compétences personnelles* », notre sujet a marqué un sous score élevé qui est 96, en répondant par la dimension « *totalemment en accord* », aux items (3, 5, 6, 13, 14, 15, 18), « *je peux compter sur moi plus que sur les autres* », « *s'il le faut, je peux me débrouiller seul* », « *je suis fier d'avoir réalisé des choses dans ma vie* », « *je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* », « *je sais m'auto discipliner* », « *je m'intéresse à diverses choses* », « *en cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* ». D'après les réponses de notre cas, nous déduisons que ce dernier bénéficie d'une bonne estime de soi avec, une très grande confiance en soi, avec une croyance en son efficacité.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspond à « *l'acceptation de soi* », Nabil a obtenue un sous-score de 41, en répondant a la dimension « *totalemment en accord* », seulement pour les deux items (21, 25), « *ma vie a un sens* », « *ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas* ».

2. Analyse et discussion des hypothèses

Dans cette partie, nous allons présenter une synthèse des résultats de l'analyse de l'entretien clinique semi directif, le questionnaire PCL-5 pour le traumatisme psychique, et l'échelle de (Wagnild et Young en 1993) pour la résilience, dans le but de réaliser une discussion des hypothèses qui viennent répondre à la question de notre problématique. Notre objectif est de décrire l'effet traumatique de la crise sanitaire (covid-19) sur la résilience des professionnels de la santé intervenant pendant cette période.

On va commencer par exposer un tableau récapitulatif des résultats de notre recherche de tous les cas (Amina, Kamel, Amel, Farid, Nabil).

La première hypothèse « Les professionnels de la santé intervenants pendant la période COVID-19 présentent un stress post- traumatique ».

Tableau N° 13 : Tableau récapitulatif des résultats du questionnaire PCL-5 des cas.

Prénom	Amina	Kamel	Amel	Farid	Nabil
Score total	58	42	45	53	35
Signification	Présence de symptômes				

Cas N°1 : Amina

En tenant compte des informations récoltées à partir de l'entretien clinique et les résultats du questionnaire PCL-5, nous avons constaté qu'Amina présente des manifestations de stress post-traumatiques, qui ont émergé après la crise sanitaire (covid-19), sous forme de souvenirs, de cauchemars répétitifs « *je fais des cauchemars comme si le virus عاود والا* » (*Je fais des cauchemars comme si le virus est revenu*), des difficultés d'endormissement

« *من هداك الوقت وانا ما نرقدش مليح خطرات نرقد غير 3 سوايح فنهار* » (*Depuis ce temps je ne dors plus bien, parfois je ne dors que 3 heures par jour*), des pensées récurrentes, des émotions négatives, provoquant ainsi un sentiment de détresse. Nous remarquons la présence de plusieurs éléments relevant des caractéristiques du stress post-traumatique que nous trouvons dans le DSM 5 (2015), comme le problème de concentration et la perturbation du sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompue) évitement ou effort pour éviter

les souvenirs, les pensées ou sentiments concernant ou étroitement associées à un ou plusieurs événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

Donc, nous arrivons à confirmer notre première hypothèse, c'est-à-dire que notre cas présente un stress post-traumatique.

CAS N° 2 : Kamel

En se référant aux informations rassemblées à travers l'entretien clinique et les résultats d'analyse de questionnaire PCL-5, 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)»**. Selon la CIM10 (2008), l'état de stress post traumatique constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant, exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. (CIM 10,2008)

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien et de questionnaire PCL-5, nous avons constaté que Kamel présente un stress post-traumatique. Donc, notre première hypothèse est confirmée pour ce cas.

Cas N°3 : Amel

Suite aux résultats récoltés de l'entretien semi directif et les résultats d'analyse de questionnaire PCL-5, nous pouvons avancer qu'Amel présente des symptômes d'un stress post-traumatique, qui ont émergées sous forme de souvenirs , problèmes de sommeil, **« parfois je rentre chez moi épuisée après une longue journée de travail et je prépare aussi à manger, mais quand il arrive le temps de dormir je perds le sommeil »**, des 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 des 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 »**, causé par le fait qu'elle a subi différents événements traumatiques pendant la période du COVID-19. Dans la CIM 11 (2018) : revivre le ou les événements traumatiques du présent sous forme de mémoires intrusives vives, de flash-backs ou de cauchemars et aussi l'évitement des pensées et des souvenirs de l'événement. Ainsi que des symptômes que nous trouvons dans le DSM 5 (2015), comme le problème de concentration et la perturbation du sommeil (par ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompue).

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien et de questionnaire PCL-5, nous avons constaté qu'Amel présente un stress post-traumatique. Donc, notre première hypothèse est confirmée pour ce cas.

