



Université Abderrahmane mira de Béjaïa

Faculté des sciences Humaines et sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN PSYCHOLOGIE

Option : Psychologie clinique

Thème

Les répercussions psychosociales de la covid 19 sur les professionnels de la santé publique

Réalisé par :

BOUHAMDANI Amira

SAHI Anais

Encadré par :

Mr : FERGANI

2021-2022

Remerciements :

Nous tenons à remercier tout l'ensemble des participants à l'élaboration de ce modeste travail, ceux qui nous ont prêté main forte, de près ou de loin.

Nous tenons à remercier énormément notre encadreur Mr.Fergani, pour son attention, ses conseils, ses orientations, sa disponibilité et ses encouragements et surtout nous tenons à remercier spécialement la psychologue de l'hôpital Akloul Ali, Mme.Hamimi Sabiha pour tout son soutien, ses aides volontiers, ses précieux conseils, sa disponibilité et sa croyance en nous.

Nous tenons aussi à remercier l'ensemble des professionnels de la santé de notre lieu de stage qui ont accepté sans hésiter notre demande et ont collaboré à finaliser notre travail.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail pour tous les gens qui content pour moi, et ceux qui ont contribué de près ou de loin à sa réalisation

A vous ; papa et maman qui ont donné sans cesse chaque jour afin que je sois là aujourd'hui.

A mes chères sœurs Lydia, Djamila et kahina qui m'ont soutenues tout au long de ma recherche, sans oublier mon cher frère Messaoud

A mes adorables petites nièces Ritaj, Ines et Mayline qui m'offrent sans cesse de la positivité et de la force

A notre encadreur Mr Fergani, à la psychologue superviseuse Mme Hamimi et à ma chère binôme Sahi Anais sans sa collaboration ce travail n'aurait pas vu le jour

Enfin à mon cher Z.K qui m'a accompagné pendant mon parcours universitaire et m'a soutenu jusqu'à la fin.

Et à toute la promotion 2021/2022

B.AMIRA

Dédicace

J'aimerais dédier ce modeste travail à toute ma famille ; à ma petite maman chérie qui m'a beaucoup aidé par ses précieux conseils, à mon père qui a sus m'aider dans mes études et me diriger en cas de faute et à mes frères et sœurs pour leurs divers conseils lorsque je m'égarais et surtout à mon frère Rayane qui m'a beaucoup aidé en informatique.

Je dédie aussi ce mémoire à notre encadreur Mr. Fergani, la psychologue superviseuse Hamimi Sabiha et à ma binôme que le bon dieu m'avait envoyé Bouhamdani Amira, que j'apprécie beaucoup, une très belle rencontre, je la remercie pour son courage et sa bienveillance et son amitié.

Au final, je dédie ce travail de recherche à toutes les personnes que j'aime et à celles qui m'aiment, à celles à qui je tiens fort.

Et à toute la promotion 2021/2022

S.ANAIS

Tableau (1) : Présentation du groupe de recherche

Tableau (2) : Présentation des résultats de l'échelle de dépression de Beck

Tableau (3) : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Sommaire

Sommaire

Introduction générale

PARTIE THEORIQUE

Introduction générale.....2

Chapitre I : La Covid 19

Introduction6

I. Historique de la Covid 19

I.1. Au niveau mondial6

I.2 .En Algérie6

II) Définition de la Covid 197

III) Symptômes7

IV) Diagnostique9

VI) Prise en charge12

Conclusion13

Chapitre II : Professionnels de la santé et répercussions psychosociales

Introduction15

I. Professionnels de la santé.15

I.1.Types de professionnels de la santé.16

I.1.1.Professionnels médicaux16

I.1.2.professionnels paramédicaux16

II.1. Qualité de vie.16

II.1.1. Définition de la qualité de vie.16

II.1.2.Les différentes approches d'évaluation de la qualité de vie18

II.1.3. Objectifs de l'évaluation de la qualité de vie18

III. Les répercussions psychosociales19

III.1. les répercussions psychologiques20

VI. des soignants harassés22

V. La stratégie de prise en charge en Algérie23

Sommaire

Conclusion	24
Problématique et hypothèses	26
PARTIE PRATIQUE	
Chapitre III : Méthodologie de la recherche	
Introduction	31
I. La démarche de la recherche	31
I.1. La méthodologie clinique ..	31
II. L'outil de recherche.	32
III. Groupe de recherche ...	35
IV. Description du lieu de stage...	35
V. Découlement de la recherche.....	35
V.1. La pré-enquête ...	35
VI.2.L'enquête ...	36
Conclusion.....	36
Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des résultats	
Introduction ...	38
I. Présentation et analyse des cas ...	38
II. Synthèse	78
III. Discussion des hypothèses (des résultats) ...	78
Conclusion	79
Conclusion générale ..	80
Références bibliographiques ...	84
Annexes	

Introduction générale

Introduction générale

Une pandémie est une épidémie qui s'étend à la quasi-totalité d'une population d'un continent ou de plusieurs continents, voire dans certains cas de la planète.

Plusieurs pandémies ont touché l'humanité : la peste noire (ou peste bubonique) qui a causé plusieurs millions de morts en Europe, entre 1346 et 1350, la grippe espagnole de 1918 à 1920 qui a fait 15 millions de morts en se propageant depuis la Chine vers le Japon, la Russie, l'Europe puis l'Amérique du Nord.

Après avoir infecté 40 millions de personnes, le SIDA est aujourd'hui considéré comme une pandémie ; il semble devoir devenir la plus mortelle de l'histoire humaine.

Les pandémies sont généralement classées comme des épidémies d'abord, c'est-à-dire la propagation rapide d'une maladie dans une ou plusieurs régions particulières. L'épidémie du virus Zika qui a débuté au Brésil en 2014 et a traversé les Caraïbes et l'Amérique latine était une épidémie, tout comme l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2016.

Le Covid-19 a commencé comme une épidémie en Chine, avant de faire son chemin dans le monde entier en quelques mois et de devenir une pandémie.

À l'instar d'autres pandémies, celle de Covid-19 a eu un retentissement psychique important dans l'ensemble de la population. Néanmoins, cet impact s'est avéré encore plus aigu chez les personnels soignants, en lien avec l'exposition répétée au risque infectieux, la réorganisation des soins et leur positionnement spécifique. Les pharmaciens d'officine, qui ont assuré la continuité des soins dans un climat de télétravail généralisé, n'ont pas été épargnés. Des symptômes psychotraumatiques, anxieux et de dépression ont été observés.

La pandémie de la COVID-19 a bouleversé le fonctionnement du monde hospitalier dans son ensemble. Les hôpitaux ont été dépassés par un afflux massif de patients nécessitant une prise en charge en soins intensifs. Rapidement, les médecins et le personnel soignant dans son ensemble ont été déstabilisés par la dangerosité du virus. Le taux de mortalité et le risque de contagion se sont révélés beaucoup plus élevés qu'anticipés. Les soignants se sont retrouvés confrontés aux limites de leurs compétences face à une maladie mal connue et mortelle, mais aussi à leurs propres angoisses de contracter cette maladie et de la transmettre à leurs proches. Par ailleurs, au début, la pandémie a été vécue dans la confusion la plus totale.

L'afflux massif de patients a malmené les hôpitaux dans des proportions variables, même s'ils l'avaient anticipé. Lorsque la demande de soins dépassait l'offre, les soignants ont été confrontés à plusieurs facteurs de détresse : le stress lié à la recherche de ressources

Introduction générale

disponibles lorsqu'elles devenaient rares, voire le questionnement éthique associé au fait de devoir choisir les patients en fonction de l'ordre d'arrivée ou du pronostic vital. La confrontation répétée à cette situation a engendré un vécu d'impuissance et la perte perçue de la capacité à être soignant, **si le travail de soignant et la mise à l'épreuve du système de soins comportent des facteurs intrinsèques favorisant l'émergence d'une tension psychique**, la situation sanitaire inédite liée à la Covid-19 est venue bouleverser l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Le risque potentiel de contamination de leur famille a pu, en outre, créer un conflit, chez les professionnels de santé, entre devoir soignant et sécurité pour soi et ses proches. Ce mal-être a été accru par la majoration du temps de travail et la modification répétée des plannings perturbant l'équilibre familial, tandis que le confinement constituait une période critique : moins de temps consacré aux enfants et à l'aide au travail scolaire alors que les écoles avaient fermé (même si certaines se sont adaptées pour accueillir les enfants de ces personnels).

La partie théorique

Chapitre I : covid 19

Introduction

Un virus est un agent infectieux incapable de croître et de se diviser seul. Pour sa reproduction/propagation, un virus est totalement dépendant des cellules de ses hôtes. En effet, un virus doit pénétrer dans des cellules et détourner la machinerie de ces cellules hôtes à son profit pour synthétiser ses protéines et pour se répliquer (se reproduire). Les virus nouvellement formés dans la cellule hôte, ou virions, sortent de la cellule hôte et infectent à leur tour d'autres cellules et ainsi de suite. Toutes les espèces vivantes sont infectées par des virus. Il existerait 1035 types de virus sur la planète terre.

Le corps humain fait loger en lui plusieurs sortes de bactéries, celles qui sont inoffensives et celles qui sont néfastes, ainsi que des virus sous plusieurs formes et diverses fonction, ceux qui squattent l'organisme et figurent inactifs et ceux qui divisent les cellules et participent à leur destruction, trouvant l'être humain comme hôte facile de colonisation, ce qui engendrent ainsi des pathologies qui peuvent être bénigne ou encore maligne.

Les animaux sauvages, ou encore nos petits camarades ; les animaux de compagnie à l'allure si gentils et câlins, peuvent être des hôtes intermédiaires volontiers, ainsi ils contribuent à la contamination entre un animal et un autre et d'un être humain à un autre, ainsi allant d'un simple virus à une maladie, d'une épidémie puis à une pandémie mondiale tel est le cas de la Covid-19.

I) Histoire de la covid 19 :

I.1) Au niveau mondial :

L'OMS a été informée par les autorités chinoises d'un épisode de cas groupés de pneumonies dont tous les cas avaient un lien avec un marché d'animaux vivants dans la ville de Wuhan (région du Hubei), en Chine, le Huanan South China Seafood Market. Le 9 janvier 2020, un nouveau coronavirus (Covid19) a été identifié comme étant la cause de cet épisode. Parmi les 41 premiers cas détectés à Wuhan, la plupart travaillaient dans le Huanan South China Seafood Market où des animaux vivants étaient vendus, ou l'avaient fréquemment visité, indiquant une probable contamination d'origine animale. Le marché a été fermé et désinfecté le 1er janvier, mais la source d'infection n'a pas été formellement identifiée à ce jour.

I.1) Histoire de la covid 19 en Algérie :

Le 1er cas, un ressortissant italien, a été notifié le 25 février 2020 dans une base de vie à Hassi Messaoud dans la wilaya de Ouargla. A partir du 02 mars 2020 un nouveau foyer a été détecté

dans la wilaya de Blida suite à une alerte lancée par la France après la confirmation au COVID-19 de deux citoyens Algériens résidants en France ayant séjourné en Algérie. Depuis l'épidémie s'est étendue à l'ensemble du territoire national avec une nette prédominance dans les wilayas du nord.

Toutes les wilayas 48/48 ont notifiés au moins un cas confirmé depuis le début de l'épidémie en Algérie. Bien que les cas confirmés de COVID-19 soient notifiés dans l'ensemble du pays, on note une concentration importante des cas notifiés dans les wilayas situées dans la partie nord du pays.

II) Définition de la covid-19 :

Le COVID-19 est une maladie nouvelle, provoquée par un coronavirus nouveau qui n'avait jamais été vu chez l'humain. Un coronavirus nouveau est un coronavirus qui n'avait jamais été identifié. Le virus provoquant la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) n'est pas identique aux coronavirus qui se transmettent couramment chez l'humain et qui causent des maladies sans gravité telles qu'un rhume banal.

La maladie à coronavirus 2019 ou COVID-19 (pour coronavirus disease 2019) est la maladie infectieuse causée par une souche de coronavirus appelée SARS-CoV-2. Le virus SARS-CoV-2 fait partie de la grande famille des virus enveloppés. C'est un virus à ARN simple brin positif, c'est-à-dire que lorsque le génome est libéré dans le cytoplasme de la cellule infectée par le virus, il peut être, en grande partie directement traduit en protéines par la machinerie de traduction de la cellule infectée. Le génome du virus SARS-CoV-2 est un génome relativement grand puisqu'il a 30 kilobases et code pour une vingtaine de protéines. Les coronavirus ont les plus grands génomes parmi les virus à ARN.

Le SARS-CoV-2 est le nom du Coronavirus responsable de la maladie COronaVirus Disease 2019 ou la COVID-19. Les coronavirus sont une famille de virus à ARN qui infectent de nombreux animaux vertébrés. Ils doivent leur nom à leur enveloppe en forme de couronne (corona) qui est constituée d'une membrane lipidique (graisses) et de protéines en forme de pic (spicules ou spikes en anglais) insérées dans cette membrane. Ils sont très répandus chez les chauves-souris mais on peut les trouver aussi chez d'autres mammifères comme les humains et les baleines mais aussi chez les oiseaux. Chez l'homme, ils sont le plus souvent responsables d'infections modérées des voies respiratoires comme le rhume mais peuvent aussi provoquer des détresses respiratoires sévères avec des complications qui peuvent entraîner la mort.

