

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université A MIRA-DEJAIA



Faculté des sciences humaines et sociales

Département : sciences sociales

Mémoire de fin de Cycle

Le thème :

*L'impact de la covid-19 sur le vécu psychologique des
médecins*

*Etude réalisé auprès de : l'hôpital «Frantz Fanon»,
Bejaïa*

En vue d'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option : Psychologie de travail et d'organisation et G.R.H

Réalisé par :

 **M^r Saadi Mahrez**

Encadré par :

M^{me} slimani naima

Promotion : 2020-2021

Remerciements

Je oriente mon premier remerciement au bon dieu de qui ma donner la sante d'accomplir ce modeste travail.

Aussi à mon encadreur madame SLIMANI Naïma qui m'a accompagné durant cette expérience avec beaucoup d'encouragement et de conseil, et de pédagogie.

Aussi à tous les enseignants de notre spécialité

« Psychologie de travail et d'organisations »

Un grand merci au personnel médical de l'hôpital « Frantz fanon » pour leur collaboration plus particulièrement le service infectieux pour leur gentillesse, leur sens de professionnalisme et leurs orientation



- Saadi Mahrez-

Dédicace

*Je dédicace ce travail à mes plus chères personnes de ma vie,
mes parents qui éclairent ma vie, qui m'ont soutenu tout au long
de mon parcours avec leur affection et tendresse*

*A mes chers frères et ma sœur et bien aussi ma tante qui m'a
aidée dans tous les côtés.*

*Une autre dédicace à ma deuxième famille les **T-HIKERS**
(Terre des Randonneurs).*

*A tous mes amis, ainsi les étudiants de notre groupe
« psychologie de travail et d'organisation ».*



-Saadi Mahrez-

Liste des abréviations

AESST Agence Européenne de la Santé et de la Sécurité des Travailleurs.

ANSM Agence National de Sécurité des Médicaments.

ARN Acide Ribonucléique.

CHU Centre Hospitalier Universitaire.

EDC Episode Dépressif Caractérisé.

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personne Agé Dépendant.

EMA Agence Européenne des Médicament.

EPI Equipement de Protection Individuel.

FFCD Fédération Francophone de la Cancérologie Digestive.

FFP Pièce Faciale Filtrante.

GETAID Groupe d'Etude Thérapeutique des Affections Inflammatoire du Inflammatoire Digestif

HAS Haute Autorité de Santé

ICMRA Coalition Internationale des Autorités de Règlement des Médicament.

INSERM institut National de Santé ET de la Recherche Médicale.

MSPRH Ministre de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière.

PCR Réaction de Polymérisation en Chaîne.

SNFGE Société National Française de Gastro-Entérologie.

SNPI Syndicat National des Professionnels des Infirmiers.

TSPT Trouble de Stress Poste Traumatique.

VIH Virus d'Immunodéficience Humaine.

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

N°	Titre	Page
01	<i>Interaction entre l'attitude de décision et les demande au travail</i>	46
02	<i>Les composantes de la compétence</i>	76
03	<i>Synthétique des dimensions et condition de la confiance en soi</i>	84
04	<i>Caractéristique de notre groupe de recherche</i>	93
05	<i>Les réponses sur l'échelle de l'épuisement professionnel (burnout)</i>	100
06	<i>Le degré de l'épuisement professionnel (burnout) chez les médecins</i>	106
07	<i>Les réponses sur l'échelle de stress professionnel</i>	102
08	<i>Le degré du stress professionnel chez les médecins</i>	103

Liste des figures

N°	Titre	Page
01	<i>Le syndrome d'adaptation générale de Selye</i>	44
02	<i>Déséquilibre, récompense et effet</i>	47
03	<i>Model transactionnelle de Folkman et Lazarus</i>	48

Sommaire

Introduction	1
Le cadre théorique	
Chapitre I : le cadre générale de la problématique	
1-La problématique	6
2-Les hypothèses	8
3-La définition opérationnelle des concepts	9
4-La raison du choix du thème	10
5-Objectif de l'étude	11
Chapitre II : le coronavirus (sars-cov-2) ou (covid-19)	
1-L'historique des coronavirus	13
2-L'origine de la COVID-19	15
3-Les différentes définitions de la COVID-19	15
4-Comment la COVID-19 se propage-t-elle entre les personnes	15
5 -Les différentes contaminations de la covid-19	16
6-Comment se protéger du coronavirus	18
7-Les symptômes de la COVID-19	19
8-Que faire quand on souffre de la COVID-19	20
9-La COVID-19 est maladie chronique	22
10-Le diagnostic de l'infection COVID-19	23
11-Quelle efficacité et sécurité pour les vaccins contre la COVID-19	25
12-Le calendrier de vaccination contre la COVID-19	28
13-La mise en place de la vaccination contre la COVID-19 en France	28

Sommaire

14-La relation soignant-soignée une dynamique et des enjeux complexes	32
15-La mobilisation du personnel soignant des établissements de santé publics malgré des conditions de travail difficiles	36
Chapitre III : le vécu psychologique des médecins	
Le vécu psychologique	39
Définition du vécu psychologique	39
Section A : le vécu négatif	
I) Le stress professionnel	
1-Historique du stress professionnel	40
2-Définition du stress professionnel	41
3-Les typologies de stress	41
4-Les modèles théoriques de mesure du stress professionnel	42
5-Les causes du stress professionnel	48
6-Les conséquences du stress professionnel	50
7-les mécanismes psychologiques pour faire face au stress	53
II) épuisements professionnels	
1-Historique de l'épuisement professionnel	56
2-Définition de l'épuisement professionnel	57
3-Épuisement : signal d'alarme dans notre psychisme	58
4-Les facteurs de l'épuisement professionnel	58
5-Les dimensions de l'épuisement professionnel	61
6-Les causes de l'épuisement professionnel	61
7-Les manifestations et les conséquences de l'épuisement professionnel	63

Sommaire

8-Le grand modèle du burnout	64
9-La prévention de l'épuisement professionnel	65
10-Épuisement comme une chance	66
11-Les remèdes contre l'épuisement définis	67
12-La différence entre stress et épuisement	68
Résilience	
Définition de la résilience	68
Section B : le vécu positif	68
I) Développement de compétences	
1-Historique de la compétence	69
2-Définition de la compétence	69
3-Les type de la compétence	70
4-Les principes de la notion compétence	71
5-Les dimensions de la compétence	72
6-Les critères d'évaluation de la compétence	73
7-Méthode de repérage et conditions de compétences	74
8-Les composantes de la compétence de	76
II) La confiance en soi	
1-Définition de la confiance en soi	78
2-Développement de la confiance en soi	78
3-les dimensions et caractéristiques de la confiance en soi	79
4-Les origines du manque de confiance en soi	86
5-Les sept conditions pour un mental fort	87

Sommaire

Chapitre IV : méthodologie de la recherche

1-Presentation de l'organisme d'accueil.....	92
2-La pré-enquête.....	93
3-La méthode utilisée.....	94
4-Échantillonnage	95
5-Technique de recherche utilisé.....	96
6-Difficulté de la recherche	99

Chapitre V : interprétation des résultats les discussions des hypothèses

1-Présentation des résultats de	102
2-Discussion des hypothèses	107
Conclusion	113
La liste bibliographique	116
Annexe	121

Tables des matières

Introduction

Introduction

Le 21^e siècle a été confronté à une nouvelle pandémie sans précédent, l'humanité a dû faire face à cette dernière connu ce le nom du covid-19 ou le coronavirus.

A l'instar d'autre pays, l'Algérie est en train de se battre, tant bien que de mal contre le coronavirus, en déployant tous ses moyens matériels et humains. En effet, ce virus est coriace, il continue de mettre à rude épreuve les efforts du secteur sanitaire. Ainsi jusqu'au jour d'aujourd'hui les spécialistes n'ont pas d'informations précises et spécifiques, ni sur la source de ce virus ni sur la façon de s'en débarrasser définitivement, néanmoins ils affirment que ce virus a une capacité remarquable de mutation et de transmissibilité.

Selon l'Organisation mondiale de la santé les statistiques fournies en date du 08/06/2020 sur cette pandémie, montrent que le nombre de personnes atteintes par ce virus est de 6,799 millions de personnes dans le monde répartis dans plus de 200 pays, et 397,388 personnes sont décédées, ce qui représente un taux de mortalité de 5,71 % du nombre total de personnes atteintes du virus. Quant à autre pays, l'Algérie, il a été déclaré officiellement le même jour, que plus de 10,265 cas ont été contaminés, et 715 décès, soit un taux de mortalité de 6,96% du nombre total de personnes atteintes du virus.

Les pays du monde entier ont fait face cette année à une crise sanitaire inédite et se sont vus obligés de s'adapter aux mieux afin de dépasser cette période difficile, en engendrant moins de dégâts humains et en protégeant au mieux ses concitoyens.

Cette pandémie n'a pas seulement des répercussions sanitaires, politiques, économiques ou sociales, mais elle a aussi des conséquences d'ordres psychologiques et relationnels, sans oublier les mesures de confinement qui en découlent.

La contamination, des pressions dues à la hiérarchie, gérer et maîtriser sa propre peur d'être contaminé, et à la mort d'un côté. De l'autre côté aider son entourage à exprimer leurs ressentis, souffrance, requise, manque de moyen de prise en charge, travailler sous pression et en situation de danger permanent, la mise en quarantaine et l'éloignement des proches ; tous ces facteurs réunis déclenchent le stress et le burnout professionnel.

Malgré les difficultés du terrain rencontrées durant la mobilisation contre cette pandémie, cela a pu déclencher chez les médecins Algériens un processus de socialisation vers un épanouissement de leur identité personnelle et professionnelle.

Introduction

En effet notre objectif était de mettre en lumière l'impact de la covid-19 sur le vécu psychologique des médecins.

Par vécu psychologique on entend l'état émotionnel dans lequel les médecins se trouvent, lorsqu'ils font face à différentes situations rencontrées au sein du service infectieux, où la mort est omniprésente. Les médecins s'y trouvent par conséquent confrontés à de très fortes émotions et ils font face à des situations peu envieuses. En effet, le travail des médecins est ainsi connu depuis longtemps pour être à l'origine de souffrance pour ceux qui l'exercent.

Afin de réaliser notre objectif et vue la nature de notre thématique qui traite une maladie infectieuse on a retenu comme lieu de recherches l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia, service infectieux et comme groupe de recherche on a choisi 10 médecins qui travaillent dans ce service. Pour la récolte des données, on a opté pour l'entretien de recherche semi-directif, et pour mesurer le stress des médecins on a choisi l'échelle de stress perçu, et pour mesurer le degré du burnout on a opté pour l'échelle de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Après l'introduction, notre travail est divisé en deux parties la partie théorique et la partie pratique. La partie théorique se divise en deux chapitres, le premier chapitre intitulé Le covid-19 et le deuxième chapitre porte sur le vécu psychologique des médecins (l'impact positif et l'impact négatif).

Ensuite on va présenter la problématique les hypothèses en plus les définitions des concepts clés. Puis on a passé à la pratique, le quatrième chapitre, intitulé le cadre méthodologique de la recherche, est composé des points suivants : présentation de l'organisme d'accueil, la préenquête, la méthode utilisée de la recherche, les techniques de la recherche, enfin les difficultés rencontrées. Le cinquième chapitre on l'a consacré à la présentation et à l'analyse des hypothèses. La première partie est consacrée à la présentation et analyse des résultats, la deuxième partie à la discussion des hypothèses et pour finir : la conclusion, la liste bibliographique, et les annexes.

Le cadre théorique

Chapitre I
Le Cadre générale de la
problématique

1. Problématique

À travers l'histoire, le monde entier était témoin de multiples pandémie qui ont touché l'humanité, et décimé la population. A la fin de l'année 2019 et au début 2020, l'humanité a été prise au dépourvue par la propagation d'une pandémie qui a touché le monde entier. (2^{ème} colloque, 2021, p1).

Cette nouvelle épidémie nommée COVID-19 qui est très contagieuse, jamais connue chez l'homme, la propagation de ce virus et rapide, elle a commencé en Chine causant un nombre considérable de décès et aujourd'hui le monde entier est contaminé. (Ibid., p12).

Aucune possibilité de se protéger complètement, c'est une situation inédite qui a provoqué une panique généralisée qui entraîna avec elle un changement radical dans la vie des gens, qui a engendré un ralentissement dans toutes les activités de la vie quotidienne. (Ibid., p1).

La pandémie a frappé de plein fouet toutes les formes de vie normales, par la mise à l'arrêt forcé de toutes les infrastructures publiques, connaissant une activité humaine intense, à savoir : les écoles, les universités, les moyens de transport, les entreprises, les commerces, les marchés, les sports de masse, les lieux de cultes etc. (Ibid., p 3).

L'Algérie comme la plupart des pays du monde est confrontée à la pandémie de covid-19 le moins que l'on puisse dire à ce sujet est qu'elle n'exclut personne, alors que les véritables causes de ce virus restent méconnues malgré les efforts des pays pour rechercher le meilleur moyen de son protégé. (Ibid., p17).

Parmi les premières mesures prises dans le monde entier pour éviter la propagation du virus et est le continent cette décision a également été prise en Algérie depuis le 15 mars 2020, un confinement local, qui concerne des wilayas plus que d'autres, a obligé les Algériens à s'isoler, à changer les habitudes et à vivre autrement. La décision d'un confinement a touché plusieurs secteurs mais surtout les établissements scolaires ; une décision appropriée pour éviter les regroupements. (Ibid., p20).

La prévention contre le risque de contamination dans ces services, étant donné le contact régulier avec les patients infectés, se base essentiellement sur le respect des gestes barrières mais doit aussi, en termes de prévention efficaces, accorder une grande importance à la qualité de l'organisation du travail. (Ibid., p11).

Comme à chaque crise sanitaire c'est le personnel de santé qui sont mis à rude épreuve, en milieu hospitalier particulièrement les médecins qui sont en première ligne pour affronter et faire face à ce virus et à la crise sanitaire qu'il a engendré, afin d'assister les malades et de préserver la santé des citoyens. Souvent, le travail accompli par le personnel de la santé se fait dans des conditions compliqué et très délicate comme l'exposition directe aux patient ayant une charge virale haute, l'exposition au risque de contamination, l'épuisement physique, la réorganisation des espace de travail, l'adaptation à des organisations rigide de travail, la gestion de la pénurie de matériel. (Ibid., p12).

Les médecins ont joués un rôle très important dans la période de la pandémie ils étaient perçus comme tout-puissant est capable de traiter, ou au moins de comprendre, toute maladie, alors que la souffrance et la mort étaient devenues taboues, la crise sanitaire du covid-19 à bouleverser tous nos repères.

Les caractéristiques de la pandémie (rapidité de diffusion, connaissance incertaine, sévérité, décès des soignant) ont installé un climat de stress et d'épuisement d'un côté, d'autre côté le personnel médical ont fait de leurs mieux afin d'aider les personnes contaminées où ils ont affronté leur peur, mais aussi ils ont développé des connaissances à propos de ce virus pour faire face.

Durant cette crise sanitaire les médecins était présent et à n'importe quel moment, ils peuvent mettre leur vie en danger et c'est par ces expressions qu'un médecin en réanimation a commencé son discours sur la covid ; « on est en non-stop! On est épuisé! Certains sont morts, et d'autres sont contaminés! », Selon le professeur Abdelkrim Soukehal, qui est membre du comité scientifique national, plus de 1700 membres personnel de la santé du territoire national, tous corps confondus, ont été contaminés. Une telle problématique nous invitons aujourd'hui à s'interroger par rapport aux conditions difficiles auxquelles les professionnels de la santé sont confrontés chaque jour dans les établissements de santé. (Ibid., p38).

Ce personnel médical souffre de détresse multiple et sévère, sans recevoir de soutien adéquat en raison de son état de santé et de son rôle face à l'infection. C'est ce qui a payé la facture pour la vie de nombreux spécialistes atteints des maladies chroniques qui ont été martyrisés dans le domaine de travail.

Se référant au médecin Jean-Marie elle propose de créer un champ de recouvrement qui rassemble les professionnels en détresse, les aidera à retrouver leur énergie latente et à partager la responsabilité selon leurs fonctions est la structure qui les supervise.

Ne devons abandonner l'obligation d'examiner leurs situations afin de développer un large contexte de confiance en soi et développer leurs compétences comme indiqué dans la clinique de concertation, et travailler avec eux sur l'idée de la réciprocité dans le don et dans la prise, contribuera à élargir le contexte de confiance. (Ibid., p38).