Cas N° 4 : Farid

D'après les données que nous avons récolté dans l'entretien semi-directif et les résultats d'analyse du questionnaire PCL-5, nous constatons que l'événement traumatique (covid-19) qu'a vécu Farid a eu un impact considérable sur l'aspect psychique de ce dernier, en développant des manifestations relatives à un stress post-traumatique, difficultés de concentration, **«ces derniers temps je ne peux plus me concentrer comme avant»**, aussi il a 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 jours et parfois je vois les mêmes cauchemars que j'ai déjà vu auparavant»**. Selon le DSM 5 (2015), l'état de stress post traumatique (PTSD), survient après un événement traumatique à propos duquel l'individu croit qu'il a été en danger physique pour sa vie. Il peut survenir aussi après avoir été témoin d'un événement traumatique survenu à quelqu'un ou sont arrivés à un membre de la famille proche où un ami proche. Ce trouble débute généralement peu après l'événement traumatique bien que dans certains, le début peut tarder des mois et des années avant son apparition. (DSM 5, 2015, P.320)

C'est à partir de cette analyse qu'on confirme notre première hypothèse que «Les professionnels de la santé intervenant pendant la période COVID-19 présentent un stress post-traumatique ».

Cas N°5 : Nabil

D'après l'analyse des données obtenues à travers l'entretien clinique et les résultats d'analyse de questionnaire PCL-5, nous constatons que dans l'ensemble l'expérience aversive qu'a vécu Nabil n'a pas eu un impact et des conséquences négatives sur ses comportements et ses émotions, donc il ne présente pas des symptômes de stress post-traumatique.

Au regard de l'analyse des informations recueillies de l'entretien clinique et de questionnaire PCL-5 ne présente pas un stress post-traumatique, ce qui fait que notre première hypothèse est infirmé pour ce cas.

La deuxième hypothèse « Les professionnels de la santé intervenants pendant la période COVID-19 ont fait preuve de résilience ».

Pour vérifier cette hypothèse, nous nous sommes appuyés sur les résultats d'analyse de notre entretien semi directif, et de l'échelle de résilience (Wagnild & Young).

Tableau N° 14 : Tableau récapitulatif des résultats des cas à l'RS-R.

Prénom	Amina	Kamel	Amel	Farid	Nabil
Score total	123	154	135	77	137
Signification	faible	Modérément élevé	modéré	Très faible	modéré

Cas N°1 : Amina

D'après l'analyse des résultats de l'entretien d'Amina nous avons constaté que cette dernière entretient une très bonne relation avec son entourage familiale contrairement aux voisins.

D'après ses propos « *Les membres de ma famille qlan saqsayand fali kethar ma akan illan aqbal jamais ajaniyi wahdi, ma d l jüiran jabdan mati imananssan fali même f oukham anagh (Les membres de ma famille demandent après moi plus qu'avant ils m'ont jamais laissé seule, quant au voisins ils se sont éloignés de moi et de ma famille)* ». Cette relation et cette valeur familiale la aidé à surmonter ce traumatisme.

Sa capacité d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement est une caractéristique d'un individu résilient, car elle compte sur personne et elle est autonome. L'individu résilient (quel que soit son âge) serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes (cyrulnik, 1998) : un QI élevé, Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement, Ayant le sentiment de la propre valeur, De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie, capable d'anticiper et de planifier, Ayant le sens de l'humour. (ANAUT A. M., 2007)

En répondant à l'échelle de résilience (Wagnild & Young), Amina présente un caractère de résilience limite faible, avec un score de 123. Donc notre deuxième hypothèse qui est « les professionnels de santé intervenant pendant la période COVID-19 ont fait preuve de résilience » est confirmée par ce cas.

Cas N°2 : Kamel

En fonction des données de l'entretien que nous avons rassemblé, et à partir de ses propos « *J'ai toujours de l'espoir, takhamamiw positive hamdoulah, ilaq atilit optimiste g donith ayi ...* » (je vois toujours les choses d'une manière positive, il faut être optimiste dans la vie...).

Nous avons constaté que Kamel développe des capacités d'adaptation rationnelles malgré les circonstances adverses, et il est une personne qui possède des capacités pour faire face aux adversités. Les travaux de Rutter et al. (1985 ; 1996) En prenant en compte les capacités pour

le sujet résilient de trouver des ressources en liaison avec le réseau social vont dans le sens de l'importance accordée à l'adaptation et l'autonomie dans le processus de résilience. (Anaut, 2005, pp. 52-53)

D'après les résultats de l'échelle de résilience (Wagnild & Young), nous déduisons que Kamel est résilient, cela été bien clair à travers le score qu'il a enregistré, qui est de 154. Notre sujet possède des compétences personnelles qui lui ont permis de compter sur lui-même, et avoir confiance en soi, afin de surmonter sa souffrance.

A partir des résultats de l'entretien clinique semi directif et l'échelle de résilience, où notre sujet a obtenu un score modérément élevé avec un score de 154, c'est à partir de cette analyse qu'on confirme notre deuxième hypothèse « les professionnels de santé intervenants pendant la période COVID-19 ont fait preuve de résilience ».

Cas N°3 : Amel

D'après l'entretien, on a trouvé qu'Amel, fait preuve d'adaptation aux difficultés de la vie « *je suis passée par des moments très difficiles que ce soit au travail ou pendant la vie quotidienne mais dieu merci je garde toujours le sourire et je vois toujours les choses d'une manière positive* », comme elle présente aussi de différentes stratégies de résilience.