III) Les symptômes de la covid-19 :

Les symptômes les plus courants de la COVID-19 qui exigent l'auto-isollement immédiat et, si la personne y est admissible, un test de dépistage de la COVID-19, incluent les suivants :

On considère que le virus se transmet principalement d'une personne à l'autre : – Entre des personnes proches l'une de l'autre (moins de 2 mètres) , Via des gouttelettes respiratoires qui sont expulsées lorsqu'une personne infectée tousse, éternue ou parle .Ces gouttelettes peuvent

pénétrer dans la bouche ou le nez des personnes alentour, et même être inhalées dans les poumons. Des personnes ne présentant aucun symptôme peuvent transmettre le COVID-19.

Après une incubation de 4 à 7 jours (3 à 10 dans les cas extrêmes), une première phase de l'infection dure de 7 à 10 jours. Elle est dans la majorité des cas asymptomatique mais elle peut s'accompagner d'une symptomatologie associant, en fonction des patients, fièvre, toux, céphalées. Apparaissent parfois des symptômes gastro-intestinaux (diarrhées) et une anosmie (perte de l'odorat) associée à une agueusie (perte du goût). Ces derniers symptômes sont fréquents dans le COVID-19 et signent un passage direct des voies naso-pharyngées au système nerveux central. Dans 80% des cas, l'infection régresse spontanément, en s'accompagnant vraisemblablement de production d'anticorps en particulier des anticorps neutralisants. Une deuxième phase débute environ 10 jours après le début des symptômes dans 15 à 20 % des cas. Elle concerne les sujets âgés ou des patients présentant des comorbidités, essentiellement l'obésité, le diabète, l'hypertension. Cette phase se caractérise par une détresse respiratoire aiguë qui se précipite souvent de manière très rapide et nécessite une hospitalisation en unités de soins intensifs ou réanimation. De manière objective, l'on observe ce qui est appelé l'orage cytokinique à savoir une libération massive de cytokines pro inflammatoires dont l'IL-6, IL-1 et le TNF (le facteur Nécrosant des Tumeurs).

- **Fièvre** (température de 37,8 °C/100,0 °F ou plus) ou frissons
- **Toux** (nouvelle ou aggravée (p. ex., continue, plus importante que d'habitude s'il s'agit d'une toux chronique) y compris le croup (toux aboyante, faisant un bruit de sifflement en respirant) o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus pour lesquels les symptômes actuels ne représentent pas une poussée ou une exacerbation en lien avec l'infection (p. ex., maladie pulmonaire obstructive chronique)
- **Essoufflement** (dyspnée, manque de souffle, incapacité à respirer profondément, respiration sifflante pire que d'habitude en cas d'essoufflement chronique) o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., insuffisance cardiaque chronique, asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique)
- **Diminution** ou perte de l'odorat ou du goût o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., polypes nasaux, allergies, troubles neurologiques) Version 9.0
4 janvier 2022 Deux ou plus de deux des symptômes suivants de la COVID-19 exigent l'auto-isolément immédiat et, si la personne y est admissible, un test de dépistage de la COVID-19:
- **Fatigue extrême, léthargie ou sensation de malaise** (sensation générale de malaise, manque d'énergie, fatigue extrême) inhabituelle ou inexplicable o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., dépression, insomnie, dysfonctionnement thyroïdien, anémie, malignité, réception d'un vaccin contre la COVID-19 ou la grippe au cours des 48 dernières heures)
- **Douleurs musculaires ou douleurs aux articulations** inexplicables, inhabituelles ou prolongées o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex.,

fibromyalgie, réception d'un vaccin contre la COVID-19 ou la grippe au cours des 48 dernières heures)

- **Nausées, vomissements ou diarrhée** o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., vomissements transitoires dus à de l'anxiété chez les enfants, dysfonctionnement vestibulaire chronique, syndrome du côlon irritable, maladie inflammatoire chronique de l'intestin, effet secondaire d'un médicament)
- **Mal de gorge** (déglutition douloureuse ou difficulté à avaler) o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., écoulement post-nasal, reflux gastro-œsophagien)
- **Rhinorrhée ou congestion nasale** (nez qui coule ou bouché) o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., revenir à l'intérieur après une exposition au froid, sinusite chronique inchangée par rapport à l'état de santé de référence, allergies saisonnières)
- **Mal de tête** nouveau et persistant, inhabituel, inexplicé ou prolongé o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., céphalée dite de tension, migraines chroniques, réception d'un vaccin contre la COVID19 ou la grippe au cours des 48 dernières heures) Autres symptômes liés à la COVID-19 qui devraient être surveillés :
- **Douleur abdominale** persistante ou continue o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., crampes menstruelles, reflux gastro-œsophagien pathologique)
- **Conjonctivite** (conjonctivite à bacille de Weeks) o N'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., blépharite, orgelets récurrents)
- **Diminution ou manque d'appétit** o Chez les jeunes enfants et n'ayant aucun lien avec d'autres causes ou problèmes de santé connus (p. ex., anxiété, constipation).

I.V) Diagnostic de la Covid 19 :

Pour poser le diagnostic de la COVID-19, il existe à ce jour 03 types de tests biologiques dont les objectifs et les périodes d'indication diffèrent.

- **Tests directs**
 1. Test de référence RT-PCR
 2. Tests antigéniques
- **Tests indirects**
 - o Tests sérologiques

A. Les tests directs

1. Test de référence RT-PCR

RT-PCR (**R**éaction de **T**ranscription inverse suivie d'une Réaction de **P**olymérisation en **C**haîne en temps **R**éel) est une technique d'analyse de laboratoire qui permet de détecter la présence d'ARN (génom) du virus SARS-CoV-2.

- Elle a une spécificité et une sensibilité excellentes par rapport aux autres tests.
- Elle est réalisée sur un prélèvement naso-pharyngé à l'aide d'un écouvillon plongé profondément dans la narine.
- Le prélèvement naso-pharyngé peut être effectué en milieu hospitalier ou en laboratoire d'analyses médicales.
- Dans certaines situations, la RT-PCR peut se faire en milieu hospitalier sur un prélèvement de lavage broncho-alvéolaire, produit d'aspiration endo-trachéale ou de lavage nasal.
- La réalisation de la RT-PCR se fait au niveau des laboratoires de sécurité biologique niveau 2 (LSB2).

NB : certains facteurs peuvent influencer les résultats de la RT-PCR et peuvent être à l'origine de **rare**s cas de **faux positifs** ainsi que de **faux négatifs**

Faux négatif

C'est un résultat négatif au COVID-19 chez une personne infectée par le virus, ceci peut être dû à :

- une charge virale faible chez la personne infectée.
- un prélèvement réalisé tardivement (au-delà de 7 jours).
- une mauvaise qualité du prélèvement liée à :
 - un prélèvement nasal superficiel.
 - un défaut de conservation et/ou de transport du prélèvement (T° à $+4^{\circ}$ avec milieu de transport viral)

Faux positif

C'est un résultat positif au COVID-19 chez une personne non infectée par le virus, ceci peut être dû à :

- à une contamination de l'échantillon lors de sa manipulation au niveau du laboratoire.

2. Tests antigéniques (tests de diagnostic rapide antigénique TDR-Ag)

- C'est un test immunologique de diagnostic rapide antigénique prescrit médicalement, permettant de détecter les protéines du virus SARS-CoV-2.
- C'est un test avec une spécificité élevée et une sensibilité variable (selon la charge virale), qui doit répondre aux exigences minimales de performance recommandées par l'OMS et être évalué et validé par l'IPA (Institut Pasteur d'Algérie).
- Il est réalisé sur un prélèvement naso-pharyngé.
- Le prélèvement se fait au niveau des laboratoires d'analyses médicales, ou au niveau des structures de santé.
- Le résultat est prêt en moins de 30 min avec un coût faible par rapport à la RT-PCR.

B. Tests indirects (tests sérologiques)

Le test sérologique est un test qui permet de détecter la présence d'anticorps anti SARS-CoV-2 dans le sang, cette présence témoigne d'un contact antérieur de la personne avec le virus. Les anticorps détectés sont de type **IgM** et **IgG** ; les **IgM** apparaissent plus précocement que les **IgG**. Ce sont des tests indirects qui permettent d'orienter le diagnostic.

Il existe deux types de tests sérologiques :

- **TEST AUTOMATISABLE ELISA (Enzyme- Linked Immunosorbent Assay)** : test de 1^{ère} intention
- **TESTS RAPIDES** :
 - **TRD : Test Rapide de Diagnostic**
 - **TROD : Test Rapide d'Orientation de Diagnostic**

• Test automatisable ELISA

- C'est une technique de dosage d'immuno-absorption par enzyme liée.
- C'est un test quantitatif de performance avec une excellente spécificité et une sensibilité dépendante du délai de sa réalisation qui varie entre **07 et 14 jours** suivant l'apparition des signes cliniques.
- Il est réalisé:
 - a. Sous prescription médicale
 - b. Sur un prélèvement sanguin à partir d'une prise de sang (plasma ou sérum)
 - c. Dans des laboratoires d'analyses de biologie médicale
- Le résultat est obtenu en quelques heures.

• Tests rapides

- Ce sont des tests basés sur une technique immuno chromatographique.

- Ils sont présentés sous forme de dispositif ressemblant à celui du test de la glycémie.
- Ils permettent la détection d'anticorps anti SARS-CoV-2 qualitativement.

Ils peuvent être réalisés au delà du 14^{ème} jour suivant l'apparition de signes cliniques.

V) La prise en charge de la covid-19 :

Pour les personnes contact à risque élevé (personnes non vaccinées ou schéma de primo-vaccination incomplet ou immunodépression grave)

- Ces personnes doivent réaliser immédiatement un test de dépistage, RT-PCR, RT-LAMP ou antigénique sur prélèvement nasopharyngé (pour les enfants de moins de 6 ans, un prélèvement salivaire peut être réalisé si le prélèvement nasopharyngé est difficile ou impossible) :

- En cas de test de dépistage positif, la personne-contact à risque devient un cas confirmé (cf. supra) ;

- En cas de test de dépistage négatif, ces personnes-contact doivent respecter une quarantaine de 7 jours, à domicile, à partir de la date du dernier contact à risque avec le cas confirmé, si la personne peut s'isoler strictement du cas ou 7 jours après la fin de la période de contagiosité du cas si la personne contact ne peut s'isoler strictement du cas, soit 17 jours après la date de début des signes (ou de la date de prélèvement diagnostique pour les cas asymptomatiques). Un second test est réalisé en fin de quarantaine (J7 ou J17 si pas d'isolement strict du cas). Si ce test est négatif, la quarantaine peut être levée. Si ce test n'est pas réalisé, la quarantaine est prolongée de 7 jours supplémentaires (sauf pour les enfants de moins de 6 ans).

- Ces personnes-contact doivent informer de leur statut les personnes avec qui elles ont été en contact à partir de 48h après leur dernière exposition avec le cas confirmé et leur recommander de limiter leurs contacts sociaux et familiaux (contact-warning). Ces personnes réalisent une auto-surveillance de leur température et de l'éventuelle apparition de symptômes, avec test diagnostique (moléculaire ou antigénique) immédiat en cas de symptômes, quel que soit l'âge.

Pour les personnes contact à risque modéré (schéma de primo-vaccination complet et pas d'immunodépression grave) :

- Ces personnes réalisent immédiatement un test de dépistage, RT-PCR, RT-LAMP ou antigénique sur prélèvement nasopharyngé (pour les enfants de moins de 6 ans, un prélèvement salivaire peut être réalisé si le prélèvement nasopharyngé est difficile ou impossible) :

- En cas de test de dépistage positif, la personne-contact à risque devient un cas confirmé (cf. supra) ;

-En cas de test de dépistage négatif, un second test est réalisé 7 jours après le dernier contact avec le cas si la personne contact peut s'isoler strictement du cas, ou 7 jours après la fin de 5 03/08/2021 Coronavirus (COVID-19) la période de contagiosité du cas si la personne contact ne peut pas s'isoler strictement du cas (situation de contact au sein d'un même foyer), soit 17 jours

après la date de début des signes (ou de la date de prélèvement diagnostique pour les cas asymptomatiques).

- Les personnes-contacts à risque modéré sont dispensées de quarantaine. En complément des tests immédiat et à J7, elles doivent maintenir les mesures barrières en toutes circonstances jusqu'à 7 jours après le dernier contact avec le cas index. Ces personnes réalisent une autosurveillance de leur température et de l'éventuelle apparition de symptômes, avec test diagnostique (moléculaire ou antigénique) immédiat en cas de symptômes, quel que soit l'âge. Ces personnes-contact doivent informer de leur statut les personnes avec qui elles ont été en contact à partir de 48h après leur dernière exposition à risque avec le cas confirmé et leur recommander de limiter leurs contacts sociaux et familiaux (contact-warning). Elles doivent également limiter les interactions sociales, en particulier dans les ERP où le port du masque n'est pas possible, et éviter tout contact avec des personnes à risque de forme grave même si elles sont vaccinées, et porter a minima un masque de filtration supérieur à 90% dans l'espace public.

Les personnes-contacts à risque modéré partageant le même domicile que le cas doivent porter un masque au domicile, et le cas doit rester isolé de ses contacts.