Faisons face à la charge du travail perçue comme le facteur stressant le plus important, au nombre de perte et de récidence, vécue comme un échec de la perte du soignant ainsi le burnout prend sa place petit à petit et ses manifestations apparaissent telle que la fatigue physique et morale, d'autre part le manque d'information et de connaissance sur cette pandémie mais les médecins non pas baisser leurs bras ils ont développé des compétences pour faire face à cette pandémie.

Afin de bien élaborer notre recherche, nos questions sont formulées de la manière suivante :

Question générale :

- **La covid-19 aurait-elle un impact sur le vécu psychologique des médecins ?**

Question partielles :

- Est-ce-que cette impact se limiterais a des conséquences négative (stress, burnout, fatigue émotionnel ...) ?
- Les médecins sont-ils résilient (confiance en soit, développer des compétences, affronter la peur ...) ?

2. Les hypothèses**Hypothèse générale :**

- La covid-19 a un impact sur le vécu psychologique des médecins.

Hypothèse partielle :

- L'impact de la covid-19 se limitera à des conséquences négatives (le stress et le burnout).

- Les médecins ont développés une résilience face à la crise sanitaire (confiance en soi, développement des nouvelles compétences).

3. Définition des concepts clés

3.1. Covid-19

C'est le nom donné par l'OMS le 11 Février 2020 pour désigner une nouvelle maladie infectieuse respiratoire apparue en décembre 2019 en Chine, est causé par le SARS-COV-2. (A. Blaize, 2021, p15).

3.2. Coronavirus

Sont des virus à ARN fréquents, qui sont responsable d'infection digestive et respiratoire chez l'homme et l'animal. Le virus doit son nom à l'apparence de ses particules virales en forme de corne. (OMS, 2020).

3.3. Epidémie

(Du grec epi = au-dessus et demos = peuple), c'est la propagation rapide d'une maladie infectieuse a un grand nombre de personnes, le plus souvent par contagion. (www.futuras-sciences.com).

3.4. Pandémie

(Du grec pan = tout et demos = peuple), c'est épidémie qui s'étend à la quasi-totalité d'une population d'un continent ou de plusieurs continent, voire dans certains cas de la planète. (www.futuras-sciences.com).

3.5. Médecin infectiologue

C'est un médecin clinicien assurant la prise en charge des patient d'infection bactériennes, virales, fongiques, ou parasitaires, notamment les complexe et difficiles à traiter, et les maladies infectieuse émergentes. (R. Chiolerie, 2001, p54).

3.6. Vécu psychologique

C'est un état émotionnel dans lequel le soignant se trouve lorsqu'il exerce son travail. Lors de son exercice il rencontre des situations pénibles notamment la perte, les récides le contexte du travail stressant... etc. amenant ainsi le soignant à éventuelle une souffrance. (V. Le Naaour, 2003, p4).

3.7. Stress professionnel

Se définit comme : « une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer le bien-être ». (Bruchon-Schweitzer & Bujut, 2014, p437).

3.8. L'épuisement professionnel (burnout)

Les docteur Bernard et Duquette décrivent le burnout de la manière suivante : « l'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens » (Canoui & Mauranges, 2001, p16).

3.9. Le développement des compétences

Maurice de Montemolin définit le développement des compétences comme: « *ensembles stabilisés de savoir et savoir-faire, des conduites types, de procédures standards, de type de raisonnement, que l'on peut mettre en œuvre avec des apprentissages nouvelles.* » (P. Eray, 1999, p21).

3.10. Confiance en soi

Selon Sarah Famery, le sentiment de confiance en soi est un « sentiment profond de sécurité intérieur », indispensable pour entreprendre et réussir des projets tant professionnels que personnels. (S. Famery, 2015, p150)

3.11. La résilience

Peut se définir comme : « la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme. » (Anaut, 2003, p7).

4. Raison de choix de thème

- Savoir comment les médecins font face à la covid-19.
- Un acte de reconnaissance envers les médecins.
- Identifier l'impact de ce virus sur le vécu psychologique des médecins.
- Connaître le vécu psychologique des médecins face à cette crise.

- Comprendre est-ce-que les médecins on bénéficié d'une expérience ou une formation durant la période de crise.

5. Objectif de l'étude

Chaque étude en sciences sociales à des objectifs souhaiter, pour les atteindre dans cette étude on va s'intéresser à un phénomène, il s'agit du vécu psychologique des médecins à la période de covid-19, Pour cela les objectifs de ce thème sont:

- Décrire l'impact de la covid-19 sur le vécu psychologique des médecins.
- Mesurer leur vécu négatif à travers deux indicateurs qui sont le stress et l'épuisement.
- Expliquer comment les médecins font face devant une telle crise sanitaire.
- Affirmer est-ce que cette situation été bénéfique d'un autre côté en mesurant l'impact positif de la covid-19 à travers deux indicateurs (confiance en soi, développement des compétences).

Chapitre II

*Le coronavirus (sars-cov-2)
ou (covid-19)*

Préambule

Le coronavirus, pandémie, confinement, ces termes sont désormais familiers depuis des années. Cependant, le covid19 fait figure parmi les plus grandes crises sanitaires mondiales. La situation de mise en quarantaine ou de l'isolement répond avant tout à une urgence sanitaire et tente d'apporter une solution à cette dernière. Cette situation peut engendrer des effets sur d'autres aspects de la vie des personnes, notamment l'aspect social, psychologique et économique.

1. L'historique des coronavirus

Depuis 1930 jusqu'à aujourd'hui, la famille des coronavirus a captivé des générations de chercheurs, qui tentent encore de percer tous leurs mystères.

Les coronavirus forment un grand groupe de virus infectant les mammifères et les oiseaux ; cinq d'entre eux infectent l'homme : HCOV 229E, OC43, SARS-COV, NL63, HKU1.

Le virus 229E a été découvert dans les années 1960 par une équipe de chercheurs qui tentait de trouver le virus responsable de la rhinopharyngite, c'est le premier coronavirus jamais dépisté chez un être humain.

Ce virus ressemblait à un virus déjà isolé dans les années 1930 sur des poulets atteints de bronchite. Il s'agissait d'un coronavirus, le premier à pouvoir infecter l'être humain.

A l'époque le Dr McIntosh et son équipe ont découvert un virus connu aujourd'hui sous le nom d'OC43, un autre coronavirus humain commun qui provoque des infections respiratoires. Le terme « coronavirus » a pour sa part été inventé en 1968, les chercheurs s'étant inspirés de la manière dont, au microscope, la surface du virus en forme de couronne ressemblait à la couronne solaire.

Puis est arrivée l'épidémie de SRAS en 2003, qui a débuté avec un coronavirus en Chine et qui s'est propagé dans 29 pays, bien qu'il ait finalement été confirmé que cette maladie n'avait contaminé que 8096 personnes, 774 décès lui ont été attribués un taux de mortalité incroyablement élevé qui a incité les chercheurs à réexaminer cette classe de virus.

Depuis, deux autres coronavirus qui provoquent également des rhinopharyngites ont été découvertes : le NL63 et le HKU1. Ce n'est qu'en 2012, près de 50 ans après sa découverte, que le génome complet du 229E a finalement été séquencé. Entre temps, plusieurs rapports ont été publiés démontrant que le 229E pourrait potentiellement provoquer des symptômes respiratoires graves chez les patients ayant un système immunitaire affaibli. Pour la plupart des personnes en bonne santé en revanche, ses symptômes se limitent à un rhume.

Actuellement nous sommes face à un nouveau virus qui est le SARS-COV-2 (deuxième coronavirus) ou bien Covid19, qui a émergé en Chine en décembre 2019 puis dans le monde, ce virus est différent du virus SARS-COV (coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère) en 2003, il est également différent du virus MERS-COV (coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient) en 2012.

Une chose est sûre, toutes les coronavirus connus qui contaminent les humains semblent provenir des chauves-souris.

Malgré la surveillance étroite exercée sur les apparitions des coronavirus, on ne sait aujourd'hui toujours pas pourquoi ces trois virus (le SARS-COV, le MERS-COV et le SARS-COV-2) entraînent des symptômes bien plus graves et un taux de mortalité plus élevé, alors que les quatre autres coronavirus humains connus (HCoV 229E, OC43, NL63 et HKU1) restent sans danger.

Les différents HCoV co-circulent avec une distribution entre les types qui est variable selon les années et les régions géographiques. Ce sont essentiellement des virus responsables d'infections respiratoires hautes et basses. Le SARS-COV est, lui, un virus émergent responsable de l'épidémie de pneumopathies.

Sa circulation a été interrompue grâce à la mise en place de mesures sanitaires drastiques. L'implication des HCoV dans des pathologies digestives et neurologiques reste à préciser. La détection des coronavirus est difficile, et fait appel surtout à des techniques moléculaires.

Le Dr McIntosh présume que les coronavirus continueront à soulever des difficultés pour les chercheurs, parce qu'ils sont nombreux et complexes, mais aussi parce qu'ils peuvent muter relativement rapidement et il n'existe actuellement aucun traitement spécifique des infections HCoV. (<http://www.forbes.fr/business/histoire-des-coronavirus>).

2. Origine de coronavirus ; COVID-19 (SARS-COV-2)

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), ce virus est apparu et a infecté les premières personnes durant la fin du mois de décembre de l'année 2019, à partir de la ville de Wuhan, en Chine.

Concernant l'origine de ce virus, il est à signaler que des informations officielles et des rumeurs contradictoires sont propagées à travers le monde à deux doigts d'un incident diplomatique entre les USA et la Chine. Une crise sanitaire sur un fond de crise de leadership économique et d'une campagne électorale américaine sans vérité absolue autour de l'origine de la pandémie. Certains l'expliquent par la colère du Dieu en raison des péchés commis contre les musulmans du Turkestan oriental en Chine. D'autres par contre l'expliquent par les habitudes alimentaires des Chinois qui consomment les chauves-souris qui portent ce virus, ce qui a facilité son transfert vers l'espèce humaine. Enfin, les politiciens et économistes qui l'expliquent par une éventuelle guerre biologique feutrée dévastatrice entre les superpuissances, qui luttent pour la domination du monde. (2eme colloque national, 2021, p 2).

3. Définition du coronavirus et/ou COVID-19 (SARS-COV-2)

3.1. Les coronavirus

Forment une famille de virus variés (Coronaviridae) qui peuvent infecter aussi bien l'homme que l'animal. Leur nom signifie "virus en couronne" et vient du fait qu'ils possèdent tous un aspect en forme de couronne lorsqu'ils sont observés au microscope. (A.Blaize, 2020, p15).

3.2. Covid-19

Fait référence à « Coronavirus Disease 2019 », Le Covid-19 est une maladie respiratoire pouvant être mortelle chez les patients fragilisés par l'âge ou une autre maladie chronique. Elle se transmet par contact rapproché avec des personnes infectées. La maladie pourrait aussi être transmise par des patients asymptomatiques mais les données scientifiques manquent pour en attester avec certitude. (www.futura-science.com).

4. Comment la COVID-19 se propage-t-il entre les personnes

Nous savons que la maladie est causée par le virus SRAS-CoV-2, qui se propage entre les personnes de plusieurs manières différentes.

Le virus peut se propager à partir de la bouche ou du nez d'une personne infectée en petites particules liquides lorsqu'elle tousse, éternue, parle, chante ou respire. Ces particules vont des plus grosses gouttelettes respiratoires aux plus petits aérosols.

Les preuves actuelles suggèrent que le virus se propage principalement entre les personnes qui sont en contact étroit les unes avec les autres, généralement à moins d'un mètre (courte portée). Une personne peut être infectée lorsque des aérosols ou des gouttelettes contenant le virus sont inhalés ou entrent directement en contact avec les yeux, le nez ou la bouche.

Le virus peut également se propager dans des environnements intérieurs mal ventilés et / ou surpeuplés, où les gens ont tendance à passer plus de temps. En effet, les aérosols restent en suspension dans l'air ou se déplacent à plus d'un mètre (longue portée).

Les personnes peuvent également être infectées en touchant des surfaces contaminées par le virus en touchant leurs yeux, leur nez ou leur bouche sans se laver les mains.

Des recherches supplémentaires sont en cours pour mieux comprendre la propagation du virus et quels paramètres sont les plus risqués et pourquoi. Des recherches sont également en cours pour étudier les variantes de virus qui émergent et pourquoi certaines sont plus transmissibles. (www.oms.com)

5. Les différentes contaminations du COVID-19

5.1. Contamination par l'air

Le coronavirus peut être porté sur de toutes petites particules de sécrétions respiratoires (appelées aérosols) qui contaminent les personnes qui les inhalent. Ces particules infectantes restent dans l'air d'une pièce fermée pendant plusieurs dizaines de minutes et elles peuvent se déplacer sur plusieurs mètres (elles se comportent exactement comme les particules qui composent la fumée de cigarette). Ce mode de contamination est particulièrement efficace dans les lieux clos, peu ventilés, où une personne malade reste pendant au moins 15 minutes. Ce mode de contamination semble exceptionnel à l'air libre où il requiert une forte densité de personnes. (L.Vidal, 2020, p115).

Pour mieux se protéger de ce mode de contamination lorsqu'on est en groupe, il est utile d'envisager les aérosols de la même manière que la fumée de tabac. Si les conditions

dans lesquelles vous vous trouvez font que vous ne seriez pas importuné par un éventuel fumeur (si vous êtes non-fumeurs !), vous êtes à l'abri de ce mode de contamination. Dans le cas contraire, mieux vaut porter un masque sans discontinuer ou, si c'est possible, vous déplacer pour être dans un endroit mieux ventilé. (Ibid., p116)

5.2. Contamination par le contact

Les personnes malades ou en voie de développer la maladie toussent et éternuent, ce qui répand autour d'elles des gouttelettes contenant du virus. Celles-ci ne restent pas en suspension dans l'air, elles se posent sur les objets et les surfaces à proximité de la personne malade. Sur une surface contaminée, le virus SRAS-CoV-2 reste actif entre plusieurs heures ou plusieurs jours en fonction de différents paramètres tels que la quantité de virus, la température ou l'humidité ambiante. Selon une étude publiée dans le New England Journal of Medicine, le SRAS-CoV-2 pourrait survivre 72 heures sur du plastique, 48 heures sur l'acier, 24 heures sur du carton et 4 heures sur du cuivre. Les rayons ultra-violet du soleil le détruisent en 30 secondes environ. (Ibid., p117)

Les personnes peuvent se contaminer en touchant une surface souillée, puis leurs yeux, leur bouche ou l'intérieur de leur nez. D'où la nécessité de se laver les mains fréquemment avec du savon qui détruit rapidement et efficacement le virus de la COVID-19, ou d'utiliser régulièrement un gel hydro-alcoolique.

Aujourd'hui, on estime que ce mode de contamination existe mais qu'il est minoritaire par rapport à la contamination aérienne. (Ibid., p118)

5.3. Contamination par les aliments

Une infection par la consommation de denrées alimentaires issues d'animaux contaminés a été exclue par l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail). Les experts de cette agence évoquent un risque théorique de contamination par un aliment souillé par des gouttelettes issues d'une personne infectée, manipulé ou consommé cru ou insuffisamment cuit. Néanmoins, ce risque de contamination par les aliments est infiniment plus faible que celui d'être contaminé par manque de respect des mesures barrières.

Attention, la réfrigération et la congélation des produits alimentaires ne sont pas un moyen de décontamination, au contraire (Ibid., p119).

5.4. Contamination par les animaux

Il n'existe aucun cas de contamination d'un humain par un animal domestique. Par contre, des chats, des chiens et des furets ont été contaminés par leur propriétaire. (Ibid, p119).

6. Comment se protéger du coronavirus

6.1. Le port du masque chirurgical, en tissu ou FF2

Le port du masque réduit le risque de contamination par le coronavirus de la COVID-19. Il ne l'empêche pas totalement, mais il le réduit (plus fortement dans le cas du masque FFP2). De plus, il semble que les personnes qui se contaminent malgré le masque (ou une distanciation physique suffisante) développent des formes moins sévères, voire asymptomatiques, de la maladie. (Ibid., p120)

Dans les situations générales (hors établissements de soins), le masque chirurgical et le masque en tissu semblent suffire. Par contre, pour les professionnels de santé, le masque doit être de type FFP2, plus efficace, pour éviter la contamination dans des conditions où le virus est présent en fortes concentrations. (Ibid., p120)

6.2. Les gestes à adopter

Certains gestes permettent de prévenir la contamination par contact :

- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon (pendant au moins 15 à 20 secondes) régulièrement et à chaque activité ; les désinfectants « sans rinçage » à base d'alcool (solutions ou gels hydro alcooliques) vendus en pharmacies sont également efficaces.
- Tousser et éternuer dans le pli du coude.
- Utiliser des mouchoirs jetables et les jeter après avoir toussé ou éternué.
- Ne pas se serrer la main ou se faire la bise pour se saluer. (Ibid., p125)

6.3. Augmenter la distance physique pour se protéger de la covid-19

La distance entre les personnes est un des éléments essentiels pour lutter contre la COVID-19 : idéalement une distance de 2 mètre selon les dernières études scientifiques. Elle permet d'éviter de se contaminer, mais aussi de transmettre le virus à d'autres personnes,

puisque l'on sait que la transmission de la maladie peut avoir lieu en l'absence de symptômes. Pour tous, il est recommandé d'éviter les situations où le respect de cette distanciation est difficile à assurer : lieux fermés ou peu ventilés où se trouvent de nombreuses personnes, en particulier si elles crient ou chantent (ce qui favorise la dissémination du virus dans l'air expiré).