« *La plupart du temps je trouve des solutions à mes problèmes et je ne les néglige jamais* », elle a recours à des stratégies de coping qu'on peut définir comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, à réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu .Qui est Le coping centré sur le problème, qui vise à gérer le problème qui se trouve à l'origine de la détresse du sujet* ». (ANAUT M. , 2015, p. 88)

Concernant les résultats de l'échelle, Amel a obtenu un score de 135, qui correspond à un caractère Modéré.

D'après ces deux résultats de l'entretien et de l'échelle, nous arrivons à confirmer notre deuxième hypothèse.

Cas N°4 : Farid

D'après l'entretien que nous avons effectué, nous avons constaté que Farid accorde une importance aux liens, et aux interactions qu'il échange avec les membres de sa famille « **S'il y'a un grand problème on le résout ensemble, et le plus important dans une famille c'est la communication intrafamiliale. Ma femme, mes enfants, ma famille ont été là pour moi et sont toujours-là ils m'aident psychologiquement dans les moments difficiles** » Il présente une capacité pour faire face aux moments difficiles, et aussi cet événement à beaucoup influencé sa perception de l'avenir.

À travers l'analyse des résultats de l'échelle de résilience, nous avons déduis que le score total enregistré par notre sujet est 77, indique selon le manuel un caractère peu résilient.

Donc à partir des résultats de l'entretien et de l'échelle de résilience nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse « les professionnels de santé intervenants pendant la période COVID-19 ont fait preuve de résilience » est confirmée pour ce cas.

Cas N° 5 : Nabil

En tenant compte des informations recueillies par l'entretien clinique, nous déduisons que notre sujet présente une caractéristique du l'individu résilient comme la capacité d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement, concernant ses relations, Nabil reçoit beaucoup d'attention. Selon Cyrulnik 1999 « *la résilience est la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'un issue négative* ». (Anaut, 2005, p. 33.34)

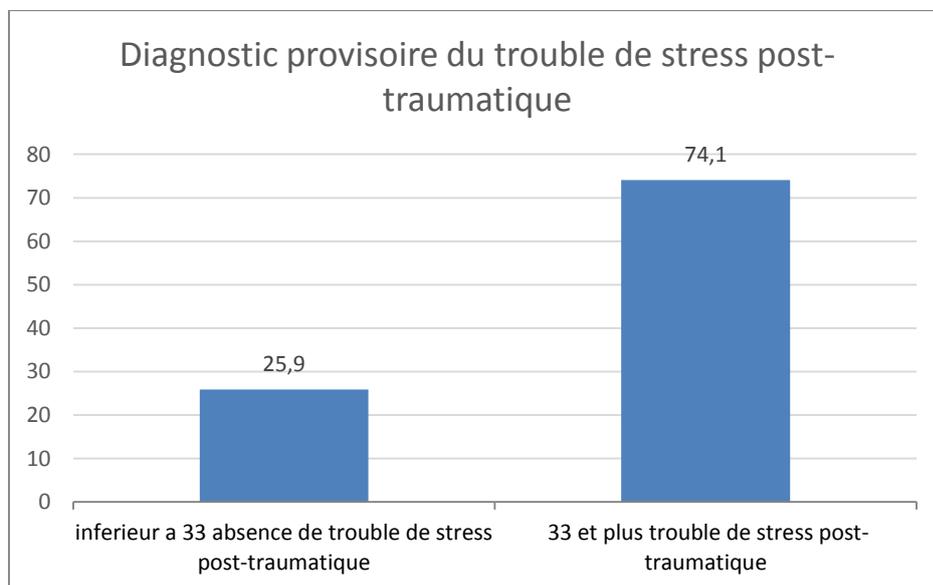
À partir de l'analyse des résultats de l'échelle de résilience, nous avons remarqué, qu'il présente un caractère modéré, et cela en se basant sur le score total qu'il a obtenu et qui est de 137.

Donc à partir de l'analyse de l'entretien semi directif et de l'échelle de résilience nous concluons pour dire que Nabil présente un caractère modéré. De ce fait notre deuxième hypothèse est confirmée par ce cas.