La fin de la période d'isolement pour les cas (symptomatiques et asymptomatiques) et de quarantaine pour les contacts à risque élevé doit s'accompagner du port rigoureux du masque, respectivement chirurgical et grand public, du strict respect des mesures barrières et de la distanciation physique ainsi que de la poursuite de la limitation des contacts notamment avec les personnes à risque de forme grave durant les 7 jours suivant la levée de l'isolement ou de la quarantaine ; en cas d'impossibilité à respecter ces mesures, les mesures d'éviction doivent être poursuivies pendant 14 jours au total.

Les personnes-contacts à risque négligeable sont dispensées de quarantaine. Elles doivent néanmoins maintenir les mesures barrières en toutes circonstances jusqu'à 7 jours après le dernier contact avec le cas index. Ces personnes réalisent une auto-surveillance de leur température et de l'éventuelle apparition de symptômes, avec test diagnostique (moléculaire ou antigénique) immédiat en cas de symptômes, quel que soit l'âge.

Conclusion :

La pandémie Covid-19 , qui est un Verus d'une minuscule taille ,ravage la terre toute entière ,engendrant des pertes matérielles et humaine ainsi que des bouleversements socio-économiques ,obligeant les êtres humains qui n'ont pas d'ailleurs le choix ,à s'adapter à de nouvelles lois qui sont parfois difficiles à adopter ,une simple erreur d'hygiène d'un seul individu coute chère et le reste de la population le paye ,produisant ainsi des répercussions psychosociales très lourdes en plus des dommages de la maladie elle-même .Tout cela sera évoqué dans le deuxième chapitre ,le suivant portant comme titre les professionnels de la santé et répercussions psychosociales .

Chapitre II

Les professionnels de la santé et les répercussions psychosociales

Introduction

D'après les données recueillies, les professionnels de la santé et des services sociaux sont soumis à des risques accrus de développer des troubles de santé mentale. Les plus fréquemment cités sont : les troubles d'anxiété, la dépression et l'état de stress post-traumatique (Gavin et al., 2020; Khalid et al., 2016; Lee et al., 2018; R. G. Maunder et al., 2006; Styra et al., 2008; Su et al., 2007). Ces troubles de santé mentale se manifestent généralement par des symptômes, tels que des inquiétudes, craintes ou peurs liées au contexte de pandémie, de la confusion, une perte de confiance, de la fatigue, de la nervosité et de l'insomnie.

En temps de pandémie, ces symptômes sont répandus dans la population générale. Cependant, les professionnels de la santé et des services sociaux font partie des groupes les plus vulnérables face aux risques de souffrir de troubles de santé mentale. Dans une enquête réalisée en Chine sur les problèmes psychosociaux pendant l'épidémie de COVID-19, Zhang Wen et ses collègues ont observé que les agents de santé médicaux avaient une prévalence plus élevée d'insomnie, d'anxiété, de dépression, de somatisation et de symptômes obsessionnels compulsifs comparativement aux agents de santé non médicaux (Zhang et al., 2020). Des observations similaires ont été notées par d'autres chercheurs (Nickell et al. 2004; Spoorthy, 2020; P. E. Wu et al., 2020). Par exemple, au cours d'une étude réalisée en 2003 sur les effets psychosociaux du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), Nickell et ses collègues ont observé que la prévalence de la détresse émotionnelle (se manifestant par la perte de sommeil, la perte de confiance en soi ou l'incapacité à prendre des décisions) observée au sein du personnel hospitalier était plus du double de celle observée dans la population adulte générale au Canada (Nickell et al., 2004). Plusieurs facteurs explicatifs de cette vulnérabilité des professionnels de la santé sont invoqués dans la littérature.

Ces facteurs influencent la perception des risques liés à la COVID-19 et amplifient ou modèrent ses effets sur le bien-être.

D) Le professionnel de la santé :

« On entend par professionnel de santé, au sens de la présente loi, toute personne exerçant et relevant d'une structure ou d'un établissement de santé qui, dans son activité professionnelle, fournit ou concourt à la prestation de santé ou contribue à sa réalisation. Sont également considérés professionnels de santé, les personnels relevant des services extérieurs assurant des missions techniques, d'enquêtes épidémiologiques, de contrôle et d'inspection. La nomenclature des professions de santé est fixée par voie réglementaire. ». (Jul 29, 2018- journal officiel de la République algérienne N°46 Art. 165.)

Sont considérés comme professionnels de la santé :

- les praticiens médicaux : médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens;
- les collaborateurs de santé ;
- les personnels paramédicaux.

Chapitre II Les professionnels de la santé et les répercussions psychosociales

(Avant projet de loi sanitaire version provisoire soumise a concertation-février 2003.art 263)

I.1) Types de professionnels de la santé :

II.1.1) Professionnels médicaux :

On entend par professionnel médical l'ensemble des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens

Le médecin assure la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de l'ensemble du corps humain. Détenteur d'un diplôme d'État de docteur en médecine après 7 ans d'études et d'un diplôme d'études médicales spécialisées (DEMS) dont le nombre d'années d'études dépend de chaque spécialité , il peut prescrire les actes, produits ou prestations qu'il juge nécessaire, dans la limite des spécialités pharmaceutiques qui sont prescriptibles selon la spécialité du médecin, dans le cas des médicaments.

Le pharmacien est un professionnel expert dans la composition, la préparation et le contrôle des médicaments. Il doit également s'assurer que chaque médicament qu'il délivre à un patient soit adapté à sa situation, qu'il ait été prescrit par un médecin ou non. Détenteur d'un diplôme d'État de docteur en pharmacie, il peut être pharmacien d'officine ou pharmacien industriel.

II.1.2) Professionnels paramédicaux :

Le paramédical est tout professionnel de la santé qui exécute des prestations paramédicales sous la responsabilité et la surveillance d'un professionnel médical.

Les professionnels paramédicaux dépistent des problèmes de santé, contribuent aux soins et à l'amélioration des conditions de vie des patients. Parmi la vingtaine de métiers répertoriés, plusieurs profils coexistent.

Les "soignants" (infirmiers, aides-soignants, puériculteurs, sages femmes) assistent une équipe médicale.

Les professionnels de la rééducation (psychomotriciens, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens...) travaillent sur la prescription d'un médecin qui a identifié les troubles du patient.

Les métiers de l'appareillage (opticien-lunetier, audioprothésiste, podo-orthésiste...) font appel à des compétences et savoir-faire plus manuels.

Enfin, l'assistance médicale et technique (technicien d'analyses biomédicales, manipulateur en électroradiologie médicale...) associe les connaissances médicales à la maîtrise de technologies

II) Qualité de vie :

II.1) Définition de la qualité de vie :

Le concept de qualité de vie est très subjectif, multidimensionnel et dépend des valeurs socioculturelles des individus. Chacun, bien portant ou malade, a une notion individuelle de la qualité de vie avec ses désirs, ses souhaits, sa satisfaction et le but à atteindre. L'OMS en a

Chapitre II Les professionnels de la santé et les répercussions psychosociales

donné une définition assez consensuelle en 1993 : “La qualité de vie est définie comme la perception qu’un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C’est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d’indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement”. L’évaluation de la qualité de vie (QdV) dans sa globalité est, de toute évidence, très difficile, voire impossible. De plus, cette évaluation est fonction du contexte, c’est-à-dire des objectifs de la mesure de la QdV. Dans le domaine de la santé, l’approche de la qdv sera probablement différente pour l’économiste, le spécialiste de santé publique et le clinicien.

Assimilé aux termes de « Bonheur » et « Bien-être » durant l’Antiquité (Schalock & Coll; 2007) En 1978 appropriation du Concept par l’OMS « La promotion et la protection de la santé des peuples sont les conditions sine qua non d’un progrès économique et social soutenu en même temps qu’elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et la paix mondiale » (OMS, 1978)

« Ce qu’on se souhaite au nouvel an... non pas la simple survie, mais ce qui fait la vie : bonne santé, amour, succès, confort, jouissance bref, le bonheur » (Fagot-Largeault, 1991)

- OMS (1993) : « Perception qu’a l’individu quant à sa position dans la vie dans le contexte culturel et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, attentes, normes et inquiétudes »

- l’OMS de 1994 : « Perception qu’a un individu de sa place dans l’existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s’agit d’un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d’indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. »

Une différence fondamentale entre la qualité de vie et l’état de santé tient à la notion de point de vue. L’état de santé associe des symptômes et des signes recherchés par le clinicien ou déclarés par le patient (certains instruments de qualité de vie intègrent une mesure de symptômes perçus). La qualité de vie est le résultat de la seule appréciation par l’individu concerné, même si elle ne correspond pas à la réalité des performances que l’on peut observer. Elle est un concept multidimensionnel, qui englobe un certain nombre de capacités à exécuter des activités de la vie quotidienne, à se réjouir de sa vie, de son propre fonctionnement dans la vie de relations physiques, sociales et émotionnelles (satisfaction, bien-être) Par opposition à de nombreuses mesures d’état de santé, c’est le sujet qui fournit sa propre appréciation de sa qualité de vie. Elle est variable d’un individu à l’autre en fonction des caractéristiques de la personne. Elle varie au cours du temps chez un même individu sous diverses influences (évolution de vie, contexte social, professionnel, santé ou maladie).

On peut multiplier les définitions données par les auteurs sans avoir plus de précisions sur ce concept. En fait, il a fait l’objet de nombreuses recherches, dans tous les pays. Elles ont mis en évidence la difficulté de cerner un tel concept. Cependant, tous les auteurs sont d’accord pour

Chapitre II Les professionnels de la santé et les répercussions psychosociales

dire que seule une personne (un patient) peut définir son niveau de qualité de vie en fonction de critères purement subjectifs qui lui sont propres, situés dans 4 grands domaines que décrit Leplège :

- « L'état physique du sujet (autonomie, capacités physiques) ;
- ses sensations somatiques (symptômes, conséquences de traumatismes ou de procédures thérapeutiques, douleurs) ;
- son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression) ;
- ses relations sociales et son rapport à l'environnement, familial, amical ou professionnel »

Correspond à l'expérience individuelle de la vie et à la satisfaction engendrée par différents éléments de celle-ci (famille, maison, revenus, conditions de travail, etc.). Ce concept a été adopté comme indicateur dans la mesure des effets des traitements médicaux, utilisant un point de vue subjectif du changement, avant et après traitement. La qualité de vie est un concept très large qui incorpore de façon complexe au niveau de la personne différentes dimensions : bien-être physique, état psychologique, niveau d'indépendance, relations sociales, croyances personnelles et relations aux principaux éléments de l'environnement.

II.2) Les différentes approches d'évaluation de la qualité de vie :

On distingue deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : l'entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative).

L'entretien psychologique permet une évaluation plus globale de la qualité de vie et possède une valeur thérapeutique. Cependant, il a plusieurs inconvénients : difficulté de standardisation et donc d'utilisation dans des études comparatives, impossibilité d'application à grande échelle, et coût élevé. Les outils psychométriques, constitués d'échelles ou de questionnaires (auto-hétéro évaluation), réalisent une évaluation plus restrictive de la qualité de vie, mais ils permettent une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser. Ils s'adressent aux individus d'une population donnée et sont aptes à fournir des informations valables en moyenne pour l'ensemble du groupe. Ils sont utilisés pour une aide à la prise de décision au niveau collectif. Au niveau individuel, il faut disposer d'un outil psychométrique qui doit prendre le sujet comme sa propre référence, explorer et analyser tous les domaines qui composent la qualité de vie ou la qualité de vie liée à la santé, pondérer chacun des domaines les uns par rapport aux autres, en fonction de leur importance pour chaque individu. Un tel outil est extraordinairement complexe. Peu d'outils répondant à ces caractéristiques ont été élaborés à ce jour.

II.3) Objectifs de l'évaluer la qualité de vie :

Pour orienter l'accompagnement,

- Evaluer les besoins du bénéficiaire de manière standardisé
- Elaborer des programmes centrés sur l'individu

Pour évaluer les interventions

- Evaluer les effets d'un programme d'accompagnement
- Evaluation tout au long de l'intervention pour en appréhender les effets probants ou non

Il est souvent nécessaire d'utiliser plusieurs échelles pour obtenir des résultats fiables et valides. Malgré les nombreuses échelles disponibles, l'évaluation de la qualité de vie reste complexe. Une grande prudence s'impose dans l'utilisation de ces outils, aussi performants soient-ils, car aucun ne pourra évaluer cette part intime de l'être qui est liée au sens qu'il donne à sa vie, aux valeurs qu'il fait siennes et qui engendrent une grande part de la perception qu'il a de sa qualité de vie.

III) Les répercussions psychosociales :

Le concept de santé mentale, selon la définition globale donnée par l'OMS, la santé relève de la sphère du bien-être. Selon cette organisation, la santé correspond en effet à un « état de complet bien-être physique, mental et social [...] qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé mentale quant à elle découle d'un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». Être en bonne santé mentale se traduit donc par un état de bien-être émotionnel, psychique et cognitif. Se sentir bien ne suffit pas à définir cet état. La santé mentale s'étend bien au-delà d'un simple ressenti positif. Pour atteindre et conserver une santé mentale satisfaisante, il faut aussi se sentir utile, avoir de l'espoir, réussir ce que l'on fait et croire en soi. Au-delà d'un vécu personnel de qualité, de nombreux facteurs, personnels, conjugaux, familiaux, sociaux et professionnels entrent en jeu. Leur combinaison détermine le bien-être. C'est la personne dont il est question qui doit le définir. Il n'y a qu'elle qui soit en mesure de le faire, car elle tient compte de ses propres attentes.