Dans les magasins et les bureaux, le port du masque est obligatoire pour compenser le manque de distance physique et la fréquentation de nombreuses personnes. (Ibid., p127).

7. Les symptômes de la COVID-19

7.1. Les symptômes identiques à ceux de la grippe

Les symptômes généraux de la COVID-19 sont assez similaires à ceux d'autres infections respiratoires aiguës telles que la grippe saisonnière. Les quatre principaux symptômes sont la fatigue, la fièvre, la toux et les difficultés à respirer. D'autres symptômes sont parfois décrits :

- Courbatures ou mal de dos ;
- Mal de gorge, écoulement nasal ;
- Éventuellement nausées, vomissements ou diarrhée.

Certains symptômes sont plus caractéristiques de la COVID-19, en particulier la perte soudaine et temporaire de l'odorat (anosmie) et du goût (agueusie). Les lésions du poumon (observés par scanner) sont particulières et légèrement différentes de celles de la grippe saisonnière.

Lors de formes particulièrement sévères, les patients souffrent de difficultés à oxygéner leur sang et doivent être hospitalisés et placés sous oxygène. Dans les cas les plus graves, ils sont mis en état de coma artificiel et intubés pour amener l'oxygène au plus près du sang. (Ibid., p128).

7.2. Des signes cardiovasculaires lors de la COVID-19

Des inflammations du muscle cardiaque (myocarde) et des insuffisances cardiaques ont été rapportées chez les malades pris en charge en soins intensifs pour des formes graves de COVID-19. Des symptômes cardiovasculaires, tels -que des palpitations ou des douleurs thoraciques, peuvent donc aussi constituer des signes d'alerte de l'infection.

Les vaisseaux sanguins peuvent également souffrir lors de COVID-19. (Ibid., p129).

7.3. Des formes particulières chez les personnes âgées

Les personnes âgées semblent présenter des formes particulières de COVID-19 : indépendamment des signes respiratoires classiques, on peut observer des signes digestifs, notamment une diarrhée, un état confusionnel ou des chutes et des variations de pression artérielle. (Ibid., p129).

7.4. Des formes graves moins fréquentes chez les enfants

Il semble que les enfants ont un risque de COVID-19 similaire à celui de la population générale, mais peu ou pas de symptômes et beaucoup moins de formes graves. Certains enfants (rares) présentent des formes particulières avec une inflammation des vaisseaux sanguins (de type maladie de Kawasaki).

Aujourd'hui, après beaucoup d'hésitations sur le sujet et à la suite de plusieurs études américaines, allemandes ou coréennes, il est établi que les enfants peuvent transmettre le coronavirus au même titre que les adultes. (Ibid., p130).

7.5. Plus de risque, de complication pour certaine catégorie de personne

En ce qui concerne le coronavirus SARS-CoV-2, les données actuelles montrent que les personnes âgées de plus de 75 ans et celles qui ont d'autres problèmes de santé (insuffisance rénale, obésité, problèmes respiratoires, cardiaques ou diabète, par exemple) sont exposés à un risque de forme sévère supérieur au reste de la population. Sont également concernées les personnes immunodéprimées (par exemple du fait d'un traitement contre un cancer ou une maladie inflammatoire chronique). (Ibid., p130).

8. Que faire quand on souffre de la COVID-19

8.1. En cas de symptômes qui évoquent une COVID-19

Si vous avez des symptômes tels que fièvre, toux, courbatures, fatigue, mal de gorge :

- Restez chez vous et contactez par téléphone votre médecin traitant. Il est également possible de faire une téléconsultation.
- Si votre médecin vous le conseille, allez faire un test de dépistage dans un laboratoire d'analyses (appelez-le avant pour connaître les heures de prélèvement).

- En attendant les résultats, reposez-vous et buvez abondamment (eau, tisanes, jus de fruits, soupes).
- Si nécessaire, prenez un médicament contre la fièvre contenant du paracétamol.
- Couvrez votre bouche et votre nez avec un mouchoir jetable lorsque vous éternuez ou lorsque vous toussiez, et jetez-le ensuite.
- Lavez-vous les mains fréquemment et en particulier après avoir toussé ou éternué.
- Isolez-vous des autres personnes le plus possible, ou portez systématiquement un masque.

En cas d'affaiblissement important ou de difficultés à respirer (essoufflement sans effort particulier, par exemple juste en prononçant 3 ou 4 phrases), il faut contacter le 15.

Si votre test de dépistage du coronavirus est positif, vous devrez vous isoler pendant 10 jours après le début de la maladie ou 2 jours après la fin de la fièvre si celle-ci persiste plus de 10 jours après le début de la maladie. Ensuite, masque et gestes barrières sont bien sûr de rigueur. (Ibid., p136).

8.2. En cas de pratique, que faire les personnes en contact avec un cas de covid-19

A. Pour les personnes qui partagent le domicile d'une personne touchée par la covid-19 :

Elles doivent faire un test de dépistage dès que possible.

- Si le test de dépistage est positif, elles doivent s'isoler 10 jours en l'absence de symptôme. En cas de symptômes, il faut compter 10 jours d'isolement à partir du début des symptômes.
- Si le test de dépistage est négatif, elles doivent rester isolées tant que la personne reste malade et 7 jours après la fin de ses symptômes. Après ces 7 jours, elles doivent refaire un nouveau test. L'isolement prend fin si le résultat du 2e test est négatif. Si le test est positif, elles doivent s'isoler encore 10 jours. Si elles développent des symptômes entre les deux tests, elles font un test dès que possible (sans attendre les 7 jours après la fin des symptômes de la personne malade).

B. Pour les personnes qu'elle a côtoyées sans masque ni distanciation physique les jours précédant les symptômes :

Elles doivent s'isoler dès l'annonce de la COVID-19 et faire un test de dépistage dès que possible. Si le résultat du test est positif, elles doivent s'isoler 10 jours comme pour une personne partageant le domicile. Si le test est négatif, elles doivent rester isolées pendant les 7 jours qui suivent leur dernier contact avec le malade et refaire un test PCR ou antigénique à l'issue de ces 7 jours. L'isolement prend fin si ce test est négatif. Si le test est positif, il faut contacter un médecin et poursuivre l'isolement. (Ibid., p137)

9. COVID-19 et maladie chronique

9.1. Que faire quand nous sommes atteints d'une maladie chronique

Il est important que les patients atteints de maladie chronique, notamment les plus fragiles restent en contact avec leur médecin traitant ou leur spécialiste pour qu'un suivi soit assuré. Pour cela, la téléconsultation, par vidéo ou par téléphone, est à privilégier. Néanmoins, certains soins et examens ne peuvent être réalisés qu'en cabinet de ville, comme pour une échographie de suivi de grossesse ou, en établissement de santé, par exemple pour des soins de dialyse. Désormais, les établissements de santé ont mis en place des protocoles qui permettent de réduire le risque de contamination lors d'une visite chez son médecin. (Ibid., p138).

9.2. Que faire lorsque l'on souffre de rhumatisme inflammatoire chronique

En l'absence de signes d'infection COVID-19, il est recommandé de poursuivre le traitement de fond (biologique ou non et corticoïdes) du rhumatisme inflammatoire chronique (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite, etc.). L'arrêt du traitement risquerait en effet d'entraîner une rechute de la maladie qui fragiliserait le malade face à l'infection.

En présence de symptômes évocateurs d'une infection COVID-19, tels que fièvre, toux, essoufflement, douleurs musculaires, il faut suspendre le traitement du rhumatisme inflammatoire, sauf les corticoïdes. Le médecin traitant ou le rhumatologue doivent être contactés pour décider de la possibilité de poursuivre ou non ses médicaments. (Ibid., p138).

9.3. Que faire lorsque l'on souffre d'une maladie inflammatoire de l'intestin

Dans l'état actuel des connaissances, en l'absence de symptômes évocateurs d'une infection COVID-19, les experts recommandent que les personnes atteintes d'une maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique, n'interrompent pas leur traitement de fond immunomodulateur (azathioprine, corticoïdes d'action locale, biothérapie) à titre préventif. Cela exposerait en effet à une récurrence de la maladie.

En revanche, chez les patients infectés, ils préconisent de suspendre les traitements immunomodulateurs en accord avec son médecin. Chez les patients ayant été en contact avec un malade, ils recommandent de discuter au cas par cas, avec le médecin spécialiste, de l'éventuelle interruption du traitement immunomodulateur. (Ibid., p139).

10. Le diagnostic de l'infection COVID-19

10.1. En quoi consiste le test de dépistage virologique

Actuellement, le dépistage de l'infection par le coronavirus repose sur la réalisation d'un test PCR (réaction en chaîne par polymérase), qui met en évidence ou non de l'ARN (acide ribonucléique) du virus dans un prélèvement nasopharyngé à l'aide d'un écouvillon inséré profondément dans les fosses nasales. Ce test permet de préciser à un instant T si la personne est porteuse ou non de gènes du virus dans cette partie du corps.

Le test PCR est fiable mais nécessite que le prélèvement soit réalisé correctement, c'est-à-dire qu'il doit être fait assez profondément dans le nez. La charge virale (quantité de virus dans un prélèvement donné) varie dans le temps. Les tests PCR peuvent donner des faux négatifs quand la quantité de virus est trop faible pour être détectée, par exemple en tout début d'infection ou après 8 à 10 jours d'évolution car le virus n'est plus alors présent dans le nez.

Chez certaines personnes qui ne présentent plus de symptômes, le test peut être négatif sur des prélèvements de fond de fosse nasale, mais rester positifs dans les sécrétions des bronches pendant quelques jours à quelques semaines. On ignore si ces personnes sont encore contagieuses.

D'autres tests virologiques, dits "antigéniques", sont désormais disponibles. Ils sont également réalisés à partir d'un prélèvement dans le nez. Ils recherchent certaines protéines

du coronavirus. Ces tests sont moins sensibles que les tests PCR mais sont plus rapides à mettre en œuvre. (Ibid., p141).

10.2.Le test virologique

Les tests sérologiques sont réalisés à partir d'un prélèvement sanguin. Ils recherchent des anticorps (protéines de l'immunité) témoins d'une infection passée. Ils ne sont donc pas adaptés au diagnostic de la COVID-19.

Certains de ces tests sont rapides et ne nécessitent que deux gouttes de sang (tests TROD). De nombreuses pharmacies proposent ce type de test. Attention, ces tests sont efficaces pour dépister les personnes qui n'ont PAS été en contact avec le coronavirus (test négatif). Par contre, un test positif doit systématiquement être confirmé par une prise de sang classique. (Ibid., p141).

10.3.Le traitement en cours d'évaluation de la COVID-19

À ce jour, seulement deux médicaments ont été reconnus comme apportant un certain bénéfice contre la COVID-19 : le remdésivir, un antiviral qui réduirait de deux jours la durée d'hospitalisation des personnes souffrant de formes sévères, et la dexaméthasone, un médicament de la famille de la cortisone, qui réduirait le pourcentage de personnes hospitalisées nécessitant une admission en service de réanimation.

Le remdésivir ne sera pas disponible en France. Les autorités sanitaires françaises (Haute autorité de santé) ayant estimé que son bénéfice était minime, le laboratoire producteur a décidé de ne pas demander d'autorisation de mise sur le marché dans notre pays.

Si aucun traitement n'a fait ses preuves pour prévenir la COVID-19 ou traiter ses formes légères à modérées (hors usage du paracétamol pour soulager les symptômes), des progrès ont néanmoins eu lieu dans la manière de prendre en charge les personnes hospitalisées, avec moins de recours à l'intubation.

Un très grand nombre d'essais cliniques sont en cours pour essayer d'identifier d'autres traitements : interférons, inhibiteurs de l'interleukine-6, sérum de personnes immunisées par un épisode de COVID-19, divers antiviraux, etc.

Parmi les substances dont les essais cliniques ont montré qu'elles n'avaient PAS d'efficacité en cas de COVID-19 symptomatique, on peut citer l'association lopinavir/ritonavir, l'azithromycine, l'hydroxychloroquine, le sarilumab, par exemple.

Depuis le début de l'année 2021, plusieurs vaccins contre la COVID-19 sont disponibles en France :

Deux vaccins dits « à ARN messager » (COMIRNATY des laboratoires Pfizer/BioNTech et mRNA-1273 des laboratoires ModeRNA) ;

Des vaccins à ADN recombinant : le ChAdOx1-nCoV19 des laboratoires AstraZeneca (en partenariat avec l'Université d'Oxford) et le vaccin Janssen (qui devrait être disponible au cours du mois d'avril). (Ibid., p143).

11. Quelle efficacité et sécurité pour ces vaccins contre la COVID-19

L'efficacité et la sécurité de ces vaccins ont été évaluées dans des essais cliniques de grande taille menés au cours de l'année 2020. En termes d'efficacité :

Le vaccin COMIRNATY semble d'une grande efficacité (95 % de taux de protection sur l'ensemble des données analysées) pour prévenir les formes symptomatiques légères à modérées de COVID-19 chez les personnes n'ayant jamais été infectées par SARS-CoV-2.

L'efficacité apparaît rapidement avec un taux de protection de 52,4 % dès la première injection. Cette efficacité semble se maintenir à travers divers sous-groupes évalués selon leur âge, leur sexe, leur origine ethnique et leur facteur de risque (notamment une maladie exposant à une forme grave de COVID-19).

Par contre, les résultats présentés ne peuvent pas confirmer l'efficacité de ce vaccin contre les formes graves de COVID-19, ni contre les formes sans symptômes (asymptomatiques), ni chez les personnes de plus de 75 ans. Mais ils ne l'excluent pas, plus de recul étant nécessaire pour une confirmation définitive.

Le profil de sécurité à court terme est rassurant, avec essentiellement des réactions habituellement observées après une vaccination, assez fréquentes, plus intenses chez les personnes de moins de 56 ans et après la seconde injection : fatigue, maux de tête, courbatures, frissons, douleurs articulaires, fièvre, etc. (Ibid., p144).

Le vaccin ModeRNA semble également d'une grande efficacité plus de 14 jours après la seconde injection (94,1 % de taux de protection sur l'ensemble des données analysées) pour prévenir les formes symptomatiques légères à modérées de COVID-19 chez les personnes n'ayant jamais été infectées par SARS-CoV-2. L'efficacité apparaît rapidement avec un taux de protection estimé à 80,2 % un mois après la première injection. Cette efficacité semble également se maintenir dans divers sous-groupes évalués selon leur âge, sexe, origine ethnique ou leur risque de forme sévère.

Les résultats présentés suggèrent une efficacité contre les formes sévères de COVID-19, mais pas contre les formes asymptomatiques (malgré une suggestion d'efficacité partielle observée entre les 2 injections), ni chez les personnes de plus de 75 ans (effectif trop faible). De nouveau, plus de recul est nécessaire pour une confirmation définitive de l'efficacité chez ces patients.

Le profil de sécurité à court terme est également rassurant, avec essentiellement des réactions habituellement observées après une vaccination, assez fréquentes, plus intenses chez les personnes de moins de 65 ans et après la 2e injection : fatigue, maux de tête, courbatures, frissons, douleurs articulaires, fièvre, etc. (Ibid., p144).

Le vaccin AstraZeneca (ChAdOx1-nCoV19) semblait lors des études pour sa mise sur le marché un peu moins efficace avec, en moyenne, 70,4 % de protection contre les formes symptomatiques de COVID-19, avec une forte disparité entre les personnes ayant reçu une demi-dose, puis une dose complète (90 % de protection) et ceux ayant reçu deux doses complètes (62,1 %). Initialement, aucune conclusion n'avait pu être tirée sur l'efficacité de ChAdOx1-nCoV19 chez les personnes âgées de plus de 55 ans ou souffrant de maladies aggravant le risque de COVID-19 sévère (quasi absentes des essais analysés), ni envers la prévention des formes graves ou asymptomatiques, ni sur la durée de l'immunité conférée. Des nouvelles données britanniques, obtenues en vie réelle, suggèrent une efficacité du vaccin AstraZeneca chez les plus de 65 ans de 94 % (taux de protection contre les hospitalisations entre 28 et 34 jours après la première injection). Dans une vaste étude américaine sur ce vaccin dont des résultats préliminaires ont été communiqués par le laboratoire, le taux de protection est de 76 % (intervalle de confiance : 68 % à 82 %) 15 jours ou plus après avoir reçu 2 doses administrées à 4 semaines d'intervalle. En outre, les résultats sont comparables entre les groupes d'âge, l'efficacité du vaccin étant de 85 % (intervalle de

confiance : 58 à 95 %) chez les adultes de 65 ans et plus. Huit cas de COVID-19 sévères ont été observés dans l'analyse primaire, tous dans le groupe placebo. (Ibid., p144).