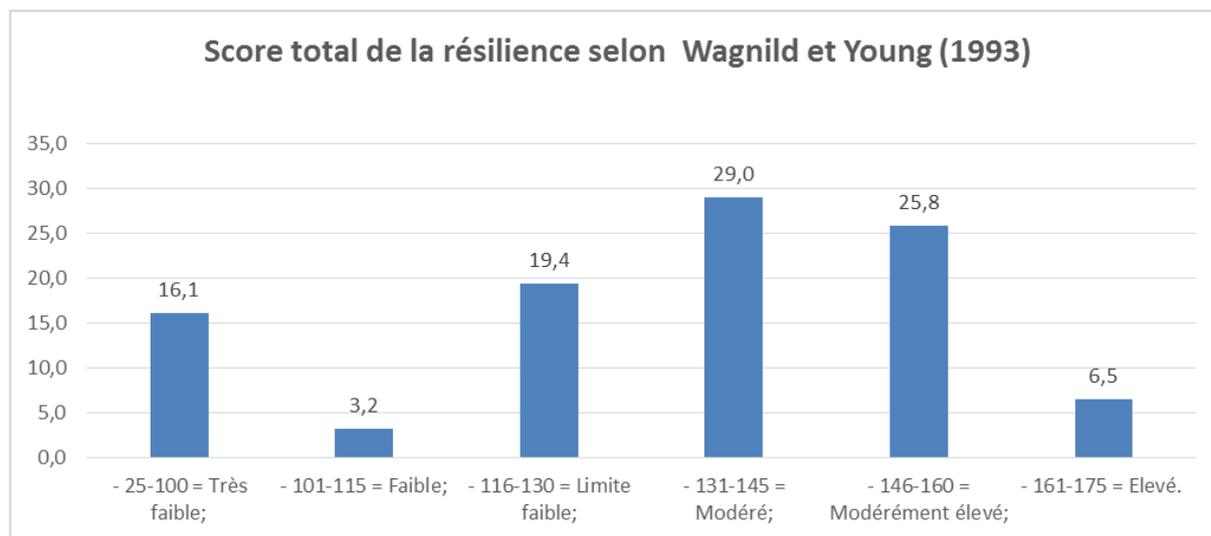
Synthèse des cas

À travers notre étude des cinq cas et les résultats recueillis notre première hypothèse stipulant que « *Les professionnels de la santé intervenant pendant la période COVID-19 présentent un stress post- traumatique* », a pu est confirmée.

En effet, les quatre premiers cas (Amina, Kamel, Amel, Farid), présentent des symptômes de stress post-traumatique. Comme ils présentent un caractère résilient. Pour la deuxième hypothèse qui est la suivante, « *Les professionnels de la santé intervenant, pendant la période COVID-19 ont fait preuve de résilience* », on peut dire qu'elle est confirmée pour les cinq cas.

Analyse statistique des résultats du questionnaire (PCL5) pour les 32 cas**La figure N°1 : histogramme de questionnaire (PCL5)**

Cette figure représente les résultats obtenus du questionnaire PCL5 pour tous les (32) cas, nous remarquons que (74.1 %) des professionnels de santé présentent un trouble de stress post-traumatique, par contre (25.1%) ne présente pas ce trouble.

**Figure N°2 : histogramme de l'échelle de résilience Wagnild et Young (1993)**

Cette figure représente les résultats obtenus de l'échelle de résilience Wagnild et Young (1993) pour les (32) cas, nous remarquons que (16.1 %) présentent une résilience très faible, (3.2%) présentent une résilience faible, (19.4%) présente une résilience limite faible, (29%)

présente une résilience modéré, (25.8%) présente une résilience modérément élevé, (6.5%) présente une résilience élevé.

3. Discussion des hypothèses

À partir des résultats qu'on a obtenus durant notre analyse qualitative, et les outils de recherche que nous avons utilisés pour recueillir des informations fiables sur nos sujets de recherche, nous pouvons distinguer entre nos cas.

Dans la première hypothèse intitulée « *Oui, les professionnels de santé intervenant pendant la période COVID-19 présentent un stress post-traumatique* ». La majorité des cas ont montré une présence des symptômes de stress post-traumatique avec un pourcentage de (74.1 %) à cause de cette crise sanitaire, et de cette nouvelle maladie. Ce qui a rendu les choses plus difficiles c'est :

- L'absence de connaissances sur ce virus, que ce soit les voies de contamination ou le traitement,
- crainte de contaminer un proche,
- le manque de moyen et du matériel,
- La confrontation directe à la mort,
- L'augmentation de nombre de décès notamment du côté des professionnels de la santé (la perte de leurs collègues), ou le grand public,
- le confinement qui les a rendus plus stressés (la fermeture de toutes les institutions, toutes les personnes étaient confinées sauf eux, ils étaient obligés d'aller travailler),
- l'isolement ou la stigmatisation sociale,
- le haut niveau de stress au travail ou les patterns d'attachement insécurisé

Les professionnels de santé ont ainsi un risque augmenté d'anxiété, de dépression, d'épuisement, d'addiction et de trouble de stress post-traumatique.

Dès lors, nous constatons, tous les cas ont confirmés notre deuxième hypothèse intitulée « *Oui, il existe des critères de résilience* ». (29%) des professionnels de santé présentent un caractère de résilience modéré. Le soutien de leurs proches, leurs croyances religieuses, leur capacité à résoudre leurs problèmes et de planification, leur confiance en soi, tout ça les a aidés à développer un caractère résilient.

D'autres recherches qui ont été réalisées ont montré les mêmes résultats qu'on a trouvés parmi ces recherches.