La santé mentale implique plus qu'une simple absence de troubles mentaux, quels qu'ils soient. Certes un trouble mental non stabilisé et mal accepté n'est pas favorable à une bonne santé mentale. Néanmoins il est possible d'avoir une santé mentale satisfaisante après avoir cheminé et dépassé les conséquences d'un tel trouble et s'être rétabli. Le bien-être mental recouvre dans une large mesure la notion de santé mentale positive. Bien-être mental et santé mentale positive sont des constructions scientifiques complexes et hétérogènes. On peut les décrire en s'appuyant sur deux termes d'étymologie grecque qui désignent deux dimensions complémentaires, la dimension hédonique et la dimension eu démonique. La première caractérise l'expérience subjective du bonheur et la satisfaction de la vie, alors que la seconde se rapporte au fonctionnement psychologique et à la réalisation de soi. S'intéresser au bien-être mental, ce n'est pas seulement constater une absence de troubles, vision par trop incomplète, d'une part, et peu mobilisatrice, d'autre part, étant donné la stigmatisation dont font encore l'objet les troubles mentaux quels qu'ils soient. C'est également étudier, rechercher les signes d'un état plus global de bien-être général. La santé mentale concerne tout le monde, alors que la psychiatrie ne concerne qu'une partie de la population (certes non négligeable et de mieux en mieux jugée, mais encore volontiers considérée à part).

Chapitre II Les professionnels de la santé et les répercussions psychosociales

L'exposition à la Covid-19 et la peur d'être contaminés ont influencé l'état psychique des soignants de façon variable :

- en fonction du type de service : l'anxiété était plus élevée en soins intensifs et dans les secteurs n'accueillant que des patients Covid , d'autant plus que les moyens de protection mis à disposition sont restés longtemps cruellement insuffisants ;
- en fonction de la profession : dans les études, les infirmiers semblaient plus impactés que les médecins, ce qui paraît en lien avec le fait que ces derniers sont moins longtemps exposés à un contact proche avec les patients. De plus, les soignants dits de première ligne ont été soumis à la répétition d'une exposition au risque, ce qui explique un vécu d'épuisement, d'autant plus critique que l'hôpital public vit une crise systémique du fait d'une baisse des moyens matériels et humains, générant la perception d'un manque de considération de cette problématique par les pouvoirs publics.

L'afflux massif de patients a malmené les hôpitaux dans des proportions variables, même s'ils l'avaient anticipé. Lorsque la demande de soins dépassait l'offre, les soignants ont été confrontés à plusieurs facteurs de détresse : le stress lié à la recherche de ressources disponibles lorsqu'elles devenaient rares, voire le questionnement éthique associé au fait de devoir choisir les patients en fonction de l'ordre d'arrivée ou du pronostic vital. La confrontation répétée à cette situation a engendré un vécu d'impuissance et la perte perçue de la capacité à être soignant.

Si le travail de soignant et la mise à l'épreuve du système de soins comportent des facteurs intrinsèques favorisant l'émergence d'une tension psychique, la situation sanitaire inédite liée à la Covid-19 est venue bouleverser l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Le risque potentiel de contamination de leur famille a pu, en outre, créer un conflit, chez les professionnels de santé, entre devoir soignant et

sécurité pour soi et ses proches [7] . Ce mal-être a été accru par la majoration du temps de travail et la modification répétée des plannings perturbant l'équilibre familial, tandis que le confinement constituait une période critique : moins de temps consacré aux enfants et à l'aide au travail scolaire alors que les écoles avaient fermé (même si certaines se sont adaptées pour accueillir les enfants de ces personnels.

III.1) Les répercussions psychologiques : anxiété stress post traumatique et dépression

À ce jour, les RPS au travail ne sont définis ni scientifiquement ni juridiquement. Seules des définitions empiriques existent qui, pour la plupart, situent les RPS à l'articulation de variables individuelles, collectives et organisationnelles, marquant ainsi le caractère composite et mal circonscrit du phénomène. Le ministère du Travail français les définit comme suit : « les RPS sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress anxiété dépression voir même stress post traumatique.

L'anxiété :

c'est ressentir un état de stress sans qu'il y ait réellement un danger immédiat. L'individu interprète les signaux de son environnement comme une menace et son système d'alerte va s'activer.

Pierluigi G définit l'anxiété comme: «un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative dirigée vers le futur parfois exagérée par rapport à la menace des symptômes corporels subjectifs et manifestes»

Le DSM- IV : définit l'anxiété comme «une anticipation appréhensive d'un danger ou d'un malheur futur, accompagnée d'un sentiment de dysphorie ou de symptômes somatiques de tension ». (Famose, 1993).

Le stress post traumatique :

Le trouble de stress post-traumatique fait partie des conséquences éventuelles de l'impact de la pandémie de Covid-19 chez les soignants placés en première ligne durant la crise sanitaire. Ses signes pathognomoniques sont les symptômes de répétition, c'est-à-dire la reviviscence de scènes en lien avec un événement traumatique sous forme de flashes visuels diurnes, de cauchemars ou de ruminations envahissantes. Bien que l'exposition à la Covid (soignant confronté à des patients ou à des proches contaminés, ou contaminé lui-même) ne réponde pas stricto sensu à la définition de l'événement à potentiel traumatique, l'apparition de symptômes psychotraumatiques chez des professionnels de santé dans le cadre de la pandémie est renseignée dans une cohorte de grande ampleur .La survenue d'épisodes dépressifs caractérisés, les symptômes anxieux, l'altération de la qualité du sommeil, la majoration de la consommation d'alcool, voire de son mésusage, font partie des autres risques de souffrance psychique retrouvés chez les soignants.

Dépression :

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et ralentissement psychomoteur. S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser

La Dépression, ce n'est pas un « mal-être » existentiel, ni un « coup de déprime », Le fait de se sentir triste, d'être « déprimé », d'avoir des « idées noires » ou des difficultés à dormir ne veut pas forcément dire que l'on souffre de dépression. Les moments de cafard, de «blues», de doute ou de questionnement font partie de la vie. Au fil du temps et des événements, chacun de nous expérimente toute une gamme de sentiments, du plus triste au plus optimiste. À l'intérieur de cette large palette d'émotions, la tristesse, le découragement et le désespoir représentent des expériences humaines normales. Ces variations et ces baisses de l'humeur ne doivent pas être

Chapitre II Les professionnels de la santé et les répercussions psychosociales

confondues avec ce qu'éprouve une personne dépressive. Pour pouvoir parler de dépression, et donc de maladie, il faut

- que ces perturbations de l'humeur soient multiples et bien caractérisées ;
- qu'elles se manifestent de façon (quasi) permanente pendant une période supérieure à deux semaines ;
- qu'elles entraînent une gêne importante dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne (difficulté ou incapacité de se lever, d'aller à son travail, de sortir faire ses courses...).

. Les symptômes de la dépression Les symptômes somatiques sont assez variables selon les cultures. Dans les pays occidentaux, dits développés, ils sont largement dominés par l'anorexie et ses conséquences : perte de poids, voire dénutrition. La constipation est le deuxième symptôme le plus souvent observé. Les autres symptômes somatiques ont une importance moindre : diminution du désir, bradycardie, tendances lipothymiques. Les troubles sexuels, dont le déterminisme paraît plus complexe car très lié à la perte de l'élan vital, sont très fréquents : diminution du désir, impuissance, frigidité. Certains types de douleurs sont également souvent observés (céphalées, algies pseudo- rhumatologiques). Leur rapport avec la dépression reste actuellement mal expliqué. Le sommeil du déprimé est en règle égale perturbé par des réveils nocturnes avec difficultés du ré endormissement et par une insomnie de fin de nuit avec réveil précoces. Enfin, certains symptômes psychiques sont fréquemment associés au syndrome dépressif :

- un certain degré d'irritabilité, d'impulsivité, susceptible de déterminer des comportements de violences, témoigne souvent de l'existence d'un état dépressif larvé dont la symptomatologie peut secondairement se compléter ;
- une dimension anxieuse est associée à bon nombre d'états dépressifs, cause possible de difficultés diagnostiques.

IV) Des soignants harassés :

Les soignants sont épuisés, ils ont mené « une bataille sans fin contre un ennemi invisible, marquée par un sens de l'engagement décuplé, le côtoiement quotidien de la mort et le refus du découragement ». Ces professionnels ont eu « la trouille au ventre » de perdre la vie ou de la faire perdre à un proche. Le mot « contamination » était dans toutes les bouches. Les collègues soignants dont les services n'accueillaient pas de personnes porteuses de la Covid-19 se sont détournés de ceux qui affrontaient au quotidien ce virus. Les valeurs soignantes et la résilience sociale ont été mises à mal. Les organisations ont été plusieurs fois repensées. Travailler au quotidien en tenue de protection individuelle (temps d'habillage long), respecter les protocoles et les procédures sont devenus, en raison des nombreuses vagues, moins angoissants.

Les soignants ont été également confrontés à la peur de mourir des patients :

« Lorsqu'on les sédate pour les intuber, on sait que c'est pour les sauver. Mais on sait aussi que certains ne se réveilleront pas. Même s'il y a de belles surprises et des victoires, c'est terriblement traumatisant ; on a partagé des moments avec eux, rencontré leurs familles. C'est très dur, on ne s'habitue pas à la mort ». Ils ont témoigné de leur détresse face aux décompensations imprévisibles, à la vitesse de dégradation de l'état de santé et au nombre de décès plus important. « Dans un service de gériatrie, même aigu, les soignants sont régulièrement confrontés à la mort, mais pas à cette fréquence et pas en nombre aussi important ». Ils ont dû

Chapitre II Les professionnels de la santé et les répercussions psychosociales

mettre les défunts dans des housses mortuaires, sans avoir effectué de toilette ni d'habillage, tout en sachant qu'ils étaient les dernières personnes à les voir.

La pandémie de Covid-19 présente des caractéristiques

V) La stratégie de prise en charge en Algérie :

L'Algérie a mis en place plusieurs moyens de prise en charge psychologiques parmi eux:

_ L'armé blanche consulte: c'est une plate forme visant à offrir un soutien psychologique aux staffs médicaux (275 cellules de proximité à l'échelle national)

_ Visio de consultations

_ Le SNAPSY a lancé un réseau national d'écoute et de soutien psychologique marqué par la prévention et la lutte contre la propagation de la pandémie du covid-19

Intervention psychologique au niveau de la wilaya de Tlemcen

Pendant la pandémie mise en place d'une cellule de crise au niveau du chu Tlemcen a l'écoute pour recevoir les appels de détresse aussi des gardes assure des gardes au niveau du service anti covid(470 du CHU Tlemcen)

_ Une cellule d'écoute composée de psychologue au niveau de tous les services de santé de la wilaya pour les familles des personnes atteinte du covid.

Ces cellules ont enregistrées une augmentation importante des consultations psychologiques (état anxieux généralisé ainsi que des troubles de comportement, des phobies...)

-Pour prévenir la souffrance du personnel en lien avec la COVID-19

-Adaptation des conditions de travail

-sécurité

-mesures organisationnelles

-accompagnement et soutien psychologique

-Echanger

-Apaiser les tensions «maintenir et renforcer le lien de confiance et la cohésion d'équipe

-Briefing et débriefing

Conclusion

La pandémie de Covid-19 présente des caractéristiques cliniques et de contagiosité qui ont conduit à des mesures sanitaires exceptionnelles. Elle a provoqué un nombre important de cas avérés, mettant les soignants et le système de soins sous tension. Différents facteurs consécutifs de cette situation ont induit un impact psychique conséquent chez ces personnels, retrouvé de façon robuste dans la littérature scientifique internationale, notamment l'anxiété, le trouble de stress posttraumatique et la dépression.

On conclut que la pandémie de la COVID-19 a pu entraver le bien-être des professionnels de la santé.

Les troubles de santé mentale les plus fréquemment cités sont : l'anxiété, la dépression et l'état de stress post-traumatique.

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

Partie de Wuhan dans le centre de la Chine, une épidémie liée à un coronavirus ressemblant au SRAS est devenue pandémie et fait désormais des milliers de morts en Europe et dans le monde.

La maladie du nouveau Coronavirus (COVID-19) a obligé le monde entier à affronter l'un des plus grands défis de l'histoire contemporaine avec des millions de personnes contaminées et des centaines de milliers de morts. Par contre, ce serait une grave erreur de qualifier ce défi uniquement de crise sanitaire. Il s'agit d'une crise humaine à grande échelle qui provoque une grande misère et des souffrances humaines et qui pousse le bien-être socio-économique des gens au bord de l'effondrement.

Depuis la mise en place du confinement, de plus de 3 milliards d'habitants sur la planète, nous assistons à la métamorphose de beaucoup d'aspects de notre vie et de notre écosystème. Nos modes d'échanges et de communications ont profondément changé. Nous communiquons désormais par téléphone et écran interposé. Les personnes âgées confinées ont particulièrement souffert de cette absence de contact avec les proches, la crise sanitaire occupait le devant de la scène médiatique. Elle est au centre de toutes les préoccupations avec ses conséquences médicales, sociales et économiques. Les rendez-vous des informations régulières égrènent les statistiques des patients hospitalisés, en réanimation et de ceux décédés. L'activité humaine s'est presque complètement figée et des millions de personnes sont au chômage.

Depuis le 17 Mai 2020, les algériens sont confrontés à de nouveaux modes de vie tant sur le plan personnel tels que les sorties limitées, la pénurie de certains produits de consommation que professionnel télétravail, chômage partiel, et pour d'autres surcharges de travail et heures supplémentaires tels est le cas des professionnels de la santé.