Le profil de sécurité du vaccin AstraZeneca semble bon, néanmoins des effets indésirables graves ont été très rarement observés. Il s'agit de cas de formes rares de thrombose (concernant les sinus veineux cérébraux) et de coagulation intravasculaire disséminée, en particulier chez des femmes de moins de 50 ans. Après avoir suspendu brièvement la vaccination avec ce vaccin, la Haute autorité de santé (HAS) a autorisé à nouveau son utilisation mais recommande à ce stade de n'utiliser le vaccin AstraZeneca que pour les sujets âgés de 55 ans et plus, soit, actuellement, la très grande majorité des personnes éligibles à la vaccination. (Ibid., p145).

Selon les études ayant mené à sa commercialisation, l'efficacité du vaccin Ad26.COV2.S des laboratoires Janssen (Johnson & Johnson), qui utilise un vecteur adénoviral humain, apparaît rapidement avec un taux de protection estimé à 66,9 % deux semaines après l'injection (jusqu'à 75 % en l'absence du variant sud-africain). Elle semble se maintenir dans les divers sous-groupes évalués selon leur âge, sexe et origine ethnique. De plus, le vaccin semble avoir une bonne efficacité contre les formes graves (taux de protection d'environ 85 % à partir de 4 semaines après l'injection, y compris en présence du variant sud-africain. Il est administré en une seule injection. (Ibid., p145).

Néanmoins, pour l'instant, les résultats présentés ne peuvent pas confirmer formellement l'efficacité de ce vaccin contre les formes asymptomatiques, ni chez les personnes de plus de 75 ans, même si les résultats préliminaires semblent aller dans ce sens. De plus, les données d'efficacité chez les personnes de 60 ans et plus ayant des comorbidités semblent moins bonnes (64,9 %), mais elles souffrent surtout de faibles effectifs et d'une durée de suivi moins longue, ce qui pourrait être corrigé avec le temps. (Ibid., p145).

12. Le calendrier de vaccination contre la COVID-19

Dans les études cliniques, les vaccins contre la COVID-19 ont été évalués sous la forme de deux injections séparées par 3 semaines pour COMIRNATY (vaccin Pfizer-BioNTech), 4 semaines pour ModeRNA ou 12 semaines pour VAXZEVRIA (vaccin AstraZeneca). Le fait de faire deux injections est indispensable pour une protection maximale et l'intervalle de temps entre les deux injections doit être respecté. Les modalités d'administration des rappels ont évolué au cours du mois d'avril 2021 : la Direction générale de la santé (DGS) a annoncé un nouveau délai de 6 semaines entre les 2 doses de vaccins à ARN messenger (COMIRNATY et ModeRNA) à compter du 14 avril 2021. Ce délai de 6 semaines ne s'applique pas aux personnes dont le rendez-vous pour la 2e injection a été pris avant le 14 avril. (Ibid., p146)

Les vaccins contre la COVID-19 sont administrés en injections intramusculaires dans le muscle deltoïde (épaule). Ces vaccins ne sont pas interchangeables : une personne ayant débuté la vaccination avec COMIRNATY, par exemple, doit la finir avec le même vaccin, sauf dans un cas particulier. En effet, suite au risque de thrombose identifié avec VAXZEVRIA (vaccin Astrazeneca), la Haute autorité de santé recommande pour les personnes de moins de 55 ans ayant déjà reçu une première dose avec ce vaccin de réaliser la seconde dose avec un vaccin à ARN messenger (COMIRNATY ou ModeRNA), en respectant un délai de 12 semaines entre les doses. (Ibid., p146)

Conformément à son autorisation de mise sur le marché (AMM), le vaccin Covid-19 de Janssen ne nécessite pas de deuxième dose.

- Liste des médicaments mise à jour : Mardi 20 Avril 2021
- Vaccins à ARN messenger
- COMIRNATY
- COVID-19 VACCINE MODERNA. (Ibid. p146).

13. La mise en place de la vaccination contre la COVID-19 en France

Selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), la vaccination contre la COVID-19 va se dérouler selon plusieurs phases conditionnées à la fois par la quantité de vaccins disponibles au cours des premiers mois de 2021 et par la vulnérabilité des différents types de personnes aux formes sévères de COVID-19. (Ibid., p147)

Selon ces recommandations, les premières personnes vaccinées seront les personnes de plus de 75 ans (en EHPAD, médicalisé ou non, en résidences autonomie ou foyers-logements, ou vivant chez elles) et les personnels soignants de plus de 50 ans, ainsi que ceux présentant un facteur de risque de forme sévère quel que soit leur âge. Ensuite, ce sera le tour des personnes de 65 à 74 ans présentant un facteur de risque pour les formes sévères, puis des autres personnes de 65-74 ans. (Ibid., p147).

Ensuite, il conviendra de vacciner l'ensemble des personnes plus de 50 ans ou de moins de 50 ans mais à risque de forme sévère, ainsi que toutes les personnes particulièrement exposées à l'infection : soignants, personnels de l'éducation ou de la sécurité, chauffeurs de transports en commun, etc. (Ibid., p147).

Enfin, l'ensemble des personnes de plus de 18 ans seront vaccinées. À ce jour, les vaccins n'ont pas été évalués chez les enfants et les adolescents.

Ces recommandations sont susceptibles d'évoluer selon la quantité de doses de vaccins disponibles à un moment donné. (Ibid., p147).

13.1. La vaccination en dehors des EHPAD

Depuis le 4 janvier 2021, des centres de vaccination sont ouverts sur l'ensemble du territoire pour vacciner, sur rendez-vous, les professionnels de santé âgés de 50 ans et plus ou présentant un facteur de risque de forme grave de COVID-19.

Depuis le 18 janvier, ces centres de vaccination peuvent accueillir les personnes âgées de 75 ans et plus, vivant à domicile et qui souhaitent se faire vacciner. (Ibid., p148)

13.2. Les cas particulier de la vaccination contre la COVID-19

Pour l'instant, il n'est pas recommandé de vacciner les femmes enceintes, du fait du manque d'information sur la sécurité des vaccins dans cette population.

Les personnes qui ont eu la COVID-19 peuvent se faire vacciner, à condition d'attendre 3 mois après le début de leurs symptômes. Cette vaccination peut être utile pour améliorer leur immunité contre le coronavirus SARS-CoV-2, mais elle n'est pas recommandée de manière systématique. Enfin, la HAS recommande que les personnes contact d'un cas de COVID-19 se fassent tester (test PCR de recherche du virus) pour

confirmer ou infirmer une possible infection avant d'envisager une vaccination. (Ibid., p117).

13.3. Les recommandations pour les patients atteints des maladies chroniques

Les sociétés savantes et associations de patients qui s'occupent de personnes atteintes de maladies chroniques publient des recommandations concernant la vaccination contre la COVID-19 dans leur pathologie. Par exemple :

- Maladies chroniques de l'intestin : Recommandations de la SNFGE, du GETAID, de la FFCD et de l'AFEF pour la vaccination contre le SARS-CoV-2 des patients atteints de maladies chroniques de l'appareil digestif ; rhumatismes inflammatoires chroniques : Vaccination contre la Covid-19 des patients atteints de maladies inflammatoires à médiation immune, Note concernant la vaccination contre la COVID à l'intention des patients ;
- Insuffisance rénale chronique : La vaccination anti-COVID19 pour les patients insuffisants rénaux, dialysés, transplantés : informations et conseils ;
- Diabète : Covid-19 et vaccination : ce que nous savons ... ;
- Hypertension pulmonaire : Vaccination contre la Covid-19 des patients avec hypertension pulmonaire ;
- Maladies respiratoires chroniques : Coronavirus: information aux patients atteints d'une maladie respiratoire chronique ;
- Psoriasis : Conseils aux patients atteints de psoriasis concernant la vaccination contre la COVID-19 (SARS-Cov-2) ;
- Sclérose en plaques : Recommandations SEP/NMOSD et vaccins anti-COVID19 ;
- Sida : Les vaccins contre la COVID-19 sont sans danger pour les personnes vivant avec le VIH ;
- Cancers : Vaccin Covid-19 : recommandations aux patients. (Ibid., p149).

13.4. Les éventuels effets indésirables à long terme de ces vaccins

La rapidité de développement des vaccins contre la COVID-19 n'a pas permis d'identifier d'éventuels effets indésirables qui apparaîtraient plusieurs mois ou années après la vaccination, et cela a légitimement suscité de l'inquiétude. (Ibid., p149).

Néanmoins, il faut savoir que, comme pour tout médicament, le déploiement de ces vaccins à grande échelle va s'accompagner de mesures destinées à faire rapidement remonter tout effet indésirable qui apparaîtrait après la vaccination (cela ne concerne pas bien sûr les effets à court terme habituels des vaccinations, fatigue, fièvre, douleur au point d'injection). Les autorités sanitaires ont promis la plus grande transparence sur ces effets indésirables imprévus. L'ANSM s'est engagée à publier, chaque semaine, un rapport des signalements qui auront été adressés aux Centres de pharmacovigilance. (Ibid., p150).

De plus, le Groupement d'Intérêt Scientifique EPI-PHARE, constitué par l'ANSM et l'Assurance maladie, collectera des informations sur la vaccination (date, dose, lieu de vaccination, etc.), les caractéristiques des personnes vaccinées (âge, sexe, maladies chroniques, etc.) et la survenue éventuelle d'événements graves après la vaccination (par exemple, une hospitalisation). L'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) a lancé une plateforme destinée à obtenir des données sur la sécurité des vaccins contre la COVID-19, en collaboration avec des réseaux de médecins généralistes et l'ANSM. Elle prévoit de s'intéresser particulièrement aux personnes âgées étudiées en vie réelle. (Ibid., p150).

Enfin, la cohorte Constances, pilotée par l'Assurance maladie et l'Inserm, et constituée d'un échantillon représentatif des affiliés du régime général d'Assurance maladie, âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion, prévoit d'étudier, en vie réelle, 200 000 patients vaccinés et leurs éventuels événements indésirables.

Cette surveillance se fera en lien avec l'Agence européenne du médicament (EMA) via le PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee) et son portail de déclaration des effets indésirables, EudraVigilance. Ainsi, dans le cas d'un signal détecté en France ou à l'international, les autorités compétentes des États membres de l'Union européenne s'informeront mutuellement afin de prendre des dispositions concertées. De plus, l'EMA a mis en place le projet ACCESS (vACCine Covid-19 monitoring readinESS) avec le réseau des 22 centres européens de pharmaco-épidémiologie et pharmacovigilance, coordonné par l'université d'Utrecht, pour surveiller les effets indésirables dits d'intérêt des vaccins contre la COVID-19, en vie réelle. L'EMA partagera également les données sur les vaccins COVID-19 au niveau international avec l'ICMRA (International Coalition of Medicines Regulatory Authorities). (Ibid., p117).

14. La relation soignant-soigné ; une dynamique et des enjeux complexes

De façon générale, la relation de soins intègre plusieurs enjeux et facettes :

- L'enjeu est d'abord un enjeu identitaire : d'un côté, le professionnel de la santé doit mettre en évidence son identité de soignant avec tout ce que cette identité sous-entend. Il s'agit d'abord de mettre en situation les valeurs de la profession à savoir les valeurs déontologiques et éthiques principalement. Il s'agit aussi de mettre en œuvre ses compétences acquises aussi bien techniques que relationnelles et exprimer une empathie dosée envers le soigné. De sa part le patient se permet tout le droit de conserver toute son identité, humaine et son intégrité physique et morale.
- L'enjeu est deuxièmement un enjeu de « pouvoir » : le soignant par son statut de soignant – dispose d'un certain « pouvoir » mesuré dans la relation de soins ce qui lui permet de guider le processus de soins et établir le contrat de soins dans la concertation et le respect de l'intégrité physique et morale du patient. Cette relation peut parfois devenir autoritaire, ce qui est le cas de la situation actuelle où l'hospitalisation devient une obligation et le contrat de soins devient une obéissance inconditionnelle de la part du soigné à toute les mesures dictées par « l'autorité sanitaire ». Les conditions dans lesquelles les patients covid19 positif sont ramenés aux hôpitaux en est l'illustration.
- L'enjeu est troisièmement un enjeu communicationnel. En effet la relation de soins suppose une communication efficace entre les deux parties prenantes du soin. La qualité du soin dépend en grande partie de la qualité de la relation. Ceci soulève aussi la question des contours de cette relation. Comment le soignant doit communiquer avec son patient sans se laisser emporter dans la relation et aussi sans trop s'éloignant et aboutir à une froideur relationnelle ? Garder la bonne distance est un dilemme permanent. C'est ce qu'on appelle la bonne « distance thérapeutique ». la situation pandémique actuelle impose un mode de communication soignant-soigné très particulier où la communication non verbale est marquée par la multitude des barrières physiques et spatiales. (M.Ouzouhou, 2020, p 3).

14.1. La relation soignant – soigné ; des influences multiples

La relation de soin est influencée par plusieurs facteurs :

- D’abord par le type de « problème de santé » en question et le type de prise en charge qui en découle. Le type de relation est variable selon qu’il s’agit d’un problème de santé « urgent ou vital » ou un problème de santé mettant en jeu le pronostic vital ou un problème dit « froid » de médecine de routine.
- L’environnement physique (lieu, service, moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles ...) où a lieu cette relation de soin. En effet, le cadre ou la structure où a lieu la relation, l’organisation mise en place, les moyens diagnostiques et thérapeutiques disponibles impactent la relation soignant – soigné.
- Le contexte épidémiologique général où a lieu cette relation dont la pandémie actuelle est une illustration.
- Le niveau de connaissances et les possibilités thérapeutiques sur le problème de santé en question.

L’état émotionnel du soigné et du soignant. En effet chaque acte de soins comporte une composante émotionnelle plus ou moins importante chez les deux parties : le spectre émotionnel des soignants et soignés peut varier entre la joie et le sentiment de réussite et de réalisation, la peur, le stress, la colère, ou même le déni ou le sentiment d’impuissance et de culpabilité. Ceci suppose de la part des soignants un grand niveau d’intelligence émotionnelle pour être en mesure de reconnaître et gérer convenablement leurs propres émotions et celles de leurs patient et leur entourage et surtout d’éviter de subir les émotions négatives pouvant conduire à l’épuisement professionnel (physique et psychique). (Ibid., p 4).

14.2. Impact de la relation soignant – soigné pendant la période COVID-19

En observant la succession des événements, nous pouvons dégager quelques constatations préliminaires :

- La grande méconnaissance du « comportement » de l’agent pathogène, dès ses modes de transmission (au début du moins), des moyens de prise en charge convenables, l’absence de solution thérapeutique franche, sont l’un des facteurs

majeurs de stress chez les professionnels de la santé. « Face au coronavirus, les professionnels de santé marchent sur des œufs » déclara un médecin français au début de la pandémie. « Même si on a les bases en infectiologie, on ne connaît pas bien ce virus, on marche un peu à l'aveugle, assure Morgane. « Nous sommes tous novices face au coronavirus », abonde Isabelle l'infirmière.