Une étude récente de Lai et al. Menée en Chine entre le 1^{er} 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 %) (**M. Underner, 2020**)

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 %. Une pathologie psychiatrique préexistante ainsi que des niveaux élevés d'anxiété ou de dépression étaient associés à une prévalence plus élevée de symptômes de TSPT.

L'étude de Tan et al. menée à Singapour du 19 février au 13 mars 2020 comparait la prévalence des symptômes de TSPT parmi le personnel médical (médecins et infirmiers et infirmières) et non médical (aides-soignants, brancardiers, pharmaciens, techniciens, personnels administratifs, etc.) prenant en charge des patients souffrant de la COVID-19. La prévalence des symptômes de TSPT chez l'ensemble des participants était de 7,7 %. De façon surprenante, la prévalence était plus élevée chez le personnel non médical (10,9 %) que chez le personnel médical. Une étude précédente, également conduite à Singapour lors de l'épidémie de SRAS, retrouvait une prévalence des symptômes de TSPT trois fois plus élevée chez le personnel médical (médecins et infirmiers/ères) que celle constatée par Tan et al. (**M. Underner, 2020**)

De plus une enquête de Chew et al. Menée en Inde et à Singapour du 19 février au 17 avril 2020 auprès de 906 professionnels de santé (personnel médical et non médical) concernait les relations entre symptômes somatiques et risque de TSPT. Le symptôme somatique le plus fréquent était les céphalées (32,3 %), et 33,4 % des participants déclaraient présenter plus de quatre symptômes somatiques. Les participants déclarant des symptômes somatiques au cours des 30 derniers jours avaient un risque augmenté de présenter les critères du TSPT. L'enquête de Li et al. Concernant le personnel médical de la réserve sanitaire venu en renfort à Wuhan, était menée entre le 4 avril 2020 et la date du retour à leur domicile. Après leur retour au domicile, la prévalence des symptômes de TSPT était importante (31,6 %).

L'étude de Lai et al. Réalisée à Wuhan, évaluait les facteurs de risque de TSPT chez 1257 professionnels de santé (493 médecins et 764 infirmiers et infirmières). Le principal facteur de risque était : le degré d'exposition au virus.

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. (**M. Underner, 2020**)

Conclusion

Conclusion

La pandémie de COVID-19 a eu un impact profond sur toute la société, qui est devenu un danger pour la vie des êtres humains, et surtout pour les personnes qui sont dans les premières lignes, notamment pour les professionnels de la santé.

Le professionnel de santé, exerce l'une des professions qui demande beaucoup d'efforts, et de sacrifice surtout aux moments des crises, 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 gens. Pas uniquement ça, mais aussi elle les a fait sortir de leur zone de confiance et elle les a forcé à adopter une attitude de résilience active et productive chez certains, mais chez d'autres c'était tout à fait le contraire, ils ont développé des symptômes de stress post-traumatique.

Dans notre recherche qui s'est focalisé d'avantage sur « *le stress post-traumatique et la résilience chez les professionnels de santé intervenant pendant la période du COVID-19* », notre enquête de terrain qui s'est déroulée au sein de l'EPH de Kheratta. Avec un groupe de professionnels de santé (médecins, infirmiers, psychologues, radiologues), de différentes catégories d'âge, et de deux sexes.

Quant à la méthodologie que nous avons mise en place pour vérifier la présence de stress post-traumatique et la résilience chez notre groupe, nous avons utilisé le questionnaire de PCL-5, l'échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993), et un entretien semi-directif.

À partir de l'analyse des résultats obtenus grâce à l'utilisation de ces différents outils d'investigation, nous avons constaté que les professionnels de santé intervenant pendant la période du COVID-19, présentent des symptômes de stress post-traumatique et leur degré de sévérité diffère d'un professionnel à un autre, cela veut dire qu'on a confirmé notre première hypothèse.

Notre deuxième hypothèse est aussi confirmée, du fait que nous avons montré que les professionnels de santé intervenant pendant la période COVID-19 présentant des caractères de résilience de différents degrés.

En effet, il est donc indispensable et plus agréable de faire le dépistage et le traitement du trouble de stress post-traumatique chez les professionnels de santé qui est essentiel au cours de cette pandémie, et aussi de faire des interventions d'aide psychologique qui visent à augmenter la résilience chez ces derniers, pour pouvoir diminuer les conséquences psychologiques de cette pandémie mondiale.

Mais pas seulement ça mais ils ont aussi besoin de congé pour pouvoir se reposer après cette longue guerre contre ce virus qui les a déstabilisés psychiquement et il les a épuisés physiquement.

Donc il est important traiter de les symptômes physiques de la COVID-19, mais il ne faut pas oublier de traiter les traces et les séquelles qu'elle a laissés dans le psychique des personnes qui étaient aux premières lignes pour sauver la vie des gens.