Les écoles ont été fermées, constituant un défi supplémentaire à relever pour des millions de parents. Parallèlement, comme souligné par de nombreux experts, un climat de tension s'est instauré avec une anxiété notable face à la maladie chez la plupart des citoyens de notre pays, notant aussi l'augmentation des disputes, d'agression couronnée par le taux de divorce qui a flambé depuis l'apparition de la pandémie.

Pour l'ensemble de la population, La pandémie n'a que trop duré et nous assistons à l'émergence de différents troubles psychopathologiques tels que : la trouble anxieuse, dépressive et même psycho traumatique, puisque cette pandémie a réactivé d'anciens traumatismes psychiques.

Problématique et hypothèses

Il est nécessaire de le rappeler à chaque fois, l'équilibre mental des algériens, déjà fragilisé par la décennie noire, la situation économique et sociale, est gravement perturbé. En termes de santé mentale publique, le principal impact psychologique jusqu'à maintenant reste le taux élevé de l'anxiété et de la dépression, même si d'autres troubles psychologiques ont fait leur apparition, et l'anxiété n'est pas sans conséquences négligeables sur la santé de l'individu.

vivre dans un contexte d'épidémie n'est évidemment pas neutre d'un point de vue psychique, Johanna Rozenblum psychologue clinicienne, confirme qu'une épidémie mondiale est un événement traumatogène que l'on soit directement concerné ou plus à distance, cela nous confronte directement à la mort, ou du moins à une menace de mort.

Ce genre d'évènement peut générer une forte charge émotionnelle très difficile à contrôler pouvant avoir de nombreuses répercussions sur le plan psychologique.

C'est cette batterie de répercussions psychologiques que nous retrouvons depuis le début de la pandémie et qui représente un choc et pourrait avoir des conséquences profondes sur notre santé mentale et notre bien-être collectif.

« Les professionnels de la sante sont soumis a des risques accrus de développer des troubles de sante mentale, vue qu'ils étaient a la première lignée à faire face a ce virus peut connu. Les plus fréquemment cités sont : les troubles d'anxiété, la dépression et l'état de stress post traumatique. » (Gavin et al. 2020; Khalid et al.. 2016; Lee et al. 2018; R. G. Maunder et al.. 2006)

En temps de pandémie, ces symptômes sont répandus dans la population générale. Cependant, les professionnels de la sante font partie des groupes les plus vulnérables face aux risques de souffrir de troubles de sante mentale ainsi que le bouleversement de leurs vie sociale.

Les professionnels de santé ayant déjà des taches dures a effectuer notamment prendre soin de plusieurs patients, chacun ayant des besoins et des caractères différents et au même temps être a jour par rapport aux nouvelles découvertes scientifiques, la pandémie Covid -19 avec ses divers dangers ; la mort en tête, leur aurait donné un surplus de charge.

Problématique et hypothèses

Les professionnels de santé ont plusieurs choses, émotions et sentiments à gérer au sein de l'hôpital, ils engendrent leurs peurs et craintes, celles de leurs propre familles, celles de leurs patients et leurs collègues ce qui fait qu'ils sont perturbés, dépassés et épuisés par ces bouleversements.

Chaque professionnel comment il perçoit les choses et faits, tout dépend de sa personnalité et de sa sous structure il y'en a ceux qui résistent aux pensées négatives, aux débordements, aux pertes matériels et humaines, il y'en a ceux qui le supportent le moins, baissent les bras et succombent.

Donc, ceux qui ne résistent plus ont sûrement eu plusieurs répercussions psychosociales comme l'anxiété, la dépression ou encore le stress post traumatique et le burn out et bien d'autres .Certes, il existe une batterie de conséquences, mais prenons en considération que deux répercussions l'anxiété et la dépression vu que c'est ces deux la qu'on évoquera dans notre travail.

L'anxiété :étant un trouble émotionnel se traduisant par une crainte difficile a préciser ,a vrais dire il est très ordinaire de ressentir une peur face a une menace ,mais quand cette crainte reste malgré que la menace ai disparue la ça pose problème, puisque la personne anticipe d'une façon négative, quelque chose qui pourrait survenir dans le futur ,sans parler des symptômes comme :les troubles de sommeil ,douleurs musculaires ,tremblements...quant a la dépression : qui est un troubles d'humeur ,un état ou la personne est indispensable affectivement et émotionnellement ,donnant plusieurs symptômes psychosomatiques citant en exemple :une grande tristesse ,un sentiment de désespoir et une perte de motivation ...

La pandémie Covid-19 a fait remonter en surface des troubles déjà existants ,et a donné naissance a de nouveaux troubles que nul n'avait imaginé avoir un jour.

Tout le personnel médical a fait face a la maladie et en affrontant sa propre personne en supportant ou ignorant les conséquences de cette pandémie mortelle sur eux en travaillant en plus de ça dans des conditions défavorables vu qu'ils font partie des gens qui étaient sur le terrain au moment de la crise sanitaire.

Alors par rapport a tout ce qui a été dit préalablement ;

Question de recherche

1-La Covid -19 a-t-elle vraiment des répercussions dites psychosociales sur les professionnels de la santé ?

2- L'anxiété et la dépression sont elle parmi les répercussions psychologiques de la covid-19 sur les professionnels de la santé ?

Les hypothèses

1-les professionnels de la santé ont eu des répercussions psychosociales de la Covid -19.

2-L'anxiété et la dépression font partie des répercussions psychologiques de la Covid-19 sur les professionnels de la santé.

Chapitre III

Méthodologie de recherche

Introduction :

Le chercheur doit suivre une certaine méthodologie lorsqu'il fait sa recherche scientifique, en choisissant aussi des buts et objectifs ce qui fait qu'il doit choisir une population d'étude en adoptant des outils et techniques qui favoriseraient le bon déroulement de son enquête et selon sa propre thématique .

Dans ce troisième chapitre nous allons présenter toute notre démarche ; la méthode utilisée les outils et les tests utilisés, le lieu de notre stage ainsi que la population choisie pour effectuer dans des conditions favorables notre recherche.

I- La démarche de recherche**La méthode clinique**

Lagache (1949) dit que les méthodes cliniques envisagent la conduite dans sa perspective propre, relevé aussi fidèlement que possible la manière d'être, d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, cherche à en établir le sens, la structure et à résoudre ces conflits.

Elle répond aux exigences de références à l'étude de cas, à la singularité des sujets et la totalité des situations concrètes. Elle utilise l'entretien, les tests et les échelles d'évaluation, le dessin et le jeu, l'observation pour l'étude de cas.

La méthode clinique devra définir son hypothèse de recherche, ses outils méthodologiques qu'on aura sélectionnés.

• L'étude de cas

Elle est définie en tant que « observation approfondie de sujets particulier qui se poursuit parfois pendant des années, au cours desquelles sur son milieu de vie, sur l'incidence psychologique de certains événements sociaux, sur les accidents de santé ; document personnels : production artistique (dessin, peintures, journaux intime, etc.). On procède de façon analogue pour les groupes de l'ensemble des éléments recueillis, on tire de précieux enseignements sur les sujets eux-mêmes, mais aussi des hypothèses, et des lois d'ordre général

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné, elle permet de regrouper un grand nombre de données issues des méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches), afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son contexte de vie.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques, mais tente de révéler le problème d'un sujet dans un contexte de la vie où sont prise en compte différents niveaux d'observation et de compréhension, organisation de la personnalité, relations avec

l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés. De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique ».

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relations avec l'environnement et avec l'entourage événements présents et passés.

II- L'outil de recherche

Pour réaliser notre travail de recherche et aboutir à des résultats concernant nos hypothèses, nous avons fait recours aux outils suivants : un guide d'entretien, l'échelle de dépression de BECK ainsi que l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

• L'entretien clinique

Est la technique principale sur laquelle s'appuie le psychologue, qu'il soit à visée thérapeutique ou d'évaluation ou encore dans un but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole. La prise de parole permet aux partenaires de se présenter et de se situer dans le dispositif. De plus, la parole offerte au patient met le clinicien en position de devoir écouter ce que le patient a à dire. Dans cette mise en acte singulière de la parole transparaît la position de sujet, soit sa vérité ainsi que sa place qu'il réserve au psychologue dans le dispositif, se présentent également des informations

L'entretien clinique se fait avec un guide d'entretien, dans lequel le clinicien intervient auprès des sujets qui constituent sa population d'étude. Il est plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'entretien. La consigne doit être formulée à l'avance par le clinicien et elle doit être généralisée et identique pour tous les sujets

Entretien semi directif

Guide d'entretien

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien.

L'échelle d'anxiété d'Hamilton

1. Historique et définition

L'échelle d'Hamilton est l'une des premières échelles de notation développée pour mesurer la gravité des symptômes d'anxiété. Elle a été présentée par HAMILTON en 1959, comme instrument permettant l'évaluation quantitative de l'anxiété névrotique. En 1976, elle a été incluse par le NIMH dans le "ECDEU Assessment Manual". Elle a été traduite en français par PICHOT P.

2. La présentation de l'échelle

L'échelle d'anxiété d'Hamilton comporte quatorze items correspondant à différentes manifestations de l'anxiété. Il s'agit en l'occurrence de :

1. Humeur anxieuse

Inquiétude, Attente de pire, appréhension (anticipation avec peur), irritabilité, consommation de tranquillisants.

2. Tension

Impossibilité de se détendre, réaction de sursaut, pleurs faciles, tremblements, sensation d'être incapable de rester en place, Fatigabilité.

3. Peurs

De mourir brutalement, d'être abandonné, du noir, des gens, des animaux, de la foule, des grands espaces, des ascenseurs, des avions, des transports, etc.

4. Insomnie

Difficultés d'endormissement, Sommeil interrompu, Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil, rêves pénibles, cauchemars, Angoisse ou malaise nocturnes.

5. Fonctions intellectuelles (cognition)

Difficultés de concentration, Mauvaise mémoire, cherche ses mots, fait des erreurs.

6. Humeur dépressive

Perte des intérêts, ne prend plus plaisir à ses passe-temps, Tristesse, Insomnie du matin.

7. Symptômes somatiques généraux (musculaire)

Douleurs et courbatures, raideurs musculaires, Sursauts musculaires, Grincements des dents, contraction de la mâchoire, voix mal assurée.

8. Symptômes somatiques généraux (sensorielle)

Sifflement d'oreilles, Vision brouillée, bouffées de chaleurs ou de froids, Sensations de faiblesse, sensation de fourmis, de picotements.

9. Symptômes cardiovasculaires

Tachycardie, palpitation, douleurs dans la poitrine, battements des vaisseaux, sensations syncopales, extrasystoles.

10. Symptômes respiratoires

Oppression, douleur dans la poitrine, sensation de blocage, d'étouffement, soupirs, respiration rapide au repos.

11. Symptômes gastro-intestinaux

Difficultés pour avaler, douleurs avant ou après les repas, sensations de brûlure, ballonnement, reflux, nausées, vomissements, creux à l'estomac, Coliques abdominales, borborygmes, diarrhée, constipation.

12. Symptômes génito-urinaires

Règles douloureuses ou anormales, Troubles sexuels (impuissance, frigidité), Miction : fréquentes, urgentes, ou douloureuses. Respiratoire, Réflexe tendineux vifs, dilatation pupillaire, Battements des paupières.

3. Mode de passation et cotation :

Elle comporte 14 items que va coter un évaluateur après un entretien clinique classique. D'après Pichot, P la note 0 correspond à l'absence de manifestation des symptômes, la note 1 correspond à des manifestations d'intensité légère, la note 2 correspond à des manifestations d'intensité moyenne, 3 à des manifestations d'intensité forte et 4 à des manifestations d'intensité extrême, véritablement invalidante La note 4 ne doit être attribuée qu'exceptionnellement à des malades ambulatoires. La cotation est déterminée par la symptomatologie actuelle c'est-à-dire, le comportement au cours de l'entretien ou des symptômes d'une durée maximum d'une semaine.

-La note 1 correspond à une présence très légère.

-La note 2 est attribuée lorsque l'intensité de la manifestation est moyenne.

-La note 3 correspond est à une forte présence du symptôme.

-La note 4 est donnée lorsque le symptôme est très aigu, envahissant et invalide le patient. (Bouvard & Coutraux, 2002)

L'échelle de dépression de Beck

Histoire et définition

Le test de dépression ou l'inventaire de dépression de Beck a été publié pour la première fois en 1961 par le psychiatre Aaron T. Beck et révisé en 1996 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression. L'utilisation de ce test est répandue dans la recherche et la pratique médicales et psychologiques.

Beck Dépression Inventaire (BDI) est une série de questions élaborées pour mesurer l'intensité, la gravité et la profondeur de la dépression chez les patients avec des diagnostics psychiatriques. Sa forme longue est composée de 21 questions, dont chacune est conçue pour évaluer le symptôme fréquent chez les personnes souffrant de dépression. Un court formulaire est composé de sept questions et est conçu pour l'administration par les prestataires de soins primaires. Aaron T. Beck est un pionnier de la thérapie cognitive.

Mode de passation et cotation

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions lui conviennent.

En générale 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole. Des patients souffrant d'une dépression sévère ou de trouble obsessionnels peuvent prendre plus du temps. L'échelle a été appliquée sur cinq cas nullipares après les entretiens préliminaires qui ont duré une à deux séances.