- La perception de la pandémie jugée « grave » et le caractère même « mortel » de la maladie Covid-19 a créé un climat dans la relation caractérisé par une grande peur de la part des soignants et des patients. Tout malade est source de peur, de méfiance et de distanciation. Ceci se traduit par l'usage des moyens de protection drastiques et les sentiments de peurs exprimés par ces soignants. Cette peur est alimentée davantage par l'insuffisance des moyens de protection dont disposent les professionnels de la santé dans la majorité des pays. « Tout comme l'absence de masque, le manque de tests continue aussi de susciter l'interrogation et la colère dans les milieux soignants. « C'est une vraie difficulté », insista le porte-parole du Syndicat national des professionnels infirmiers en France (SNPI), Thierry Amouroux. Cette peur réciproque, l'arsenal des barrières physiques (combinaisons, casques, masques, lunettes) constituent des barrières qui impactent négativement la relations soignant – soigné.
- L'afflux massif des malades a mis les soignants devant un dilemme éthique de taille dans certains pays leur imposant parfois de « sélectionner » quels malades (cas) « favoriser » en soins intensifs par rapport à d'autres : « Ce qui m'angoisse le plus, c'est ce qui va arriver à un moment donné. Nous allons devoir choisir ceux que nous sauverons puisque nous n'aurons pas assez de lits de réanimation pour accueillir toutes les personnes qui vont en avoir besoin », confiait un médecin. Une autre infirmière déclare : « On est conscients qu'il va y avoir de nombreux morts. C'est là que vont se poser des questions d'éthique. À qui va-t-on laisser l'oxygène ? ». D'un point de vue éthique et émotionnel, c'est extrêmement dur à vivre par les soignants qui vont être confrontés à ces choix. La pire émotion que peut vivre un soignant est le sentiment d'impuissance.
- La pandémie a déstabilisé la hiérarchie des besoins des soignants en mettant en avant leur besoin vital d'éviter de contracter la maladie avant tout autre besoin. dans ce même sens, les soignants se sont retrouvés séparés de leurs proches (enfants, conjoints, parents) à cause de la pandémie en raison de la peur de transporter le virus chez eux. « J'ai peur de contracter le Covid-19, pas tant pour moi, mais parce que je

pourrais être porteuse pour mes proches, mes collègues et surtout pour mes patients », confia une jeune infirmière d'un hôpital Parisien.

- D'un autre côté, la pandémie a aussi rapidement dissipé l'image négative et toutes les croyances négatives conséquentes envers les professionnels de la santé. Les professionnels de la santé de sont rapidement devenus des sauveurs et des même des héros de la nation. A titre d'exemple, ils sont applaudis chaque soir, à 20 heures en France.
- La pandémie a permis aux soignants, malgré tout, de mettre en avant leur « identité professionnelle » avec toutes les valeurs qu'elle incarne en faisant preuve d'un grand courage, d'engagement et sacrifice et en « se niant » complètement pour le bien-être et la vie de leurs patients. Au milieu de cette crise sanitaire qui s'installe, les soignants n'ont plus que leur courage, leur abnégation pour faire face en laissant de côté provisoirement leurs revendications professionnelles et leur combat pour un système de soins adéquat. L'urgence prime.

La pandémie a mis « à genoux » la majorité des systèmes de santé, mêmes les plus forts. Le regard vis-à-vis de la santé, des professionnels de la santé et des systèmes de soins ne sera plus le même après la pandémie. La pandémie a, en effet, donné la preuve tangible qu'il n'y a pas de développement sans « santé » et que la santé est vraiment « l'affaire de tous » et la « santé » est un levier incontournable de tout développement social. (Ibid., p 6-7).

14.3. Le cri d'alarme des médecins

Dénonçant des manques de moyens, des hôpitaux saturés et un épuisement général, les médecins algériens ont lancé la semaine dernière un cri d'alarme, appelant à un meilleur respect des mesures préventives afin d'éviter une catastrophe sanitaire.

Répondant à l'appel du corps médical, les autorités algériennes ont annoncé vendredi 10 juillet des mesures de soutien. Selon un communiqué de la présidence, « une assurance spéciale, à la charge de l'État, en faveur de tous les médecins et autres personnels de la Santé publique directement concernés par la lutte contre la pandémie » sera mise en place. Le gouvernement algérien a également autorisé l'ensemble des laboratoires, publics et privés, à effectuer des dépistages du virus, afin de soulager la charge de l'Institut Pasteur, déjà submergé.

Au total près de 18 000 cas de contaminations, dont 988 décès, ont été officiellement déclarés par les autorités algériennes, faisant du pays le troisième d'Afrique le plus endeuillé, derrière l'Afrique du Sud et l'Égypte. (www.who.int.oms.com)

15. La mobilisation du personnel soignant des établissements de santé publics malgré des conditions de travail difficiles

Depuis le début de la pandémie, les professionnels de santé du secteur public se sont engagés à affronter une situation hasardeuse. Tous les membres du personnel soignant sont mobilisés pour faire face à un épisode de crise sanitaire inédite, pourtant le manque en moyens de protection, d'outils diagnostic et de prise en charge des cas diagnostiqués est important. Conscients de leur devoir, les praticiens continuent de travailler dans ces conditions inappropriées malgré une dégradation continue de la situation depuis plusieurs années.

En effet, les constats de la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'homme menée en 2008 avaient déjà fait état des conditions dérisoires dans lesquelles fonctionnent les services d'urgence de nos hôpitaux, notamment le manque de moyens et d'équipements techniques (ambulances, radio, etc.), ainsi que du matériel nécessaire pour le diagnostic (stéthoscope, tensiomètre, etc.) et parfois même des médicaments de première urgence.

Le rapport de la commission note aussi un déficit en personnel paramédical qui se répercute négativement sur la prise en charge et le suivi des malades hospitalisés. Par ailleurs, quelques années plus tard, le constat est encore confirmé par les conclusions de l'audit du MSPRH effectué en septembre 2013. Dans ce rapport, il est noté que le personnel soignant exerce dans des conditions difficiles du fait qu'il est souvent exposé aux agressions verbales et/ou physiques des patients et de leurs proches. Egalement, l'effectif est jugé insuffisant pour la charge de travail. De plus, les professionnels de santé exercent la plupart du temps en manque de moyens et matériels indispensables à leur activité. (Snoussi, 2017, p15).

Donc, il est temps de penser sérieusement à améliorer les conditions de travail du personnel soignant. On peut le penser au renforcement du recrutement du personnel soignant ou des effectifs administratifs dans les services de soins (les secrétaires médicales par

exemple). De même, la mise à la disposition des soignants de tous les moyens et outils de travail utiles à leur exercice est d'une nécessité cruciale pour l'accomplissement de leur devoir d'une manière appropriée.

La réorganisation des conditions de travail est également primordiale dans la mesure où elle permettra d'améliorer la performance des soignants. Ici, on peut envisager d'objectiver les charges de travail des praticiens avec une revalorisation de l'indemnité, notamment pour ce qui concerne les gardes et astreintes. Il est question également de revoir à la hausse la grille salariale du personnel médical et paramédical et de supprimer en parallèle la double activité des médecins. (Snoussi, 2017, p16).

Synthèse

Malgré que le virus covid-19 soit mortel, le personnel médical fait de son mieux pour gérer la situation afin de minimiser autant que possible les dommages humains.

Chapitre III

Le vécu psychologique des médecins

Préambule

Le vécu psychologique constitue l'état émotionnel dans lequel se situe une personne face à un événement, ainsi dans notre recherche nous mettons en évidence le vécu psychologique du personnel médical pendant la période du covid19.

Pour mener cette recherche nous sommes appuyés sur les indicateurs suivants : stress et épuisement professionnel comme indicateur d'un impact négatif et développement des compétences et confiance en soi comme indicateur d'un impact positif.

Le chapitre contient deux axes dans lesquelles on va illustrer les points négatifs et positifs du vécu.

1. Le vécu psychologique**1.1. Définition du vécu psychologique**

Selon le dictionnaire de la philosophie le vécu est : « un objet d'une expérience individuelle concrète, effective, qui doit être reconsidéré du point de vue du sujet engagé dans le monde ». (N. Braquin et al, 2011, p522).

Pour Maslow ; le vécu est composé d'émotion ou pensée plus ou moins claire. L'expérience est unique c'est-à-dire l'expérience qui en découle ne sera jamais vécue deux fois de la même manière. (C. Wade, 2000, p244)

Quant au psychologique désigne: « tous les faits existant a un instant donné et déterminant ma conduite d'une personne ou un groupe à ce moment précis ». (N. Sallamy, 1980, p962).

Donc le vécu psychologique désigne selon Carl Rogers : « « expérience », c'est-à-dire tout ce que l'individu ressent ou pense face à un événement, il s'agit de ce qui se passe à l'antérieur de l'organisme et cela peut devenir conscient ».

Les médecins ont vécu des moments forts et intenses durant la période de covid. Afin de comprendre le vécu psychologique chez les médecins on va poser l'accent sur ces points :

- Dans le premier temps on va se concentrer sur l'impact négatif des médecins.
- Dans le second temps on va se concentrer sur l'impact positif des médecins.

Section A : l'impact négatif

Cette partie est consacré a traité les indicateurs qui peuvent exprimer l'impact négative de cette crise sur le vécu psychologique des médecins, parmi elle : le stress et l'épuisement.

I. Le stress professionnel

1. Historique du stress au travail

L'histoire de stress au travail a commencé dans un laboratoire de physiologie, au Canada, au cours des années 1930. Un chercheur d'origine hongroise, Hans Selye avait remarqué que beaucoup de maladies infectieuses, surtout dans leur stade précoce, ce manifestaient par les même type de symptômes. Alors qu'il effectuait des recherches sur les hormones sexuelles du rat, il rendit compte que l'état de santé des animaux qu'il utilisait pour ses expériences se dégradait de plus en plus. Certains en venaient même à mourir.

Selye s'aperçut que les substances chimiques qu'il injectait aux animaux n'étaient pas directement en cause. En remplaçant les hormones sexuelles pas du formol ou de l'eau contenant des impuretés il observait les mêmes conséquences néfastes. et même lorsque les animaux ne recevaient aucun produit, le simple fait qu'ils se trouvent dans un environnement pénible (froid, manipulations) ou confronté à des agents agresseur (brûlure, choc électriques) provoquait une altération de leur état.

De nombreux chercheur au 19eme siècle et au début du 20e siècle, avaient pressenti l'existence du stress en tant que mode de réponse générale d'un organisme vivant face à des agressions extérieures. Charles Darwin avaient aussi souligné le rôle de la peur comme moyen de mobiliser l'organisme et de facilité sa servie, en l'aidant à faire face au danger. Au début du 20e siècle, Walter Cannon décrivait aussi la réaction de fuite ou de combat chez des animaux exposé une situation menaçante (fight or flight).

Cependant, c'est Hans Selye qui, le premier étudia de la manière la plus approfondi ce phénomène. il constata qu'il s'agissait en fait d'un mécanisme d'adaptation face à des agents agresseurs, une réponse « non spécifique (c'est-à-dire comme à tous les individus et dans tous les contextes) que dans notre corps à toute demande qui lui est faite ». Selye qualifia cette réponse de syndrome général d'adaptation. Ce n'est que plus tard tu lui donneras le nom du « stress ». (P. LEGERON, 2004, p 125.126).

Le terme stress au travail a fait son apparition dans les années 1980 dans les pays anglo-saxon et de l'Europe du Nord. Sur le plan psychologique et médicale, c'est à cette époque que certains scientifiques s'intéressent au modèle transactionnel du stress et à ses conséquences négatives pour la santé psychique et psychologique, et s'intéressent aussi à des sujets connexes comme le harcèlement moral et les violences sur le lieu de travail.

Le bureau international du travail (BIT) en 1993 aborde le premier le stress au travail, ensuite une première constatation est proposée en ces termes: « *le stress est devenu l'un des plus graves problèmes de notre temps: il met en péril la santé physique et mentale des individus et, en outre, il coûte très chère aux entreprises et à l'économie nationale* ». (D. SERVANT, 2012, p3).

2. La définition du stress professionnel

- L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit le stress au travail comme: « un ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et des pressions professionnelles ne correspondant pas à leurs connaissances et à leur capacité et qui remettent en cause leur capacité à faire face ». (D. servant, 2012, p4).

- L'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail définit ainsi le stress (AESST) : « *un état de stress survient quand il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses ressources pour y faire face.* ». (B. Piarrat, 2012, p10).

- Le stress est l'effort nécessaire à l'individu pour s'adapter aux changements positifs et négatifs qui l'occasionnent. (Dolan et Arsenault, 2009, p64)

3. Les typologies du stress

Les chercheurs dans le DSM (domaine de la santé) s'accordent sur quatre typologies: Le bon stress, le mauvais stress, le stress aigu et le stress chronique.

3.1. Le bon stress

Le bon stress généralement « eustress », du grec, eu « bon » se différencie comme une forme de motivation qui pousse le travailleur à être productif. Le stress est considéré de bon lorsque les réponses arrivent à une adaptation appropriée en surpassant une difficulté dans un délai temporel réduit. Il est défini par D. Carnegie comme suit: « Le bon stress procure l'énergie dont nous avons besoin pour être actif et dynamique ». (D. Carnegie, 2012, p15).

3.2. Le mauvais stress

Un mauvais stress peut causer une maladie pour l'individu, il est nommé aussi négatif ou « distresse » comme dans « désagréable » D. Carnegie, le décrit ainsi : « le mauvais stress, pourtant, l'emporte très souvent sur le bons. L'absence de stimulations positives est d'ailleurs tout aussi néfaste que l'excès de stimulation négative: des études attestent que l'ennui use plus vite que le stress au travail. Même intense le stress! ». (Ibid., p15).

3.3. Le stress aigu

Le stress se suit habituellement d'un désordre notamment dur et violent. Il peut être exprimé par un événement inhabituel. L'apparition violente de surcroît de colère est l'élément provoquant le plus ce stress aigu. Selon N. Chaval et all, « le stress aigu provient de la survenue soudaine et brutale d'un danger grave ». (N. Chaval et all, 2005, p11).

3.4. Stress chronique

Le stress est appelé « chronique » lorsqu'il se voit comme la réplique mental d'une personne à des dispositions compliqués et de conditions de travail défavorable. Cette situation négative se prolonge dans la durée et diminue principalement la qualité de vie professionnelle. Selon L. Decam, « *la période chronique s'étend au-delà d'un mois après l'événement traumatique. La conception de la clinique du syndrome psycho-traumatique chronique repose sur un diagnostic comprenant l'exposition a un événement traumatique, le syndrome de répétition, l'altération de la personnalité, des symptômes non spécifique* ». (L. Decam, 2012, p21).

Entre autres, « *cet état de stress continue peut engendrer des problèmes de santé à savoir la dépression, l'anxiété et d'autres symptômes comme le les maux de tête les vertiges, les troubles visuels, l'affaiblissement physique et intellectuelle, ainsi que la perte d'appétit, les troubles de sommeil, la perte du contrôle émotionnel, etc.* ». (N. Kandi, 2019, p21).

4. Les modèles théoriques de mesure du stress professionnel

4.1. Les modèles neurophysiologiques du stress

- **Syndrome générale d'adaptation**

Cannon, en 1929, décrit la réaction d'urgence d'animaux confrontés à une menace fight or flight (lutter ou fuir), liée à la Libération d'adrénaline. Quelques années plus tard, le

stress d'usine en effet la réaction hormonale en réponse à un stresser. Hans Selye considéré comme le père fondateur du concept de stress.

Sur la base d'études menées chez l'animal il décrit dès 1936, sous le terme de syndrome général d'adaptation, la réaction mettant en jeu principalement les hormones surrénaliennes, qui permet de maintenir l'équilibre de l'organisme. Je constate que l'injection d'un mélange de tissus ovariens à des rats produit les mêmes effets d'une injection de sérum physiologique.

Les lésions constatées sont des ulcères gastroduodénaux, une hypertrophie des glandes surrénales et une involution du thymus. Il reproduit l'expérience en soumettant les animaux à des stress physique comme de brusque changement de température, des agents toxiques des bruits intenses. A chaque fois, il retrouve les mêmes lésions.

À partir de cette constatation, Selye fait l'hypothèse que, quel que soit l'agent stresser, il existe une réponse stéréotypée du système hormonal. Cette réponse correspond à une contre-réaction dont le but est de maintenir l'équilibre (l'homéostasie) menacé par une agression extérieur et que Selye désigné par le terme de « syndrome général d'adaptation ».

Le syndrome général d'adaptation et décrit en trois faces qui se succèdent dans le temps:

* **la phase d'alarme:** au cours de laquelle l'organisme mobilise ses ressources pour faire face à l'agression, est caractérisé par une libération de catécholamine (adrénaline) et de glucocorticoïdes (cholestérol), et une baisse momentanée de la résistance de l'organisme.