Pour conclure notre recherche, nous espérons avoir posé une première pierre concernant, le vécu psychologique des professionnels de santé intervenant pendant la période du COVID-19. Pour cela nous avons pensé à quelques questions de perspective concernant ce sujet, qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures pour nos camarades étudiants, et qui sont comme suit :

- Quel est l'impact de la COVID-19 sur la vie conjugal des professionnels de la santé ?
- L'influence de l'entourage sur le fonctionnement psychique des professionnels de la santé intervenant pendant la crise sanitaire de COVID-19 ?
- Quel est le rôle du soutien psychologique pour les professionnels de santé pendant la période de la COVID-19 ?
- Les professionnels de la santé intervenant pendant la période de COVID-19 présentent t-ils un burn-out ?

Liste bibliographique

Liste bibliographique

Ouvrages

- 1-Franck, P. (2020). covid 19 et détresse psychologique. Paris: Odile jacob.
- 2-American Psychiatric Association. (2015)– DSM-5, « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », 5éme édition. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris : Masson.
- 3 -Anaut. M, (2005), « La résilience, surmonter les traumatismes », Paris, Armand colin.
- 4-ANAUT, M. (2007). *surmonter les traumatismes* (éd. 2 éme). Barcelone: ARMAND COLIN.
- 5-ANAUT, M. (2015). *psychologie de la résilience*. Paris: ARMAND COLIN.
- 6-Boudoukha.A,(2009) « Burn-out et traumatisme psychologiques) Paris, Dunond.
- 7- Chahraoui.Kh& Benoney. H (1999), « L'entretien clinique ». Paris, Dunod.
- 8-Chahraoui.Kh & Bénony.H (2003) « Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, Dunond.
- 9-Chahraoui.Kh & Bénony.H (2013) « L'entretien clinique ». Paris, Dunond.
- 10- Chiland .C, (2008), « L'entretien clinique », Paris, PUF.
- 11-Clerq.M, Leibigot. F, (2001), « Les traumatismes psychiques », Paris, MASSON.
- 12- Crocq. L, (2005), « 16 leçons sur le trauma », Paris, Odile Jacob.
- 13- Crocq. L, (2012), « 16 leçons sur le trauma », Paris, Odile Jacob.
- 14-Crocq. L, (2013), « Les paniques collectives », paris, Odile Jacob
- 15-Crocq.L, (2014) « Traumatismes psychiques : prise en charge des victimes », Paris, Masson.
- 16-Cottreaux.J , (2001) « les thérapies comportementales et cognitives », Paris, Masson.

Liste bibliographique

- 17-Cottraux.J, (2007) « Thérapie cognitives et émotion », Paris, Masson.
- 18- Cyrulnik. B, (2001), « Famille et résilience ». Paris, Odile Jacob.
- 19- Ferenczi. S, (2006) « le traumatisme », Paris, Payot.
- 20-Grawittz.M (2001) «Méthodes des sciences sociales », Paris, DALLOZ.
- 21- Hérbet . S, Jourdan-inescu C, (2001), « la résilience », Québec.
- 22-Lebigot.F (2001) « Les traumatismes psychiques », Paris, Masson.
- 23-Mariane.K, et al, (2019) « L'aide mémoire de psycho-traumatologie) Paris, Dunond.
- 24-N'Da.P (2015) « recherche et méthodologie en sciences humaines et sociales », Paris, L'Harmattan.
- 25- OMS. (2018) « Classification statistique international des maladies et problèmes de santé connexes (CIM 11) ». 11ème révision.
- 26-OMS. (2008) « Classification statistique international des maladies et problèmes de santé connexes (CIM 10) », Deuxième révision.
- 27- Sabouraud-Seguin, M. k. (2013). *L'aide-mémoire de psycho-traumatologie.* paris: Dunond.
- 28- Samuriel.S, (2012) « Trauma et résilience », Paris, Dunod.
- 29-Senon.L, (2012) « Trauma et résilience », Paris, DUNOND.
- 30-Tremblay.S (2009) « Méthodologie des sciences humaines », Québec, renouveau pedagogique Inc.
- 31- Vaiva. G, Lestavel P, F. Ducrocq (2008), «Quand traumatisme psychologique doit être traité. » Presse Med.

Sites web

- 32-centres pour le controle et le prévention des maladies . (2019). Récupéré sur CDC: <https://www.cdc.gov>

- 33**-Chossegros, P. (2020, Mars). united states National library of medecine.
Récupéré sur PMC:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7510524>
- 34**-complémentaire santé, assurance de pret de prévoyance. (2020). Récupéré sur alptis: <https://www.alptis.org>
- 35**-Delarue, M. (2020, avril 21). Récupéré sur [.https://www.laas.fr](https://www.laas.fr)
- 36**-Dictionnaire la topie. (2020). Récupéré sur Topictionnaire: Le dictionnaire de politique: <http://www.toupie.org>
- 37**-Dictionnaire medical. (2015-2021). Récupéré sur déctionnaire-médical :
<http://dictionnaire-medical.fr>
- 38**-doctissimo. (2008, 11 19). Récupéré sur doctissimo: <http://Doctissimo.fr>
- 39**-femmes, j. d. (2021, 4 22). Maladies infectieuses : définition, liste, prévention. Récupéré sur <https://sante.journaldesfemmes.fr>
- 40**-Fondation dans la Recherche Médicale. (2021, Aout 17). Récupéré sur FRM:
<http://www.frm.com>
- 41**-Franck, P. N. (2020, NOVEMBRE). covid 19 et detresse psychologique. (O. JACOB, Éd.) Paris: Odile Jacob.
- 42**-Nicolas, F. (2020). Covid-19 et détresse psychologique . Paris: Odile Jacob.
- 43**-Organisation Mondiale de la Santé. (2019, 10 12). Récupéré sur L'OMS:
<http://www.who.int>
- 44**-Organisation Mondiale de la Santé. (2021, juin 22). Récupéré sur OMS:
<http://www.who.int>
- 45**-sante, f. (2020). FUTURAsanté. Récupéré sur Futura science:
<https://www.futura-sciences.com>
- 46**-techno-science. (2021, Mai 14). Récupéré sur techno-science :
<http://www.techno-science.fr>