Pour la cotation Chaque item est constitué de quatre (4) phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant le score des 13 items. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée plus le sujet est déprimé(59).

III- Le groupe de recherche

Notre travail de recherche s'est basé sur les professionnels de la santé publique dans les services suivants : les urgences, le service covid et la maternité pendant la période de la pandémie.

IV- Description de lieu de stage

L'hôpital d'Akbou date d'avant l'indépendance. Son siège était au centre-ville d'Akbou. En 1959, fut l'idée de construire un nouvel hôpital. Les travaux commencent en 1960 et ont été achevés en mars 1962. Le siège a été transféré. Il a ouvert ses portes le 21 novembre 1968.

L'hôpital de catégorie A, mis en service en 1970 est baptisé au nom du martyr lieutenant AKLOUL Ali. Sur le plan d'activité, le secteur sanitaire d'Akbou a été revu depuis février 2008 et l'hôpital a été reconsidéré et renommé EPH (Établissement Public Hospitalier) AKLOUL Ali d'Akbou et a pu mettre en œuvre deux EPSP (Établissement Public Sanitaire de Proximité) de Seddouk et de Tazmalt à présent détachés du secteur sanitaire.

EPH Aqloul Ali d'Akbou comporte 196 lits, contient 10 services comme suit : Chirurgie générale, épidémiologie, gynécologie obstétrique, radiologie centrale, pharmacie, laboratoire central, médecine interne, pédiatrie, urgences médico-chirurgicales, point de transfusion sanguine.

V- Déroulement de la recherche**V-1- La pré-enquête**

La pré-enquête est une phase primordiale, d'investigations préliminaires, de renaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une phase problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentés et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, une meilleure

connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf.O, 1987, p102).

Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche, la formulation de l'hypothèse ainsi que le guide d'entretien.

Nous avons effectué notre pré-enquête au niveau de la maternité de l'hôpital AKLOUL ALI d'AKBOU avec la psychologue de ce service qui nous a orienté vers le service covid ainsi que les urgences ,ou nous avons pris contact avec le personnel concerné par notre recherche ainsi qu' avoir plus d'informations sur leurs vécus durant période de la pandémie .Nous avons demandé le consentement de notre population d'étude pour participer à cette recherche afin d'aboutir à ses objectifs tracés et vérifier nos hypothèses.

V-2- L'enquête

L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (A. Blanchet & A. Gotman, 2014)

Notre enquête s'est déroulée au sien de l'EPH AKLLOUL ALI Bejaia durant une période de 45 jours. Nous avons élaboré un guide d'entretien qui a été validé par la psychologue chargée de nous encadrer pendant notre période de stage portique.

Nous avons entamé notre enquête auprès des médecins, infirmiers ainsi que aides soignants avec des entretiens pour répondre aux questions de notre guide sur la qualité de vie professionnel et sociale, nous nous somme diriger vers la passion l'échelle de dépression de Beck afin dévaluer le degré de dépression chez le personnel de notre étude.

Conclusion

Il n'y a pas de travail de recherche sans méthode et méthodologie, cette étape nous permet d'abord de sélectionner notre groupe de recherche selon les critères de sélection, la démarche utilisée, lieu de recherche ainsi que outils de recherche et enfin le déroulement de notre recherche afin de répondre aux hypothèses émises dans notre problématique.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des résultats

Introduction :

Dans ce chapitre nous allons procéder à la présentation de cas, analyse des entretiens, présentation des résultats obtenus dans les deux échelles : dépression de Beck et anxiété d'Hamilton. Enfin synthétiser et discuter les hypothèses.

Présentation et analyse des cas :

Le cas 1 S.H :

Mme S.H âgée de 34 ans, aide soignante dans le service de maternité au sein de l'EPH D'AKBOU, mariée, mère de deux enfants elle exerce son métier depuis 4 ans .

Analyse de l'entretien :

S.H travaille comme aide soignante dans la maternité avant la covid puis dans le service des urgences et covid pendant la pandémie. Elle travaillait 8h par jour et 5jours par 7 ; c'est-à-dire 26jours par mois avant la pandémie, puis à un rythme instable à savoir des gardes très rapprochées dans le service covid voir même dans d'autres services tel que les urgences suite au manque de personnel causé par leurs contamination au virus et l'augmentation du nombre de patients dans ces deux derniers services . Quant au nombre de malades qui était avant la pandémie c'était en moyenne de 10à 15patientes dans la maternité, S.H recevait plus de 20 patients dans les urgences ce qui a engendré une surcharge et un épuisement physique et psychologique.

Lors de l'apparition de la covid on avait tous peur pas du virus lui-même mais de l'inconnu sur le fait qu'il y'avait un manque d'information sur ce virus :sa manifestation, symptômes, diagnostique ainsi que son mode de transmission et sa dangerosité. Mme S.H avait très peur d'être contaminée non pas pour elle-même mais pour sa petite famille sa fille de 5ans et son bébé de 1ans ce qui a changé sa vie et son mode de vie ou elle était moins en contact avec ses enfants sur tout son bébé qui était encore nourissant et qui avait besoin plus de sa présence ce qui a résulté un sentiment de culpabilité et de tristesse en elle.

Le cas 2 H.A :

Mr H.A âgé de 60 ans, administrateur principal au sein de l'EPH D'AKBOU. Marié père de 5 enfants, il exerce dans la santé depuis plus de 30ans.

Analyse de l'entretien :

Mr H.A responsable sur le personnel de l'EPH travail 8h par jour, 5jours sur 7 à savoir 26 jours par mois avant la pandémie, 6 gardes par mois sont intégrées à son calendrier durant la crise sanitaire.

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Lors de l'apparition de la pandémie Mr H.A était exposé à une surcharge dans son travail ou il était face à la gestion du personnel de l'hôpital qui était en manque suite à leurs contaminations, ce manque lui a causé une charge morale et psychologique voir un fardeau très lourd à porter. La covid n'a pas uniquement porter un changement à sa vie professionnelle mais aussi à sa vie privée et son quotidien. Mr H.A a quitté son foyer pendant plus de 2mois pour s'installer dans un hôtel avec beaucoup de ses autres collègues de peur de contaminer sa petite famille et ses deux vieux parents tout fragiles, malgré sa vigilance et son éloignement il a quand même fini par contaminer son père ce qui a causé sa mort lors de son retour à son foyer. Ce changement et ces événements n'ont pas été à sa faveur, au contraire ils lui ont créé une anxiété des remords et un épuisement sans la moindre prise en charge.

Le cas 3 S.S :

Mme S.s âgée de 29ans, infirmière dans le service de maternité au sein de l'EPH D'AKBOU, mariée, mère d'une fille de 3ans elle exerce son métier depuis 5ans

Analyse de l'entretien :

S.S travaille comme infirmière dans la maternité avant la covid puis dans le service des urgences et covid pendant la pandémie. Elle travaillait 8h par jour en sur face avant la pandémie. Mme S.S menait une vie quotidienne et professionnelle normal jusqu'à mars 2020 une date qu'elle ne pourra pas oublier d'après son témoignage, faire face à l'inconnu, elle se sentait vulnérable son seule soucis était sa fille rien d'autre, pendant tout l'entretien elle montrait une tristesse on pouvait voir la difficulté de cette période pour elle. Elle a même révélée qu'elle a du consulter un psychologue puis une orientation psychiatrique pour l'anxiété chose qui n'a pas existé avant cette période de pandémie. Mem S.S nous a beaucoup parlé sur la difficulté de cette période comment elle laissait sa fille toute petite sa fille unique pour rejoindre son travail, elle l'a nommé de combat pour sauver des vies.

Le cas 4 B.L :

B.L une jeune demoiselle âgée de 32ans aide soignante depuis 6ans dans l'EPH D'AKBOU. Habitant avec son père et son frère, B.L est responsable sur eux depuis le décès de mère il y'a 8ans.

Analyse de l'entretien :

B.L est infirmière dans le service médecine femmes avant et pendant la pandémie en surface : 8h par jours 5jours sur 7 au total de 26jours par mois. Lors de la crise sanitaire B.L était appelée pour faire des gardes dans le service covid, ou elle était confrontée à faire des soins à des malades atteints de la covid. N'en pouvant plus car elle présentait une certaine crainte imaginaire ;une peur lors quelle est face aux patients ;c'est a dire a la maladie de

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

tomber malade et de contaminer par la suite son père atteint de maladie chronique et son frère dont elle est responsable ,une peur du futur qui n'existe toujours pas mais cela malgré elle ,et sur tout une peur de perdre une personne chère a ses yeux comme elle a déjà perdue sa mère ,de vivre un deuxième drame elle ne saurais comment le supporter dit elle .

Le cas 5 L.B :

Mr L.B âgé de 54 ans, médecin généraliste à l'EPH D'AKBOU. Marié père de 2 enfants, il exerce dans la santé depuis environ 20ans.

Analyse de l'entretien :

Docteur L.B médecin généraliste dans le service des urgences actuellement et dans le service covid pendant la pandémie. L'entretien avec docteur L.B s'est passé dans de meilleures conditions ou il nous a bien accueilli, et répondu à toutes les questions. Docteur L.B a gardé sa bonne humeur au long de l'entretien jusqu'à ce qu'on évoque l'axe de qualité de vie ou il a montré une tristesse et un chagrin profond. L.B a répondu que de pandémie a apporté un fardeau lourd que la vie de beaucoup de gens était entre ses mains qu'il avait tellement centré son énergie pour les sauver, ce qui l'a extenué et épuisé. L.B nous a raconté que lui aussi avais quitté son foyer familiale panant plusieurs mois laissant derrière lui ses 2enfants et sa femme. Sa vie pendant cette période s'est limité au devoir de sauver des vies sans pouvoir penser à autre chose. N'avant pas encore repris ses force, il apprend le décès de son frère atteints de la covid cette nouvelle a provoqué un sentiment d'impuissance face à cette situation, tout son savoir et toute sa carrière n'ont pas pu sauver son frère d'une mort éminente.

Le cas 6 K.B :

Mme K.B âgée de 30 ans, infirmière dans le service de maternité à l'EPH D'AKBOU depuis 6ans. Mariée, mère d'une petite fille de 2ans

Analyse de l'entretien :

Mme K.B diplômé en sciences infirmières à l'université Abderrahmane Mira. Elle exerce à l'EPH D'AKBOU dans divers services : maternité, urgences, médecine femmes et les urgences. Au moment de la pandémie K.B est appelée à faire des gardes au service covid comme la majorité de ses collègues, tout ce surplus de responsabilités et de surcharge de travail a engendré chez elle une très grande fatigue en plus de la crainte de tomber malade et de contaminer par la suite toute sa petite famille notamment sa fille laissées chez une nourrice ,elle ne sais ou la contamination pourrait venir et la peur de contaminer idem ses parents, puis tout cela lui a donné une excitation, donc elle n'arrêtait pas de travailler changeant tout son rythme habituel elle a fini par s'épuiser .

13.1

ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

Mem S.H. ATG score 36 severe

E Évaluation de
A l'Anxiété
E Echelle de
H Hamilton

Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?

Consigne : Entourez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.

Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Bouffées musculaires, crampes, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-vegetatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entretien	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements surs et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4

Score : < 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère

D'après : Hamilton MC (1959), Hamilton Anxiety rating scale.

13.1 ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

Mr H.A. Administrateur score 27 sévère

E Évaluation de
A l'Anxiété
E Echelle de
H Hamilton

Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?

Consigne : Encerclez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.

Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Moderément	Beaucoup	Énormement
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, instabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insonnité	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil, précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, crampes, crispation, tension musculaire, picotements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigide, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-vegetatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, stupés, respiration rapide, mouvements sursauts et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4

Score : < 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère

D'après : Hamilton M.C. (1959), Hamilton Anxiety rating scale.

13.1

ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

Mem S.S. I.S.P. score 30 severe

E Évaluation de l'Anxiété A Echelle de Hamilton		Consigne : Entrez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours				
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Bouleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, pincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, trépidations d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impuissante, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-vegetatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements saccadés et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4

Score : < 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère

D'après : Hamilton M.C. (1959). Hamilton Anxiety rating scale.

13.1 ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

Mr BI Medecin score 16 Egène

E Évaluation de
A l'Anxiété
E Echelle de
H Hamilton

Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?

Enseigne : Entourez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.

Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxiéuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, crampes, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, trépidations d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-vegetatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements surs et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4

Score : < 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère

D'après : Hamilton MC. (1959), Hamilton Anxiety rating scale.

13.1 ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

Melle L.B A.T.S score 24 modéré

E Évaluation de A l'anxiété E Echelle de H Hamilton	Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ? Consigne : Entourez la note qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.					
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Moderément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Bouleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, picotements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, houle œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, trépidations d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impéieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Seccheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
Score : < 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère						

D'après : Hamilton MC. (1959). Hamilton Anxiety rating scale.

13.1 ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

Mme K.B. I.S.P. score de modéré.

E Évaluation de l'Anxiété
E Échelle de Hamilton

Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?
Consigne : Entrez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours

Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Moderément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules	0	1	2	3	4
Insonnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Bouleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, picotements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, trépidations d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée (absence de menstruations), menstruations abondantes, début de frigide, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-vegetatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements saccadés et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4

Score : < 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère

D'après : Hamilton MC. (1959). Hamilton Anxiety rating scale.

2. L'échelle de Beck :

Nom : S..... Prénom : S..... Date :

Sexe : Femme..... Age : 29 ans.....