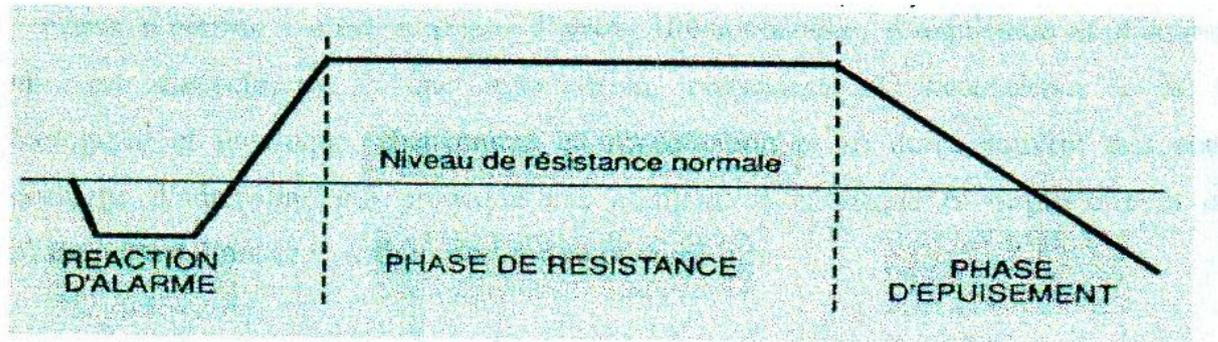
* **la phase de résistance:** au cours de laquelle les défenses de l'organisme sont augmenté vis-à-vis de l'agent stresser, en cause mais diminuées vis-à-vis d'autres agressions, repose essentiellement sur l'activation de l'axe corticotrope.

* **la phase d'épuisement:** correspond à la défaillance des capacités d'adaptation et traduit l'épuisement des surrénales en glucocorticoïdes.

Selye fait l'hypothèse dans les années 1950 qu'il faut distinguer deux type d'effet : le bon stress; eustress, et le mauvais stress; distress.

L'épuisement de la capacité de cette contre-réaction du fait de stress trop intense ou trop prolonger peut aboutir à la maladie pathologie d'adaptation. (D. Servant, 2012, p52).

Figure 1 : le syndrome d'adaptation général, tiré de SELYE (1979).



Source : (J.F Amadiou, 2002, P4).

- **Les modèles actuels**

Des études menées chez l'animal mais aussi d'imagerie cérébrale récente chez l'homme montrent que la réponse physiologique ne se limite pas à la glande surrénale et implique plusieurs systèmes en interrelation. Alain public à la fois le cerveau le système nerveux autonome(SNA), le système neuroendocrinien hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien (HHCS) le système immunitaire. Elle n'apparaît donc pas stéréotypée mais variable selon les individus et l'environnement.

Schématiquement trois phases se succèdent:

- La réception du stress.
- La programmation de la réaction au niveau du cortex et du système limbique.
- Le déclenchement de la réponse via là l'amygdale et l'hippocampe.

Le stress est perçue par les organes sensoriels. Le message est analysé par le cortex le système limbique (amygdale, bulbe olfactif, hippocampe, septum, corps mamillaire, etc.). Le complexe cortex-système limbique est un système d'analyse comparative qui utilise comme une banque de données des souvenirs issu d'expérience affective et de l'apprentissage. Ainsi, le stress compare la situation vécue à des expériences passées afin d'élaborer une réponse adaptée.

Le système limbique est directement impliqué dans la modulation de la réponse:

- Il reçoit des informations de l'environnement et du corps.

- Il utilise ces informations lors de l'apprentissage (conditionnement).
- Il stock par la mémorisation afin que l'expérience acquise lors d'un stress puisse servir de référence au cortex pour l'analyse d'une nouvelle situation stressante et pour programmer la réponse la plus appropriée face à un nouveau stress.

La réponse ça déclenche via l'amygdale et l'hippocampe tu agisses sur l'hypothalamus et la formation réticulée du tronc cérébral afin d'activer le système nerveux autonome et le système endocrinien (surrénal). La formation réticulée déclenche plus particulièrement réaction d'alarme dont l'amplitude est modulée par le système limbique.

La réaction se fait en deux temps :

* **Stade 1:** réaction d'alarme qui met en jeu, via la formation réticulée et l'hypothalamus, le système nerveux autonome et la médullosurrénale. Si la situation stressante persiste, la seconde étape ce produit alors.

***Stade 2:** phase de résistance qui est fondé sur l'activation du l'axe hypothalamo-hypophysocortico-surrénalien.

Le système nerveux autonome et médullosurrénalien et le système hypothalamo-hypophysocortico-surrénalien sont en interaction indifférente niveau. Les deux systèmes subissent également de multiples et complexes régulation venant de différentes structures du système nerveux central. (D.Sevant, 2012, p53)

4.2. Le modèle interactionniste du stress professionnels

Plusieurs chercheurs en sociologie ont critiqué l'approche physiologique du stress, apportant des avancées concluantes dans le domaine de la sociologie des organisations.

- **Le modèle karasek (job strain) (1979)**

Ce modèle est appelé aussi « demande-control-support model » (C. Ribeiro, le lien entre l'organisation et le stress des travailleurs, p64), prétendu le degré du risque professionnel. Ce modèle est le plus utilisé pour mesurer l'échelle du stress, il peut être présenté comme suit :

Tableau1 : interaction entre la latitude de décision et les demandes au travail

		Demande psychologique	
		Faible	Elevée
Latitude Décisionnelle	Faible	Travail passif	Travail tendu
	Elevée	Travail détendu	Travail actif

Source: (E. Albert & L. Saunder, 2010, p16).

Le modèle de Karasek « se décompose en quatre situation spécifique de travail ». (W-V. Wassenhove, model de karasek, p02) :

***Travail actif** : des demandes élevées avec des contrôles élevées.

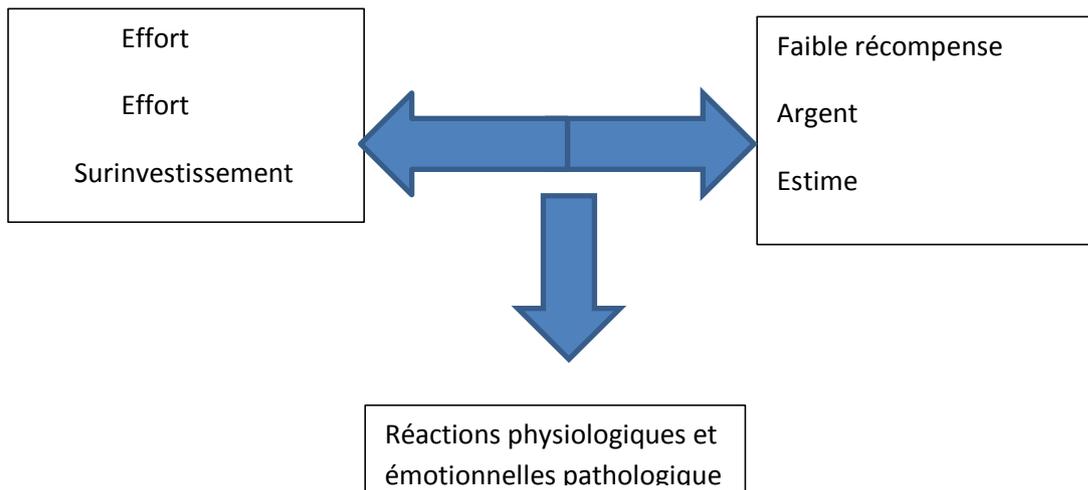
***Travail détenu** : des demandes faibles avec des contrôles élevées.

***Travail passif** : des demandes faibles avec des contrôles réduits.

***Travail tendu ou surchargé** : des demandes élevées avec des contrôles réduit.

- **Le modèle de Johannes Siegrist :**

Ce modèle est appelé, «effort-rewardimbalance » (C. Ribeiro, 2005, p64), il est aussi très utilisé dans les études épidémiologiques dans le domaine du stress au travail. Il est basé sur deux dimensions « récompense » et « effort ».

Figure2 : déséquilibre récompense et efforts

Source : (E. Albert & L. Saunder, 2010, p17).

Selon ce modèle, la situation de stress apparaît lorsqu'il y a un déséquilibre entre les efforts qu'une personne consent à fournir dans le travail et les récompenses qu'elle reçoit en retour. Pour les récompenses, elles peuvent être de trois agissements : les gains monétaires (salaires, primes, etc.), l'estime dont font preuve les collègues et les supérieurs, et le degré de contrôle sur son statut professionnel (perspective de promotion, sécurité de l'emploi...).

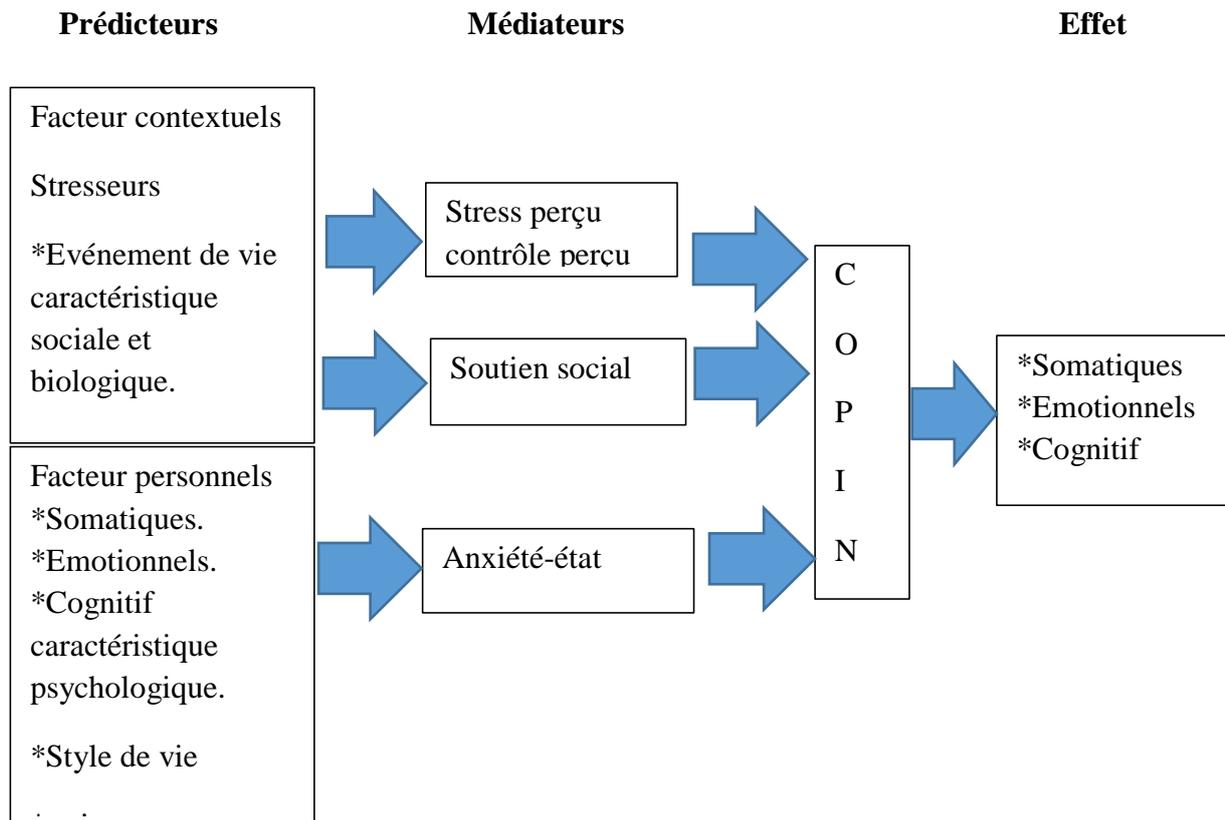
4.3. Le modèle transactionnel

Les modèles précédents ont considéré le stress comme un stimulus, une réaction biologique en réponse à un facteur stressant de l'environnement. Certains chercheurs comme Lazarus et Folkman ont commencé à mettre en place l'importance des perceptions. Ce courant de pensée scientifique a participé tout à fait à élargir le sens de concept du stress et les facteurs susceptibles de le générer.

- **Le modèle de Lazarus et Folkman**

Le modèle de Folkman et Lazarus (1984) décrit le stress comme une transaction entre l'individu et l'environnement.

Figure 3: modèle du Folkam et Lazarus (1984)



Source: E. Albert & L. Saunder, « stress.fr ». In www.edition-organisation.com.

Ce modèle suppose en principe trois types de variables participantes dans l'évaluation de stress. Ces types de variables sont : les prédicteurs, les médiateurs, les effets à court et à long terme. Il indique aussi que le stress psychologique est déterminé par la perception individuelle de la relation spécifique avec l'environnement. Cette perception résulte de facteurs personnels et de facteurs contextuels ou environnementaux.

5. Les causes de stress professionnel

Biologiquement, le stress c'est « la réponse de l'organisme pour faire face à une situation susceptible de porter atteinte à son intégrité ». . Le stress psychologique est un déséquilibre entre sa perception et des contraintes imposées par l'environnement et celle relative à ses ressources pour y faire face.

- **Les facteurs liés à la tâche à effectuer**

Le stress est généralement lié à des exigences importantes, des difficultés liées à la tâche elle-même (monotonie, absence d'autonomie, répétition, fragmentation...) et enfin des risques intrinsèque l'exécution même de la tâche. Selon L. Leruse et all, « la nature de l'activité » (L. Leruse et all, 2004, p18), peut être une source de stress, à savoir la complexité de la tâche qui exige un investissement de la personne, ou une tâche routinière. Quant à l'autonomie, elle est liée à la responsabilité de l'individu face à sa tâche.

- **Les facteurs liés à l'organisation du travail**

Selon P. Guiol et J. Monus, « le changement rapide et exceptionnel dans le monde de travail et son organisation intensifient actuellement les problèmes du stress. Bien évidemment, ceux-ci varieront en fonction des secteurs d'activité, des métiers, ou des cultures d'entreprise ». (P. Guiol et J. Monus, 2006, p67). Des facteurs comme l'absence de contrôle sur la répartition et la planification des tâches dans l'entreprise peuvent avoir un rôle déstabilisant. Les horaires sont parfois incompatibles avec la vie familiale et sociale (travail de nuit) et ceci est d'autant plus fort qu'il y a insuffisance du personnel.

- **Les facteurs liés aux relations de travail**

Un manque d'aide de la part des collègues et/ou des supérieurs hiérarchiques et un management peut participatif, autoritaire, déficient, sont autant de ressources de stress. Une absence ou une faible reconnaissance du travail accompli contribue aussi à cet état de fait. Enfin, les mauvaises relations entre collègues ou/et avec supérieur (ambiance dégradée) n'arrangent pas le climat social. Les relations et échanges satisfaisants avec les collègues et les supérieurs représentent un rempart contre le stress.

- **Les facteurs liés à l'environnement physique et technique**

L'environnement professionnel présente des nuisances physiques (bruit chaleur, humidité, poussière, climatisation, etc.). Selon plusieurs chercheurs en ergonomie, les mauvaises conceptions des lieux et/ou des postes de travail (manque d'espace, manque d'hygiène et éclairage inadapté, etc.) peuvent être à l'origine des situations de stress.

- **Les facteurs liés à l'environnement socio-économique de l'entreprise**

Plusieurs facteurs socio-économiques propres à chaque entreprise constituent des stressseurs professionnels, nous citons :

*La mauvaise santé économique de l'entreprise ou l'incertitude de son avenir.

*Concurrence et compétitivité sur le plan national ou international.

* Exigences de travail élevées.

*Surcharge de travail.

* Pression des supérieurs.

*Objectifs financière à réaliser.

- **Déséquilibre entre vie privée et vie professionnelle**

Des événements de vie, des facteurs extra-professionnelles susceptibles de produire une réaction de stress sont multiples, mais différent pour chaque travailleur comme :

*Ne vivre que pour son travail.

*Effectué plus d'heures réglementaire de travail par jour et ignorant le temps à consacrer pour la famille et les loisirs.

* Ne jamais interrompre ou y penser en permanence et négliger sa vie privée.

6. Les conséquences du stress professionnel

6.1. Les effets du stress sur l'individu

Le recueil de conséquences du stress sur l'organisme et longue : hypertension, nervosité, fatigue, troubles divers, anxiété, la diminution de la résistance aux infections, des maladies immuno-allergique, dépression... Même si le stress n'est pas une maladie, lorsque ce dernier est intense et dur, alors il peut y avoir des effets graves sur la santé morale et physique de l'individu (travailleurs) concernés. Le stress chronique que dure dans le temps peut être détecté grâce à plusieurs symptômes, physiques, émotionnels et intellectuels :

***Symptômes physiques** : douleurs (colique, maux de tête, douleurs musculaires, articulateur, etc.), troubles du sommeil de l'appétit et de la gestion sur inhabituel.

***Symptômes émotionnels** : sensibilité et nervosité accrues, crises de larmes ou des nerfs, angoisse, excitation, tristesse, sensation du mal-être...

***Symptômes intellectuels** : perturbation de la concentration (erreurs, oublis) difficultés à prendre des initiatives...