Dictionnaires

47-Dictionnaire de sociologie, (2004), Armand Colin, Paris.

48-E(2005), « Le Petit Larousse De La Médecine », Paris, Larousse.

49- Martyn .B et all, (2005), « Le Robert », Paris, Le robert.

50-Sillamy.N, (2003), « Dictionnaire de la psychologie », Paris, Larousse.

Thèse

51- KIMESSOUKIE.O,(2016), « variabilité modélisation phénoménologique de la résilience chez des femmes camerounaises confrontées à une forte adversité »,thèse de doctorat psychologie université de Québec.

Annexes

Guide d'entretien

Information personnelle sur le sujet

-Nom

-Prénom

-Age

-quel est votre état matrimonial ?

-quel est votre profession, dans quel service travaillez-vous ?

Axe 01 : information sur la période du confinement.

-A quel période de confinement vous-avez travaillé ?

-combien d'heurs vous-avez travaillé pendant la journée ?

-comment étaient les conditions de travail à cette période ?

-avez-vous respectez le protocole de protection ?

-comment était pour vous la première garde ?

-décrivez- nous votre premier contact avec le premier sujet covid ?

-est-ce-que vous avez eu un contact direct avec les membres de votre famille pendant cette période ?

-comment était le regard de l'entourage envers vous ?

-est ce que vous avez été contaminé ? Si oui : est-ce-que vous-étiez hospitalisé ?

-est-ce-que vous avez consultez un psychologue ou un psychiatre pendant cette période ?

-avez-vous eu recours à l'automédication ? Si oui : quels médicaments avez-vous utilisé pour surmonter le stress relatifs à la période de confinement ?

Axe N° 02 : stress post-traumatique

-pouvez-vous nous décrire votre comportement pendant la 1ère période covid-19 ?

-au cours de ces derniers jours avez-vous souvent pensé d'une façon pénible à cet événement ? En avez-vous rêvé ou avez-vous en fréquemment l'impression de le revivre ?

-depuis la période de COVID-19 avez-vous des difficultés d'endormissement ? Concentration ?

Axe N°3 : la résilience

-Racontez nous comment vous faites pour gérer votre situation actuelle ?

-avez-vous des difficultés à prendre des décisions ?

-qui vous aide ou bien sur qui vous pouvez compter dans les moments difficiles ?

-est-ce-que vous affrontez les problèmes sans les nier ?

- trouvez-vous souvent des solutions à vos problèmes ?

-quelles sont vos qualités ?

-est-ce-que vous ne ressentez pas de changement dans vos relations conjugale, parentale, et dans votre relation avec les autres (amis, collègues, voisins...) ? Racontez-nous comment ?

-au cours de ces derniers jours avez-vous des loisirs ? Si oui, les quels ? est-ce-que vous continuez toujours à les pratiquer ?

-cette crise à-t-il influencé votre perception de l'avenir ?

-quels sont vos projets d'avenir ?

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					

16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française N. Desbiendras

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion.

حاولوا بقدر الإمكان الاجابة عن الأسئلة الآتية مع العلم أن كل إجابة مقبولة، لا يوجد جوابا جيدا أو غير جيدا، كل الإجابة مقبولة. أجبوا حسب رأيكم الخاص.

Lisez attentivement les énoncés suivants et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 signifie que vous êtes très en désaccord et 7 totalemment en accord .	Veuillez inscrire une cote allant de 1 à 7						
	الرجاء إدخال تقييم من 1 إلى 7						
تمنعوا جيدا مع الأسئلة المطروحة ثم جاوبوا بوضع إشارة في الخانة المناسبة والمرقمة من 1 الى 7 . رقم 1 يعني أنكم غير موفقين تماما أو جدا ورقم 7 أنكم جد موفقين	7 (totalement en accord) موافق تماما	6	5	4	3	2	1 (très en désaccord) غير موافق تماما
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme. 1- عندما أقوم بمشروع أو اصل حتى إتمامه							
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre. 2- على العموم استطيع أن احل مشاكلي بقدر المستطاع							
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres. 3- أعتمد على نفسي أكثر من ما أعتمد على الآخرين							
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses. 4- أهم شيء بالنسبة لي هو أن أوصل الاهتمام ببعض الأشياء							
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e). 5- أعتمد إلا على نفسي إذا ما استلزم الأمر							