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
- ① Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
- ① Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

- ① Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

- 0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

- 0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
- 2. Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

- 0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1. Je sens que je pourrai être puni(e).
- 2. Je m'attends à être puni(e).
- 3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

- 0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais.
- 2. Je me reproche tous mes défauts.
- 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

- 0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1. Je suis plus critique envers soi-même que j'étais.
- 2. Je me reproche tous mes défauts.
- 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

- 0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1. Il m'arrive de penser à me suicider.
- 2. J'aimerais me suicider.
- 3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

- 0. Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1. Je pleure plus qu'avant.
- 2. Je pleure pour les moindres petites choses.
- 3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

- 0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

- 0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

- 0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
- 1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

- 0. Je pense être quelqu'un de valable.
- 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2. Je me sens moins valable que les autres.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

15. Perte d'énergie :

- 0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

- 0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas toujours changé.
- 1. a. Je dors un peu moins que d'habitude.
b. Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2. a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3. a. Je dors presque toute la journée.
 b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

- 0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
- 1. Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

- 0. Mon appétit n'a pas changé.
- 1. a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
 - 1. b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2. a. Je n'ai pas d'appétit.
 - 2. b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3. a. Je n'ai pas d'appétit du tout.
 - 3. b. J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

- 0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2. J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
- 3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

- 0. Je ne suis pas fatigué(e) que d'habitude.
- 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0. Je n'ai pas noté de changement récent pour mon intérêt pour le sexe.
 - 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
 - 2. Le sexe ne m'intéresse beaucoup.
 - 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

2. L'échelle de Beck :

Nom : *B* Prénom : *L* Date :
Sexe : *Femme* Age : *32 ans*

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
2. Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1. Je sens que je pourrai être puni(e).
2. Je m'attends à être puni(e).
3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi-même que j'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
1. Il m'arrive de penser à me suicider.
2. J'aimerais me suicider.
3. Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

0. Je ne pleure pas plus qu'avant.
1. Je pleure plus qu'avant.
2. Je pleure pour les moindres petites choses.
3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

0. Je pense être quelqu'un de valable.
1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
2. Je me sens moins valable que les autres.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

15. Perte d'énergie :

0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas toujours changé.
1. a. Je dors un peu moins plus que d'habitude.
b. Je dors un peu moins que d'habitude.
2. a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
3. a. Je dors presque toute la journée.
b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
1. Je suis plus irritable que d'habitude.
2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

0. Mon appétit n'a pas changé.
1. a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1. b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2. a. Je n'ai pas d'appétit.
2. b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
3. a. Je n'ai pas d'appétit du tout.
3. b. J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2. J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

0. Je ne suis pas fatigué(e) que d'habitude.
1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

0. Je n'ai pas noté de changement récent pour mon intérêt pour le sexe.
1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2. Le sexe ne m'intéresse beaucoup.
3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

2. L'échelle de Beck :

Nom : **L**..... Prénom : **B**..... Date :

Sexe : **Homme**..... Age : **54**.....

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
 2. Je suis tout le temps triste.
 3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
 2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
 3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

- 0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- ① Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

- ① Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
- 2. Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être puni :

- ① Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1. Je sens que je pourrai être puni(e).
- 2. Je m'attends à être puni(e).
- 3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

- ① Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais.
- 2. Je me reproche tous mes défauts.
- 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

- 0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- ① Je suis plus critique envers soi-même que j'étais.
- 2. Je me reproche tous mes défauts.
- 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

- 0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1. Il m'arrive de penser à me suicider.
- 2. J'aimerais me suicider.
- 3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

- 0. Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1. Je pleure plus qu'avant.
- 2. Je pleure pour les moindres petites choses.
- 3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

- 0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

- 0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

- 0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
- 1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

- 0. Je pense être quelqu'un de valable.
- ① 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2. Je me sens moins valable que les autres.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

15. Perte d'énergie :

- ① 0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

- 0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas toujours changé.
- 1. a. Je dors un peu moins que d'habitude.
- ① 1. b. Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2. a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2. b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3. a. Je dors presque toute la journée.
- 3. b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

- 0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
- ① 1. Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

- 0. Mon appétit n'a pas changé.
- 1. a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1. b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2. a. Je n'ai pas d'appétit.
- 2. b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3. a. Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3. b. J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

- 0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2. J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
- 3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

- 0. Je ne suis pas fatigué(e) que d'habitude.
- 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0. Je n'ai pas noté de changement récent pour mon intérêt pour le sexe.
- 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2. Le sexe ne m'intéresse beaucoup.
- 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

2. L'échelle de Beck :

Nom : H..... Prénom : S..... Date :

Sexe : Femme..... Age : 34ans.....

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- ③ Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
- ② Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- ① Je sens que je pourrai être puni(e).
2. Je m'attends à être puni(e).
3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais.
- ② Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- ① Je suis plus critique envers soi-même que j'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

- 0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
- ① Il m'arrive de penser à me suicider.
- 2. J'aimerais me suicider.
- 3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

- 0. Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1. Je pleure plus qu'avant.
- ② Je pleure pour les moindres petites choses.
- 3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

- 0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- ② Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

- 0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- ② Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

- 0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
- 1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- ② J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

- 0. Je pense être quelqu'un de valable.
- 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- ② Je me sens moins valable que les autres.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

15. Perte d'énergie :

- 0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
- ② Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

- 0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas toujours changé.
- 1. a. Je dors un peu moins plus que d'habitude.
- 1. b. Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2. a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2. b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3. a. Je dors presque toute la journée.
- ③ b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

- 0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
- 1. Je suis plus irritable que d'habitude.
- ② Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

- 0. Mon appétit n'a pas changé.
- 1. a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1. b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2. a. Je n'ai pas d'appétit.
- ② b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3. a. Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3. b. J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

- 0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- ② J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
- 3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

- 0. Je ne suis pas fatigué(e) que d'habitude.
- 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- ③ Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0. Je n'ai pas noté de changement récent pour mon intérêt pour le sexe.
- 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2. Le sexe ne m'intéresse beaucoup.
- ③ J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

2. L'échelle de Beck :

Nom : H..... Prénom : A..... Date :

Sexe : Homme.. Age :

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
 2. Je suis tout le temps triste.
 3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
 3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
 2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
 3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

- 0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- ① Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

- ① Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
- 2. Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

- ① Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1. Je sens que je pourrai être puni(e).
- 2. Je m'attends à être puni(e).
- 3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

- 0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- ① Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais.
- 2. Je me reproche tous mes défauts.
- 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

- ① Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1. Je suis plus critique envers soi-même que j'étais.
- 2. Je me reproche tous mes défauts.
- 3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

- 0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1. Il m'arrive de penser à me suicider.
- 2. J'aimerais me suicider.
- 3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

- 0. Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1. Je pleure plus qu'avant.
- 2. Je pleure pour les moindres petites choses.
- 3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

- 0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

- 0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

- 0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
- 1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

- ① Je pense être quelqu'un de valable.
- 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2. Je me sens moins valable que les autres.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

15. Perte d'énergie :

- 0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- ① J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

- 0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas toujours changé.
- 1. a. Je dors un peu moins plus que d'habitude.
- 1. b. Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2. a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2. b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3. a. Je dors presque toute la journée.
- ③ b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

- 0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
- 1. Je suis plus irritable que d'habitude.
- ② Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

- 0. Mon appétit n'a pas changé.
- 1. a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1. b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2. a. Je n'ai pas d'appétit.
- 2. b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3. a. Je n'ai pas d'appétit du tout.
- ③ b. J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

- 0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- ① Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2. J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
- 3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

- 0. Je ne suis pas fatigué(e) que d'habitude.
- ① Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

- ① Je n'ai pas noté de changement récent pour mon intérêt pour le sexe.
- 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2. Le sexe ne m'intéresse beaucoup.
- 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

2. L'échelle de Beck :

Nom : K..... Prénom : B..... Date :

Sexe : Age :

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
2. Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1. Je sens que je pourrai être puni(e).
2. Je m'attends à être puni(e).
3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi-même que j'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

- 0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1. Il m'arrive de penser à me suicider.
- 2. J'aimerais me suicider.
- 3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

- 0. Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1. Je pleure plus qu'avant.
- 2. Je pleure pour les moindres petites choses.
- 3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

- 0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

- 0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

- 0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
- 1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

- 0. Je pense être quelqu'un de valable.
- 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2. Je me sens moins valable que les autres.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe décision.

15. Perte d'énergie :

- 0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

- 0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas toujours changé.
- 1. a. Je dors un peu moins plus que d'habitude.
- 1. b. Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2. a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2. b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3. a. Je dors presque toute la journée.
- 3. b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

- 0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
- 1. Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

- 0. Mon appétit n'a pas changé.
- 1. a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1. b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2. a. Je n'ai pas d'appétit.
- 2. b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- ③ a. Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3. b. J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

- 0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- ② J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
- 3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

- 0. Je ne suis pas fatigué(e) que d'habitude.
- 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- ③ Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0. Je n'ai pas noté de changement récent pour mon intérêt pour le sexe.
- ① Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2. Le sexe ne m'intéresse beaucoup.
- 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Tableau (1) : Présentation du groupe de recherche

Les cas	Age	Situation familiale	Profession	service
S.H	34	mariée	ATS	Rotation sur tous les services
S.S	29	mariée	ISP	Maternité+ covid
K.B	30	Mariée	ISP	Maternité +P.U
H.A	60	Marié	Administrateur	Administration
B.L	54	Marié	MDC	Covid +P.U
L.B	32	Célibataire	ATS	Maternité

Tableau (2) : Présentation des résultats de l'échelle de dépression de Beck

Les cas	Les scores	Interprétation des scores
S.H	43	SEVERE
S.S	23	MODERE
K.B	31	sévère
H.A	21	modéré
B.L	20	modéré
L.B	32	SEVERE

Tableau (3) : Présentation des résultats de l'échelle d'anxiété d'Hamilton

Cas	Scores	Interprétation des scores
S.H	36	sévère
S.S	30	sévère
K.B	26	Modéré
H.A	27	grave
B.L	16	légère
L.B	24	modéré

Synthèse :

A partir des résultats obtenus et les outils utilisés dans notre recherche à savoir le guide d'entretien, l'échelle de dépression de Beck ainsi que l'échelle d'anxiété d'Hamilton, nous sommes arrivés à la confirmation de nos deux hypothèses :

- La covid-19 a des répercussions psychosociales sur les professionnels de la santé.
- L'anxiété et la dépression sont parmi les répercussions psychologiques de la covid-19 sur les professionnels de la santé .

Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous allons discuter les résultats obtenus à travers l'analyse des entretiens ainsi que les résultats des échelles d'anxiété d'Hamilton et de dépression de Beck .

L'objectif de notre recherche est déterminer les répercussions psychosociales de la covid-19 sur les professionnels de la santé et d'identifier la présence.

Première hypothèse :

La covid-19 a des répercussions psychosociales sur les professionnels de la santé.

Effectivement à travers l'analyse des entretiens effectués pour nos six cas nous avons abouti à la confirmation de notre première hypothèse : chacun de nos cas a souligné la modification de sa vie ainsi que son mode, le lourd fardeau porté par cette catégorie pendant la pandémie ainsi que l'épuisement physique et psychologique qui ont influencé négativement leurs vies, le personnel soignant dans son ensemble ont été déstabilisés par la dangerosité du virus

Deuxième hypothèse :

L'anxiété et la dépression sont parmi les répercussions psychologiques de la covid-19 sur les professionnels de la santé .

Les six cas de notre recherche ont confirmé la deuxième hypothèse grâce aux résultats obtenus d'abord dans l'échelle d'anxiété d'Hamilton avec un score de 16 au minimum jusqu'à 36 au maximum c'est-à-dire d'une anxiété légère, modérée à une anxiété grave et sévère.

Ensuite l'échelle de dépression de Beck avec un score de 20 au minimum jusqu'à 43 au maximum, à savoir une dépression modérée jusqu'à sévère en équitable.

Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Conclusion

On clôture cette partie de notre travail qui s'avère très importante, car elle nous a permis de présenter, analyser et interpréter nos résultats jusqu'à confirmer nos hypothèses émises au début de notre mémoire.

Conclusion générale

Conclusion générale

Malgré les nombreux vaccins, la Covid-19 ; une pandémie apparue en 2019, certe elle a diminué ainsi sa dangerosité et vivacité ont elles aussi été réduites, mais elle demeure présente jusqu'a ce jour en 2022, en subissant toutes ses vagues jusqu'à présent elle a duré 3 ans et elle n'a pas hésité a chambouler les lois du règne humanitaire.

Notre thème de recherche intitulé « les répercussions psychosociales de la Covid-19 sur les professionnels de la santé publique, a qui nous avons élaboré deux hypothèses de recherche ; les professionnels de la santé ont eu des répercussions psychosociales de la Covid-19 et la deuxième l'anxiété et la dépression font partie des répercussions psychosociales de la Covid-19 sur les professionnels de la santé publique », que nous avons besoin de confirmer ou d'infirmer .

La population que nous avons pris en considération est la première à être face aux victimes du virus néfaste de la Covid -19 il s'agit bel et bien des professionnels de santé qui ont pris d'énormes risques allant a faire des sacrifices pour sauver un maximum de la population.

Vu que la wilaya de Bejaia était parmi les wilayas les plus touchées par la Covid-19, nous avons alors choisi l'hôpital Akloul Ali de Akbou pour effectuer notre recherche ou nous avons fait des entretiens semi-directifs avec les professionnels de la santé de cet établissement public ,médecins et infirmiers ,ce sont des cas qui ont travaillé pendant la période Covid.