Ces symptômes entraînent des répercussions sur le comportement des personnes touchées : consommation ou augmentation des produits calmant ou excitant comme le café, le tabac, l'alcool, des somnifères, ou encore des anxiolytiques, modification de conduites alimentaires, comportementaux violent agressifs, repli sur soi, difficultés à coopérer. De plus, plusieurs pathologies sont associées au stress et lorsque la situation stressante se prolonge, et que les symptômes s'installent ou s'aggravent, il peut y avoir des altérations sur la santé qui peuvent, dans certains cas, devenir irréversibles. Les pathologies pouvant être rencontrées :

***Le syndrome métabolique :** obésité abdominal (accumulation de graisse abdominale), diminution de la sensibilité cellulaire à l'insuline, hypertension artérielle et perturbations du métabolisme des lipides entraînant par exemple une dyslipidémie (élévation du mauvais cholestérol et abaissement du bon). C'est important facteur de risque de maladies cardiovasculaires.

***Dans les maladies cardiaques :** on retrouve principalement l'angine de la poitrine et l'infarctus, qui surviennent lorsqu'il existe un déséquilibre entre, d'une part, les rapports métaboliques et d'oxygène, et d'autre part, les besoins de l'organisme. Une stimulation sympathique produite par un stress est susceptible de diminuer les rapports et d'augmenter les besoins.

***Troubles musculo-squelettiques :** de membres supérieurs de la partie supérieure du dos sont fréquemment associée à une combinaison de facteurs : sollicitations biomécaniques dues à des mouvements répétitifs, mais aussi manque de soutien social ou insatisfaction dans le travail.

***La dépression :** qui est plus fréquente quand la situation de travail cumule forte exigence de productivité, faible marge de manœuvre et manque de soutien social (absence d'aide de la part des collègues ou de l'encadrement). D'après le docteur Patrick Légeron presque toutes les personnes atteintes de dépression sont anxieuse. Il arrive parfois que des dépressions sévères évoluent vers des tendances suicidaires. La dépression s'identifie d'après plusieurs symptômes : la tristesse, la perte d'intérêt, vie au ralenti, troubles de sommeil, insomnie, de

la fatigue, douleur diffuses... On dit souvent qu'il existe autant de formes de dépression que des personnes dépressives, car aucune d'entre elles ne réagit de la même manière.

***Le cancer :** peut se développer à cause du stress. En effet celui-ci perturbe le système immunitaire, qui ne peut plus protéger l'organisme de l'invasion des cellules cancéreuses. Mais attention, le stress n'est pas l'origine du cancer, il facilite simplement son développement.

Les états de stress de longue durée peuvent conduire à d'autres problèmes de santé comme la diminution de la résistance aux infections, des maladies immuno-allergiques, des ulcères des désordres hormonaux ou à certaines pathologies de la grossesse (prématurité), problèmes de fertilité. Au niveau professionnel, le stress peut entraîner le burn-out (syndrome d'épuisement professionnel). Celui-ci se traduit par une grande fatigue voire une dépression et c'est une maladie qui peut nécessiter un traitement.

6.2. Les effets du stress sur l'entreprise

Les conséquences du stress pèsent sur la santé des salariés, et peuvent également affecter l'entreprise dans son organisation. Le stress au travail impacte les entreprises et les collectifs de travail. Dans les entreprises où le nombre de personnes stressées est élevé, on peut observer plusieurs conséquences en l'occurrence l'absentéisme et du turnover (rotation de l'emploi, renouvellement du personnel), des difficultés pour remplacer le personnel ou recruter de nouveaux employés, des accidents du travail, une baisse de créativité, une dégradation de la productivité, une dégradation du climat social, une mauvaise ambiance de travail, des atteintes à l'image de l'entreprise.

***L'absentéisme :** des salariés stressés ont tendance à s'absenter plus souvent pour fuir l'environnement néfaste de l'entreprise

***Le turnover :** est un pourcentage du rythme de renouvellement des employés. Si celui-ci est élevé, cela signifie que l'entreprise rencontre des problèmes de fidélisation de la main d'œuvre, ainsi qu'un attrition des candidats, ceci est principalement dû à de mauvaises conditions de travail (particulièrement éprouvant des rapports conflictuels entre collègues ou encore un management de mauvaise qualité),

***Le recrutement :** si l'entreprise a du mal à conserver ses employés, elle aura aussi du mal à les remplacer ou à recruter de nouveaux.

* **Les accidents du travail** : un salarié stressé est une personne qui peut perdre sa concentration. S'il est surchargé de travail, il sera incapable de tout gérer et pourra être victime d'erreur d'inattention.

* **La baisse de productivité** : les salariés démotivés du fait d'un stress aigu ne peuvent avoir un niveau de performance élevé. La qualité de la production s'en ressent et le risque de mal faire augmente.

* **La dégradation de l'ambiance de travail** : une atmosphère de stress négative ne favorise pas les bonnes relations entre employé et avec la direction de l'entreprise. Le climat social peut vite s'envenimer et bloquer le bon fonctionnement.

* **La dégradation de l'image de l'entreprise** : la réputation d'une société est liée à la satisfaction de ses salariés. Une ambiance de tension, lorsqu'elle atteint des extrêmes, est souvent rendue publique et porte atteinte à l'image.

7. Les mécanismes psychologiques pour faire face au stress

Le psychologue américain Richard Lazarus (1966) propose une approche cognitive de stress dans laquelle l'intensité du stress ne s'explique pas par la réponse mais par l'évaluation de la signification donnée à la situation par l'individu. Les deux processus fondamentaux de la réponse au stress sont : l'évaluation cognitive (primaire et secondaire) et les coping (littéralement; stratégie d'adaptation).

7.1. L'évaluation

Il existe deux types :

- **L'évaluation primaire** : rapide, automatique, comme une photographie, informe si la situation est dangereuse ou pas, si elle nuit au bien-être physique et moral du sujet

- **L'évaluation secondaire** : il s'agit d'un inventaire des ressources que possède le sujet pour faire face.

Face à une situation problématique, la personne évalue d'abord l'enjeu de cette situation. Elle apprécie ensuite les ressources dont elle dispose pour agir, répondre et éventuellement intervenir sur la situation problématique.

L'évaluation cognitive est donc un phénomène subjectif, la situation pouvant en effet être vécue de manière différente par la même personne en fonction des moments. Les deux

types d'évaluation se font très rapidement, comme dans une spirale, et génèrent une émotion susceptible à son tour d'influencer les évaluations. Enfin cette appréciation personnelle de l'enjeu et de ressources permet à la personne d'orienter sa réponse face à la situation de stress.

Lorsque la menace perçue est supérieure aux ressources, le stress apparaît. (D.Servant, 2012, p59)

7.2. Le coping

Dans une situation de stress, l'individu ne reste pas inactif. Au-delà de réactions physiques de stress qui surgissent en lui (largement sous la dépendance du processus biologique) il va tenter d'y répondre. En langue anglaise, on parle de « coping », du verbe to copewith, « faire face » (D.Servant, 2012, p156) Ainsi, Lazarus et Folkman (1984) définissent le coping comme: « ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou régler les exigences de la situation de retour de l'individu » (Ibid., p59). L'étude des copings chez l'homme a profondément bouleversé notre façon de concevoir le stress. On ne cherche plus à décrire et comprendre les réactions de stress par la situation auxquelles le sujet est confronté (les stressors), mais par la façon dont il gère la situation, ce qui a autant, sinon plus d'importance.

Les émotions, le raisonnement et les comportements d'un individu en situation de stress déterminent largement la manière dont va se développer sa réaction. Bien plus, ces copings modulent les effets négatifs du stress et semblent primordiaux dans la genèse des maladies liées au stress, comme nous le verrons plus loin. Ainsi, à côté d'une conception biologique du stress dans laquelle le rôle des hormones du stress est de mieux compris, a pris place une conception psychologique du stress qui souligne l'importance des processus de coping. (D.Servant, op.cit., p156). Dans le modèle de Lazarus, le coping est présenté en deux grandes catégories: les stratégies centrées sur le problème et les stratégies centrées sur l'émotion. (D.Servant, op.cit., p59).

Synthèse

Le stress est une réaction courante qui fait partie de la vie. Ce n'est que lorsque le stress devient chronique et que l'individu ne parvient pas à trouver rapidement une réponse adéquate qu'il est néfaste pour la santé. La capacité à faire face à ce stress varie en fonction des individus et de la situation. Certaines situations de travail, certains comportements sont plus propices au développement du stress chronique.

On constate le stress professionnel constitue un réel problème pour le travailleur, il est important non seulement de détecter les problèmes de stress et de les gérer mais aussi de promouvoir des conditions le travail saines et de réduire les aspects nocifs du travail

II. L'épuisement professionnel

1. Historique de l'épuisement professionnel

Les premières recherches portant sur le burnout étaient clairement exploratoires et avaient pour objectif de comprendre les personnes « souffrant de leur travail ». Il est donc malaisé de définir un « découvreur » du burnout, alors même que de nombreux auteurs au début des années soixante-dix ont commencé à publier leur observation. Ces publications portent dans un premier temps sur la description du phénomène, lui donnent un nom et démontrent qu'il ne s'agit pas d'un épiphénomène transitoire.

C'est le cas de Herbert Freudenberger (1974), qui a été l'un des premiers à écrire un article sur le burnout. Il remarque que ce phénomène apparaît chez des professionnels qui au départ, étaient très enthousiastes et qui au bout d'une année parfois, se plaignent de leur physique, de fatigue et d'épuisement.

De son côté Christina Maslach (1976), psychologue sociale, a découvert le burnout dans le cadre d'une recherche sur le stress émotionnel et les stratégies de coping développées par les employés de services sociaux face à leur usage qu'elle a identifié le burnout sous trois caractéristiques qui sont l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation/désinvestissement et la réduction du sentiment d'accomplissement personnel et professionnel. Les recherches sur le burnout prennent donc leur origine dans des services d'aide sociale ou de soins, dont la caractéristique principale réside dans la relation entre un aidant et un usager. De fait, la majorité des études sont descriptives et qualitatives, et utilisent des techniques comme l'entretien, les études de cas ou l'observation participante (Maslach, 2001). Les suivantes seront quantitatives et expérimentales. Elles porteront sur un grand nombre de sujets, s'attachent à la compréhension des causes du burnout.

Avec le début des années quatre-vingt, les recherches sur le burnout prennent une dimension plus systématique, empirique et quantitative, en utilisant des questionnaires et des études méthodiques sur un grand nombre de sujets. Le problème de l'évaluation est donc posé et un grand nombre d'échelles mesurant le burnout ont été testées. Le questionnaire qui présente les qualités psychométriques les plus solides et qui est le plus utilisé est l'inventaire de burnout de Maslach mis au point par Maslach et Jackson, cette échelle va permettre un développement rapide de recherches dans différents pays.

Cette approche permet aux chercheurs d'examiner simultanément l'influence et la conséquence d'un grand nombre de variable et de pouvoir identifier la contribution de chaque variable séparément sur le développement du burnout. Enfin, depuis quelque année les études longitudinales commencent à évaluer l'impact du milieu professionnel sur la santé mentale d'une personne, ce qui permet de réfléchir à des thérapies visant à soigner le burnout. (Abdel Halim Boudoukha, 2009, p10-14).

2. Définition de l'épuisement professionnel (burnout)

Le burnout peut être présenté de manière générale comme une conséquence négative d'un stress professionnel auquel les individus n'arrivent pas à faire face. Il a été initialement identifié et décrit dans un champ d'activité professionnelle spécifique. Toutefois, après de nombreuses recherches focalisé sur cette sphère professionnelle particulière, il apparaît désormais possible et patient de parler de burnout pour d'autres types de profession. (Claude Levy-le Boyer et all, 2003, p493)

Actuellement le phénomène d'épuisement professionnel décrit sous trois appellations selon la langue et la culture du pays :

A. Le burnout

Aux États-Unis, signifie selon Edelwich Brodski : «le burnout est une perte progressive de l'idéal, de l'énergie, de la volonté, vécu par des personne dans des métiers d'aide » (Alexandre Mannokian, 2009, p10)

B. Syndrome d'épuisement professionnel

En France, qui veut dire selon Christina Maslach : « c'est un syndrome qui se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel pouvant se développer chez des personnes travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes » (Ibid., p10)

C. Le korashi :

Au Japon, ce terme signifie « mort par excès de fatigue ».

Karo=mort, shi=fatigue ou travail, la connotation violente ou syndrome d'épuisement professionnel se conçoit à travers le prisme d'une culture gouvernée par la notion du bien collectif. (Roland Coutenceau et all, 2016, p23)

3. L'épuisement : un signal d'alarme de note psychisme

L'état d'épuisement ne s'installe pas du jour au lendemain. Le plus souvent les symptômes se développent insidieusement, ils se manifestent d'abord discrètement, disparaissent au cours du week-end, puis s'installent progressivement, à la faveur de nouveaux événements qui agissent comme autant de coups de tonnerre. L'épuisement se traduit par une fatigue physique et psychique. L'épuisement est remarqué plus au travail usant et les contraintes s'accompagnent d'un manque de reconnaissance et du soutien de la part d'autrui. (Pfeifer Samuel, 2010, p33).

4. Les facteurs d'épuisement

L'épuisement n'est pas seulement lié au travail. L'expérience clinique montre qu'au moins quatre facteurs président à l'épuisement. Associés de façon variable, ils entraînent un effondrement psychique.

4.1. Facteur sur les conditions de travail

Les chercheurs en psychologie des organisations attribuent l'épuisement à certaines conditions de travail.

1. Charge de travail : surcharge et course contre la montre.
2. Responsabilités importantes sans qualification suffisante.
3. Manque de clarté à propos des indicateurs de réussite.
4. Retour d'information insuffisant, voir absent.
5. Autonomie et marge de manœuvre insuffisante.
6. Insatisfaction globale par rapport au travail.
7. Sentiment d'être constamment surveillé.
8. Contradiction entre des valeurs éthiques personnelles et l'exercice professionnel quotidien.
9. Structuration et distribution des missions :
-conflits de rôles.

-ambiguïté des missions.

-insignifiance du travail : peu motivant, routinier, monotone, sans possibilité de s'épanouir.

10. Mauvaise image de la profession.

Les collègues et la hiérarchie remarquent ;

- L'expression de plaintes à propos d'un travail fait à contrecœur et d'une surcharge de travail.
- La multiplication des erreurs et des problèmes de concentration.
- Une résistance aux changements.
- Moins de contacts avec les collègues.
- Une démission intérieure.

4.2. Facteur sur la vie privée et la famille

Si un individu éprouve des difficultés dans sa vie privée, ses capacités professionnelles en seront affectées. Un travail, aussi intéressant-il, ne saurait remplacer des relations personnelles, une dynamique qui donne goût à la vie.

Voici quelques facteurs relationnels susceptibles de participer à l'épuisement :

- Des conflits avec le conjoint ou le partenaire.
- Des conflits avec les enfants.
- Un manque de contact relationnel.
- Négliger sa vie privée.

Un effet de synergie

Une étude du psychologue allemand Joachim Lask a montré que la vie privée avait plus d'incidence sur la satisfaction au travail qu'on ne l'imaginait généralement. L'ambiance familiale a des répercussions sur la vie professionnelle. Voici quelques résultats de cette étude :

- 63% des personnes interrogées admettent que le stress éprouvé dans le cadre familial a un impact sur la vie professionnelle.
- Plus les problèmes avec les enfants sont complexes et durables, plus le travail devient une corvée.
- Un tiers des personnes interrogées rendent les problèmes familiaux responsables de leurs difficultés de concentration, de leur tendance à la dépression, des craintes éprouvées dans le cadre de leur travail.

4.3. Facteur sur la personnalité

Des recherches ont montré que certains types de personnalité sont plus exposés à l'épuisement. En voici quelques caractéristiques :

- Un investissement personnel très fort dans les relations quotidiennes avec autrui.
- Une très grande exigence à l'égard de soi-même : « je dois être bon, je veux réussir, je veux leur montrer ce dont je suis capable, on n'a rien sans rien ».
- Le sentiment d'être indispensable : « ça n'ira pas sans moi ».
- Une incapacité à fixer des limites.
- Un sentiment d'estime personnelle fragile.

4.4. Facteur quand le corps ne collabore plus

De même que le stress peut avoir des conséquences sur la santé, les problèmes de santé peuvent eux-mêmes occasionner du stress.

Certaines maladies peuvent provoquer une fatigue importante :

- La grippe.
- La fièvre rhumatoïde.
- L'hépatite.
- Le paludisme et autres infections de type viral

Quand on est en bonne santé, on se sent bien dans sa peau, lorsque certaines fonctions vitales sont perturbées, ou que l'on souffre physiquement, c'est une assise importante qui vient à faire défaut. Etre bien dans son corps c'est avoir confiance dans ses capacités physiques. La santé est un cadeau dont chacun doit prendre soin. (Ibid., 2010, p37-40).