6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie. 6- إنني فخور بتحقيق أشياء في حياتي							
--	--	--	--	--	--	--	--

7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement. عادة -7 أستطيع أن أتكيف بسهولة							
8. Je m'aime bien. أحب نفسي. -8							
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois. 10- أحس أنني قادرا على القيام بعدة أشياء							
10. Je suis une personne déterminée. إنني شخص مصمم. -10							
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses. 11- ناذرا ما أتسأل عن معنى أو مهية الأشياء							
12. Je prends les choses comme elles viennent. أتقبل الأحداث. -12 كما هي أو مثل ما تواجهني							
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés. أستطيع مواجهة أحداث صعبة. أن أمر بظروف صعب -13-لأنني سبق لي							
14. Je sais m'auto-discipliner. -14 أستطيع التهذيب الذاتيلنفسى							
15. Je m'intéresse à diverses choses. أهتم بأشياء مختلفة. -15							
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire. أجد -17 دائما ما يضحكني							
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles. 17- تسمح لي ثقتي بنفسى أن أمر							

بظروف أو بمراحلها صعبة

<p>18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.</p> <p>18- في حلة الطوارئ يمكن الاعتماد علي</p>							
<p>19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.</p> <p>19- من عادتي أن أتفحص وضعية ما من كل زواياها</p>							
<p>20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.</p> <p>20- إن شئت أو أبييت، في بعض الأحيان أرغم نفسي بالقيام ببعض الأشياء أو بعض المهام</p>							
<p>21. Ma vie a un sens. حياتي لها معنى</p>							
<p>22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.</p> <p>22- لا أضيع وقتي في أمور لا أستطيع مراقبتها</p>							
<p>23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.</p> <p>23- إذا ما كنت في وضعيات صعبة غالباً ما أستطيع الخروج منها</p>							
<p>24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire. لدي الطاقة الكافية للقيام بما أريد القيام به</p>							
<p>25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.</p> <p>25- لا يزعجني الأمر إذا كان البعض لا يحبونني</p>							

Stress post-traumatique et résilience chez les professionnels de la santé intervenant pendant la période du Covid-19

BRAHMI Célia

CHELHAB OURDIA

Résumé :

Cette étude porte sur le thème intitulé « stress post-traumatique et résilience chez les professionnels de la sante intervenant pendant a crise sanitaire (COVID-19) », elle a pour objectif de décrire et d'explorer l'effet traumatique de la crise sanitaire (COVID-19) sur la résilience des professionnels de la sante intervenant pendant cette période. Cette recherche, a été réalisée au sein de l'EPH de kheratta Bejaia et a porté sur (32) cas. Pour réaliser cette étude, 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 qu'on a obtenus ont montrés la présence des symptômes de stress post-traumatique chez les 32 professionnels participant à la recherche avec un pourcentage de (74,1%). Nos résultats démontrent aussi (29%) des professionnels de santé présentent un degré modéré de résilience.

Les Mots-clés : Le COVID- 19 ; professionnels de la sante ; le stress post-traumatique ; résilience.

Abstract:

This study focuses on the theme entitled "post-traumatic stress and resilience in health professionals intervening during a health crisis (COVID-19)", it aims to describe and explore the traumatic effect of the health crisis (COVID-19) on the resilience of health professionals intervening during this period. This research was carried out in the EPH of Kheratta Bejaia and involved 32 cases. To carry out this study, we used a semi-directive interview, the PCL-5 questionnaire for post-traumatic stress, and the resilience scale of Wagnild and Young (RS-R).

The results we obtained showed the presence of post-traumatic stress symptoms in the 32 professionals participating in the research with a percentage of (74.1%). Our results also show (29%) of health professionals present a moderate degree of resilience.

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

ملخص:

تركز هذه الدراسة على موضوع "تناذر ما بعد الصدمة و المرونة النفسية بين المهنيين الصحيين الذين تدخلوا خلال فترة (كوفيد-19)", و تهدف الى وصف و استكشاف التأثير المؤلم للارزمة الصحية (كوفيد 19) على قدرة المهنيين الصحيين على التدخل في هذه الفترة. و الواقع انه نفذ في المصلحة الاستشفائية لخرطة بجاية, حصلت هذه الدراسة على (32) مهني للصحة لإجراء هذه الدراسة, وأظهرت استخدمنا مقابلة نصف موجهة, و استبيان للضغط ما بعد الصدمة, و مقياس المرونة النفسية. النتائج التي تم الحصول عليها وجود اعراض ضغط ما بعد الصدمة عند اغلب الحالات (74.1%), كما اظهرت النتائج ان (25%) من مهنيين الصحة يتمتعون بمرونة نفسية معتدلة.

الكلمات الدالة: كوفيد 19; المهنيين الصحيين; الضغط ما بعد الصدمة; المرونة.