On a suivie la méthode clinique, comme démarche en entament l'étude de cas, puis en utilisant l'entretien semi directif, puis comme outils les deux échelles d'anxiété d'Hamilton et celle de dépression de Beck pour confirmer ou démentir la présence d'anxiété ou de dépression chez eux .Pour cela on a fait le choix de travailler au service maternité, aux urgences et à l'administration.

Après la récolte et l'analyse des donnés des entretiens et échelles nous avons abouti aux résultats suivant : confirmation de l'hypothèse :

-les professionnels de la santé ont eu des répercussions psychosociales de la Covid-19 grâce aux réponses sur notre guide d'entretien.

-confirmation de l'hypothèse : l'anxiété et la dépression font partie des répercussions psychologiques de la Covid-19 sur les professionnels de la santé, grâce à deux échelles d'anxiété d'Hamilton et de dépression de Beck.

Conclusion générale

Au final on conclu donc que notre travail de recherche est très pertinent, nous avons abordé un thème d'actualité, qu'on a pratiqué en plein pandémie, c'est un sujet très vaste et très large, que d'autres étudiants pourraient approfondir par la suite ,par exemple, en choisissant des thèmes comme d'autres répercussions psychosociales engendrées par la Covid -19 ;à savoir le stress post traumatique ou le burn out, et ce qui advient des personnes ou professionnels touchés par la Covid-19.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- [1] Guide_Methodologique_Covid-19-2.Pdf
- [2] Sitrep 104_03072020_F.Pdf
- [3] Covid-19-Global-Faith-Community-Leaders_French.Pdf
- [4] 2020_04_23_Maladie_Expert.Pdf
- [5] Booklet Coronavirus Chap 1 V14 (1).Pdf
- [6] 2019_reference_doc_symptoms.pdf
- [7] Covid-19-_Services_Aux_Familles-2.08.2021.Pdf
- [8] L'aide-soignante • Février 2022 • n° 234
- [9] 02_haelewyck2.pdf
- [10] 02_haelewyck2.pdf
- [11] livret_qvt_2018__220119_v12_anfh_picardie.pdfs
- [12] ad721921.pdf
- [13] ARSI_FORMA_2012_01_0260.pdf
- [14] 154180_voir-le-document-doc.pdf
- [13] Laurent guillet, le stress le point sur la psychologie 2012.p 152, p 182
- [14] (Graziani, 2003)
- [15] Actualités pharmaceutiques • n° 599 • octobre 2020 •
- [16] (Chahraoui & Coll, 2003)
- [17] (Pedinuelle, 1994)
- [18] (Castarede, 2003)
- [19] (Sillamy, 2003)
- [20] (Henriette.B., et coll., 2007, p206)
- [21] (Briffault.X., et coll, 2007, pp 5,6)
- [22] (Besançon.G., 2005, p50).

Annexes

13.1

ÉCHELLE D'HAMILTON D'ÉVALUATION DE L'ANXIÉTÉ

E Évaluation de A l'Anxiété E Échelle de H Hamilton	Dans quelle mesure chacune des catégories de symptômes est-elle présente dans le tableau suivant ?					
	Consigne : Encerclez la cote qui correspond le mieux à l'état d'anxiété au cours des sept derniers jours.					
Catégories	Exemples	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
Humeur anxieuse	Inquiétude, pessimisme, appréhension, irritabilité	0	1	2	3	4
Tension	Sensation de tension, fatigabilité, réactions de sursaut, tremblement, impatience (besoin de bouger), incapacité de se détendre	0	1	2	3	4
Craintes	De l'obscurité, des étrangers, d'être laissé seul, des animaux, des foules.	0	1	2	3	4
Insomnie	Difficulté de l'endormissement, fragilité du sommeil, réveils fréquents, sommeil non réparateur, fatigue au réveil, cauchemars	0	1	2	3	4
Dysfonction intellectuelle	Difficulté de concentration, « mauvaise mémoire »	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	Manque d'intérêt, tristesse, réveil précoce, fluctuations diurnes de l'humeur	0	1	2	3	4
Symptômes musculaires	Douleurs musculaires, courbatures, crispation, tension musculaire, grincements de dents, voix mal assurée	0	1	2	3	4
Symptômes sensoriels	Bourdonnement d'oreille, vision embrouillée, sensation de chaleur et de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement, démangeaisons de la peau	0	1	2	3	4
Symptômes cardio-respiratoires	Accélération du rythme cardiaque, palpitations, douleurs thoraciques, battements des vaisseaux	0	1	2	3	4
Symptômes respiratoires	Sensation d'oppression, longs soupirs, sensation d'étouffement	0	1	2	3	4
Symptômes gastro-intestinaux	Difficulté à avaler, boule œsophagienne, douleur abdominale, gargouillements, mauvaise digestion, brûlures d'estomac, nausées, constipation	0	1	2	3	4
Symptômes génito-urinaires	Aménorrhée [absence de menstruations], menstruations abondantes, début de frigidité, impuissance, miction impérieuse, mictions très fréquentes et peu abondantes, éjaculation précoce, perte de libido	0	1	2	3	4
Symptômes neuro-végétatifs	Sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur, pâleur, sudation fréquente, étourdissements, céphalée tensionnelle	0	1	2	3	4
Comportement au cours de l'entrevue	Agitation, tremblement des mains, visage crispé, soupirs, respiration rapide, mouvements subits et rapides, yeux agrandis	0	1	2	3	4
Score : ≤ 12, anxiété dite « normale » ; entre 12 et 20, anxiété légère ; entre 20 et 25, anxiété modérée ; > 25, anxiété grave à sévère.						

D'après : Hamilton MC. (1959), Hamilton Anxiety rating scale.

2. L'échelle de Beck :

Nom : Prénom : Date :

Sexe : Age :

La consigne générale :

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis, choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel, puis, entourez le numéro qui correspond à la réponse :

1. Tristesse :

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens très souvent triste.
2. Je suis tout le temps triste.
3. Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme :

0. Je ne suis pas découragée face à mon avenir.
1. Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir.
2. Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3. J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qui ne peut qu'empirer.

3. Échec dans le passé :

0. Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ou d'être une ratée
1. J'ai échoué plus souvent que je n'aurai du
2. Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3. J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir :

0. J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1. Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2. J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiment de culpabilité :

0. Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1. Je me sens coupable pour des choses que j'ai faites.
2. Je me sens coupable la plupart du temps.
3. Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être punie :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
1. Je sens que je pourrai être puni(e).
2. Je m'attends à être puni(e).
3. J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiment négatif envers soi-même :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi-même que je l'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

8. Attitude critique envers soi :

0. Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1. Je suis plus critique envers soi-même que j'étais.
2. Je me reproche tous mes défauts.
3. Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensée ou désir de suicide :

0. Je ne pense pas du tout à me suicider.
1. Il m'arrive de penser à me suicider.
2. J'aimerais me suicider.
3. Je me suiciderai si l'occasion se présentait.

10. Pleurs :

0. Je ne pleure pas plus qu'avant.
1. Je pleure plus qu'avant.
2. Je pleure pour les moindres petites choses.
3. Je voulais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitations :

0. Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1. Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
2. Je suis si agité(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

12. Perte d'intérêt :

0. Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1. Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2. Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3. J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision :

0. Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2. J'ai beaucoup plus de mal à prendre quelle décision.
3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation :

0. Je pense être quelqu'un de valable.
1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
2. Je me sens moins valable que les autres.
3. J'ai du mal à prendre n'importe décision.

15. Perte d'énergie :

0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3. J'ai trop peu d'énergie pour pouvoir faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes du sommeil :

0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas toujours changé.
1. a. Je dors un peu moins plus que d'habitude.
1. b. Je dors un peu moins que d'habitude.
2. a. Je dors beaucoup plus que d'habitude.
2. b. Je dors beaucoup moins que d'habitude.
3. a. Je dors presque toute la journée.
3. b. Je me réveille une ou deux heures plutôt et je suis incapable de me redormir.

17. Irritabilité :

0. Je ne suis plus irritable que d'habitude.
1. Je suis plus irritable que d'habitude.
2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3. Je suis constamment irritable.

18. Modification de l'appétit :

- 0. Mon appétit n'a pas changé.
- 1. a. J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1. b. J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2. a. Je n'ai pas d'appétit.
- 2. b. J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3. a. Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3. b. J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer :

- 0. Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2. J'ai du mal à me concentrer sur quoi que ce soit.
- 3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue :

- 0. Je ne suis pas fatigué(e) que d'habitude.
- 1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3. Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0. Je n'ai pas noté de changement récent pour mon intérêt pour le sexe.
- 1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2. Le sexe ne m'intéresse beaucoup.
- 3. J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Identifications personnelles :

- Nom
- Prénom
- Age

- Etat matrimonial

Axe 1 : Informations sur l'activité professionnelle.

- Quelle profession exercez-vous ? Dans quel service ?
- Combien d'heures travaillez-vous par jour avant et durant la pandémie ?
- combien de malades recevez-vous ?

Axe 2 : Information sur la Covid 19.

- La Covid-19 a-t-elle changée la qualité de votre travail ?
- Vos activités professionnelles ont-elles changés ? ya-t-il une surcharge de travail durant la crise sanitaire ?
- Avez-vous pensé à prendre un congé au milieu de la crise sanitaire ?
- Est-ce que vous êtes assez payé, ou avez-vous une augmentation durant vos surcharges de travail ?
- Comment vous pouvez définir la Covid-19 ?
- Avez-vous déjà contracté le Covid-19 ? Par quel biais ?
- Respectez vous les gestes barrières au travail et a l'extérieur ?
- Est-ce que vous êtes vaccinés pour vous protéger de la Covid 19 ?
- Quelle est votre opinion concernant les moyens utilisés au sein de l'hôpital pour vous protéger du Covid 19 ?

Axe 3 : Information sur la qualité de vie

- Qu'avez-vous ressenti au moment de l'apparition de la Covid-19 ?
- Que ressentez vous au contact avec les malades atteint par le Covid-19 ?
- Les moyens de protection (combinaison jetable, double bavettes, masque FFP2, gel hydro-alcoolique) vous ont-ils causé des problèmes de santé ou une gêne psychologique sachant qu'on a atteint le pic en été ?
- Avez-vous eu peur d'être contaminé ou de contaminer un proche par le Covid 19 ?
- La Covid 19 a-t-elle apporté un changement dans votre vie ? Lequel ?
- Exercez vous des activités et des loisirs que vous faisiez avant l'apparition du Covid 19 ?

Résumé :

Cette recherche se penche sur les répercussions psychosociales de la Covid-19 sur les professionnels de la santé publique, son objectif: est d'affirmer ou d'infirmer que la Covid-19 a réellement eu ou pas, des répercussions psychosociales sur notre population d'étude et de les connaître et identifier ces répercussions .Cette étude a pris en compte 6 praticiens, exerçant à L'Hôpital Akloul Ali d'Akbou, qui est à Bejaïa, où ils exerçaient dans les services : maternité, aux urgences et à l'administration. Pour mettre au point cette étude nous avons procédé par un entretien semi-directif ,les deux échelles : d'anxiété d'Hamilton et de dépression de Beck .Nos résultats affirment que la Covid-19 a bel et bien eu des répercussions psychosociales sur ces personnels soignants et que ces répercussions sont l'anxiété et la dépression , qui étaient légères ,modérées et sévères .ces professionnels doivent être pris en charge pour pouvoir mieux exercer leur métiers.

Mots clés : Covid-19 ; répercussions psychosociales ; anxiété ; dépression ; professionnels de la santé ; secteur public.

Abstract :

This research focuses on psychosocial repercussions of Covid-19 on professional public health ,its objective is to affirm or refute ,that Covid-19 has or hasn't really psychosocial repercussions on our population ,to know and identify them,This study considered 6 practitioners those who work in Akloul Ali hospital in Akbou ,which is in Bejaia where they worked in the maternity and emergency services and in administration .To develop this study we proceeded by semi –directive interview, the two scales of anxiety of Hamilton and depression of Beck .Our results confirm that Covid-19 had psychosocial repercussions on health care professionals and those repercussions are anxiety and depression which are light,moderate and strict.These professionals must be supported in order to be able to exercise their professions better.

Key words : Covid-19 ; psychosocial repercussions ; anxiety ; depression ; health professionals ; public sector.

ملخص :

إن هذا البحث يتمحور حول العواقب النفسية الاجتماعية للكوفيد-19 على متخصصوا الصحة العامة ،هدفها : هو حزم أو نفي أن الكوفيد-19 له عواقب نفسية اجتماعية على هؤلاء المختصين و معرفة كذلك نوع هذه العواقب . هذه الدراسة خصصت ل 6 عمال صحة في مستشفى أفلول علي في أقبو المتواجد في بجاية،العاملين في جناح الولادة و الامومة 'في خدمات الطوارئ و الإدارة. لقد استعملنا المقابلة الشبه الموجهة، مقياس القلق لهاملتون و مقياس الكآبة لباك. النتائج تجزم أن وباء كورونا فيروس،له فعلا عواقب نفسية اجتماعية على مختصي قطاع الصحة العام،و هي القلق و الكآبة التي كانت خفيفة ،معتدلة وحازمة. هؤلاء المختصون و جب لهم رعاية نفسية لممارسة أعمالهم على أفضل وجه.

الكلمات المفتاحية:الكوفيد-19؛ العواقب النفسية الاجتماعية؛القلق؛الكآبة؛متخصصوا الصحة؛القطاع العام.