5. Les dimensions de l'épuisement professionnel

Les dimensions l'épuisement professionnelle se réfère ou travaux De la chercheuse américaine Christina Maslach ou elle à identifier le burnout sous trois caractéristiques qui sont :

5.1. L'épuisement émotionnel

Selon Abdel-Halim Boudoukha : «il s'agit d'une absence quasi de totale d'énergie, le sujet sent que ses réserves d'énergie sont complètement épuisées et qu'il ni plus capable s'apporter son assistance à autrui sous quelque forme que ce soit ».

5.2. Dépersonnalisation ou désinvestissements

Cette phase ce se caractérise par un désintérêt de l'autre, elle se manifeste par une perte d'intérêt vis-à-vis des patients, qui peut prendre les forme plus dure et s'exprime à travers de l'attitude et des comportements de rejet et stigmatisation.

Selon Abdel-Halim Boudoukha : «le désinvestissement de la relation à l'autre, elle se traduit par une attitude négatives et détachée de la personne envers ses clients, patients collègues, qui finissent par être traités comme des objets ».

5.3. La réduction de sentiment d'accomplissement personnel et professionnel

Cette phase ce caractérise par une diminution de l'estime d'auto-efficacité.

Selon cette même auteur : « le sujet va porter un regard particulièrement négatif et dévalorisation sur la plupart de ses accomplissements personnels et professionnel, cette perte de confiance en soi résultant de ce type d'attitude est associée à des états dépressifs important et a une incapacité à faire face aux obligations professionnelles ». (Abdel Halim Boudouka, 2009, p17-18).

6. Les causes de l'épuisement

Le burnout a été identifié initialement dans un cadre professionnel, il est donc évident que des facteurs relatif au travail et à l'organisation de l'entreprise vont jouer un rôle important dans la souffrance des employés, et parmi ces facteur on trouve :

6.1. Les variables professionnelles et organisationnelles

Il faut d'emblée noter qu'en majorité, les recherches sur la contribution des variables relatives au travail et à l'organisation sur le burnout se situent au niveau du rapport direct entre le sujet et son environnement.

En raison d'une plus grande facilité d'opérationnalisation, ce sont les variables directes de l'activité, du contenu de la tâche et de son contexte qui ont été étudiées. Le burnout, notamment sa dimension «épuisement émotionnel », et corrélé avec la charge et le rythme de travail. En effet le sentiment de contrôle et d'autodétermination sur son travail se révèle un meilleur prédicteur du burnout.

Un autre corps d'étude sur les variables du travail a trait aux caractéristiques du contexte de travail. En premier lieu, les conflits de rôle, c'est-à-dire, lorsque les informations requises pour effectuer une mission sont contradictoires, ou encore l'ambiguïté de rôle, lorsque ces informations sont inadéquates ou insuffisantes, sont des facteurs médiateurs du burnout. En effet, un manque de soutien social des supérieures hiérarchiques notamment, mais aussi de la part des collègues, augmente la vulnérabilité devant le burnout.

Le contexte de travail, les demandes professionnelles, le support social, le sentiment de contrôle sont donc des facteurs important dans le développement du burnout.

6.2. Les variables inter et intra individuelles

Les personnes n'évoluent pas de manière robotisée sur leur lieu de travail ; elles construisent psychiquement les situations et les relations avec autrui.

Les facteurs interindividuels qui génèrent un burnout s'articulent autour des victimisations vécues au travail. Les situations d'agressions, de conflit avec les usagers, les brimades de la part des collègues, le harcèlement, etc...., contribuent à l'expression du burnout.

L'âge, le sexe, le niveau d'éducation ou le statut marital montrent des relations inconstantes avec le burnout. En effet, un niveau de hardiesse important, un lieu de contrôle interne et des copings centrés sur le problème sont associés à des niveaux faibles de burnout.

On peut l'imaginer dans la mesure où l'épuisement émotionnel et le désengagement provoquent des attitudes cyniques, une fatigue intense. Elles seraient donc démotivées, ne repéreraient aucun accomplissement dans leur travail et se sentiraient inefficaces. Elles sont

parfois dans une souffrance telle qu'elles peuvent ne plus être en poste ou sont arrêt pour cause de maladies. (Op.cit., 2009, p20-22).

7. Les manifestations et les conséquences de l'épuisement professionnel

La liste de symptôme de l'épuisement est longue : cent trente-deux pour certain chercheur.

Toutefois, ils ont la particularité d'apparaître chez une personne auparavant en bonne santé.

Cinq catégories de trouble :

7.1. Les troubles psychosomatiques

Il s'agit de fatigue, des troubles d'endormissement, d'ulcères musculo- squelettiques (mal de dos), etc. Les personnes souffrant d'épuisement professionnel présent un rythme cardiaque plus élevé, une élévation du taux de cholestérol, de triglycérides, de l'acide urique, etc. Ces modifications biochimiques exposent les personnes à des risques cardiovasculaires plus élevés.

7.2. Les troubles psychologiques

Il s'agit de comportement inhabituel (sensibilité exagérée aux frustrations, irritabilité, colère, crise de larme chez une personne habituellement stable émotionnellement), soit d'attitude inhabituelle (méfiance, cynisme toutes puissances, humour méprisant). L'étude de deux cent quarante-deux couple d'ont l'un des membres est policier relève que le policier en situation de burnout se comporte avec ses enfants de manière plus professionnelle que paternelle.

7.3. Les conduites à risque

Elles sont dangereuses pour le salarié et pour l'entourage (patient, clients, etc.).

7.4. Les attitudes de type défensif

Ce sont des comportements de résistance aux changements, une rigidité envers décision nouvelle à prendre, etc.

7.5. L'hyperactivité

C'est un pseudo activisme : quand l'activité démesurée est associée à une inefficacité totale des efforts. Le temps passé au travail est illimité mais les résultats sont inversement proportionnels au temps passé au bureau, à la durée pour traiter des dossiers. La personne fait des efforts considérables pour tenir son poste quitte à consommer de l'alcool, des médicaments. L'apaisement est au rendez-vous mais il est momentané, car la souffrance est temporairement annihilée. La personne est prise dans une spirale infernale, un cercle vicieux, une visitable addiction.

8. Les grands modèles de burnout

Il existe de nombreux modèles du burnout, dont on va présenter les principaux modèles qui sont :

8.1. Le modèle de Freudenberg

La cause du burnout, désigné comme la « maladie du battant ». Les salariés les plus engagés sont aussi les plus exposés car, dictées par l'idéalisme et la recherche de buts tels que la connaissance et la gratitude.

8.2. Le modèle de Lherniss

Ce modèle est composé de trois processus qui du burnout : une étape de stress professionnel, où les exigences dépassent les ressources du sujet, ensuite une étape de tension réponse émotionnelle ou stress dominée par l'accablement, l'anxiété et l'épuisement.

8.3. Le modèle de Lauderdale

Dans ce modèle on distingue trois phases de burnout : la confusion, la frustration, et le désespoir.

8.4. Le modèle de Meier

Le modèle de Meier distingue quatre types d'attentes contribuant au burnout : les attentes de renforcements positifs, les attentes de punitions, les attentes portant sur la contrôlabilité des renforcements, et celle pourtant sur leur contrôlabilité par le sujet lui-même.

8.5. Le model de Maslach et Leitier

Dans ce modèle le burnout et un syndrome tridimensionnel (l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation et la perte du sentiment d'accomplissement personnel)

L'épuisement émotionnel constitue la première étape du processus dans ce modèle, et un modèle organisationnelle par ce qu'il se compose de facteurs suivant : la surcharge de travail, le manque de contrôle, l'insuffisance des rétributions, l'effondrement du sentiment collectifs, les manquements à la justice et les conflits de valeur.

8.6. Le model de Feber

Ce model distingue trois types de burnout : le premier type frénétique qu'est caractérisé par l'implication, l'ambition et la charge du travail, le deuxième type se destine par l'indifférence, l'absence de développement personnel et l'ennui, et enfin le troisième type épuisé caractérisé par la négligence, la perte du contrôle et l'absence de reconnaissance.

8.7. Le mdelde Gil-Mnte

Ce model se caractérise par trois dimensions, par une détérioration cognitive, émotionnelle, et comportementale. (*Mémoire, l'influence de l'épuisement professionnel sur la vie socioprofessionnelle des infirmières*, univ-bejaia, 2016/2017, p26-27).

9. La prévention de l'épuisement professionnel

Une fois le burnout est reconnu comme la conséquence de différents facteurs et comme un réel danger pour l'organisation et l'individu, des mesures de prévention individuelle et collectives, professionnelles et psychologiques peuvent être impulsées. Paradoxalement, les efforts de prévention portent principalement sur l'individu et non sur l'environnement professionnel. Chaque catégorie de cause appelle des mesures spécifiques, organisationnelles, individuelles ou relationnelles.

9.1. Mesures organisationnelle

La prévention organisationnelle est centrée sur les domaines spécifiques à l'environnement professionnel dans lequel l'interaction entre l'individu et le travail est disharmonieuse. Ces domaines sont au nombre de neuf : le support social et cohésion de l'équipe, l'équité au travail et les conflits de valeur, la charge de travail, le contrôle, le système de récompense et de la reconnaissance, la valeur perçue de travail, la formation, les interruptions.

9.2. Mesures individuelles

Y a deux catégories sont :

- Les stratégies visant à modifier la relation entretenue par l'individu avec son travail (changement d'habitude de travail, utilisation de soutien social disponible au travail et en dehors, développement des techniques de gestion de stress).
- Les stratégies visant à améliorer les ressources personnelles de l'individu afin de le rendre plus résistant aux effets néfaste du stress présent au travail (adoption d'un style de vie plus décontracté et psychothérapie).

Le burn out n'est pas une fatalité : il peut être évité ou diminué si la hiérarchie, dans le cadre d'une organisation humaine du travail, qui compte des besoins d'évolution des personnes au travail, prend en compte les contraintes professionnelles. (GREBOT Elisabeth, 2011, p125).

10. L'épuisement professionnel comme une chance

Les ébranlent nos bases mais peuvent nous ouvrir de nouvelles perspectives. L'épuisement nous permet de saisir trois chances :

- a) reconnaître que nous avons de la valeur, même lorsque nous avons atteint nos limites.
- b) donner une nouvelle orientation à notre vie.
- c) mieux comprendre les autres.

Connaître l'épuisement nous offre donc une chance : remettre profondément en question la valeur de l'humain. Qui suis-je encore, quand je ne peux plus rien accomplir ? C'est un vrai cadeau qui nous est offert de découvrir d'autres sources de valeurs, plus profondes que celle de travail.

Une dépression oblige souvent à réorienter sa vie, à se fixer de nouveaux objectifs, à trouver un nouveau sens à son existence une nouvelle mission.

Et, au fond de sa crise personnelle, plus d'un a appris à mieux comprendre autrui. Tel qui se montrait dur dans ses jugements apprend à mettre de l'eau dans son vin et se montre plus compréhensif vis-à-vis de celui qui rencontre à son tour des difficultés.

Considérer ainsi, l'épuisement peut marquer l'aube d'un nouveau départ dans la vie.

11. Les remèdes contre l'épuisement

1. Sachez que l'énergie de chaque être humain est limitée. Vous pouvez épuiser rapidement votre ressource psychique ou les utiliser de façon plus ciblée.
2. Accordez-vous des pauses pour souffler au cours de la journée : une demi-heure en plein air, une courte promenade dans le parc tout proche ou une petite sieste pour récupérer.
3. Apprenez à dire « non », gentiment mais fermement. Si vous vous engagez trop, vous n'aurez plus d'énergie ni pour vous ni pour autrui.
4. Lorsque l'ambiance est houleuse, calmez-vous et posez-vous la question : « Qu'arrivera-t-il si je porte ce travail à plus tard ? Les conséquences seront-elles graves » certain problème se règle d'eux même si on les laisse de côté.

Quelle importance si, pour une fois, vous n'êtes pas un modèle de perfection ? Lorsque vous serez épuisée, personne ne viendra vous dire merci.

5. Fixez-vous des limites : ne transporter pas vos problèmes professionnels dans votre vie privée. Personne n'est irremplaçable au travail. Mais les relations qui volent en éclats se réparent difficilement.
6. Prenez du temps pour un loisir, pour vous détendre, faire du sport, de la musique, aller au cinéma. Soyez attentif à votre rythme au quotidien. Êtes-vous plutôt du matin ou du soir ? Adaptez votre journée de travail à votre nature, et vous trouverez de nouvelles fenêtres de temps libre.
7. Des efforts ponctuels sont parfois nécessaires. Mais ils doivent ensuite être compensés. Prenez le temps de récupérer de votre travail du week-end, du décalage horaire ou d'une fatigue excessive. Vous pourrez ensuite reprendre votre travail avec entrain et des idées neuves.
8. Si vous avez l'impression que le travail vous tue, soyez logique. Avez-vous déjà songé à prendre un congé sabbatique ? Ne serait-il pas opportun de solliciter votre mutation dans un autre service, voire de démissionner et de changer de voie.

« Je conseille plutôt de bien faire ce que l'on sait faire, plutôt que de faire plus que ce que l'on peut » Berthold Brecht

12. La différence entre le stress et l'épuisement

12.1. Le stress

Le stress c'est comme une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son-bien-être. (M. Bruchon-Scheitzer et E. Boujut, 2014, p437).

12.2. L'épuisement

On emploiera ce terme pour les fonctions les plus graves de perturbation émotionnelle. Lorsque les exigences et les conflits exerçant une pression constante, lorsque le manque de temps les contrainte excessive s'accompagnent de critiquer et d'un manque de reconnaissance, lorsque la situation semble sans issue, l'individu entre alors dans un état de stress très destructeur. (S. Pfeifer, gérer le stress au travail, p13-14)

Synthèse

L'épuisement professionnel est considéré un problème social qui consiste une réponse prolongée à un stress, en lien avec le milieu de travail qui engendre l'apparition des troubles mentales.

Section B : l'impact positif

Dans cette partie on va expliquer la résilience des médecins par les indicateurs de l'impact positif qui sont le développement des compétences et la confiance en soi

1. Résilience

1.1. Définition de la résilience

Ce terme résilience désigne : « le rapport de l'énergie cinétique à la surface de la section brisée. La résilience qui exprime en joules par centimètre carré caractérise la résistance au choc ». (J. Lighezzolo & C. De Tychev, 2004, p23)

Dans le domaine de la psychologie, la résilience dépasse alors le sens d'une simple capacité de résistance aux épreuves de l'existence, en y adjoignant un caractère dynamique, associant souplesse et adaptation. Elle permet ainsi de souligner et de s'intéresser aux

« dispositions remarquables de certains sujets à traverser, sans dommages sensibles, des évènements de la vie hautement risqués ». (Ibid., p23)

Pour Lecomte et Cyrulnik : «la résilience est la capacité à réussir, à vivre et à se dépasser positivement, de manière socialement acceptable en dépit de stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative» Cyrulnik précise que pour qu'il y ait résilience, il faut qu'il y ait eu confrontation à un traumatisme ou à un contexte ttraumatogène, il considère sur le traumatisme et l'agent de la résilience donc la résilience se réfère avant tout à la capacité de sujet de surmonter le traumatisme, ce qui rejoint le point de vue des chercheurs d'orientation psychanalytique. (Delage, 2001, p3).

I. Développement de la compétence

1. Historique de la compétence

Le concept de compétence, qui va de pair avec le professionnalisme, n'a pris de l'importance qu'au cours des années 80. Dans la décennie 70, c'était la notion de « qualification » qui dominait. Il est intéressant de constater que le terme de compétence ne figurait pas dans le « vocabulaire de la psychologie » publié par Pieron en 1973. Les notions de compétences et de professionnalisme semblent plus adaptées à la gestion de la mobilité professionnelle que celle de la qualification plus appropriée à un contexte de stabilité des métiers. (G.Le Boterf, 2000, p19).

Par ailleurs les tragiques vagues de licenciements collectives et les plans de départ en retraite anticipée ont confronté les entreprises au problème de la perte des Savoirs et des savoir-faire, de leur mémoire professionnelle Ce n'est pas un hasard si les normes ISO 9000i insistent sur la formalisation des savoirs de l'entreprise. (Ibid., p20).

Cette situation conduit les directeurs d'entreprise à miser davantage sur les compétences des employés, leur capacité d'adaptation et d'initiative, leur capacité d'apprendre, plutôt que sur une prévision fine des évolutions du contenu des emplois. Le professionnalisme et davantage liés à la capacité de faire face à l'incertitude qu'à la définition stricte et totalisatrice d'un poste de travail. Il ne peut y avoir flexibilité et réactivité sans une bonne gestion d'un capital de compétences. Il faut miser sur les intelligences et les compétences locales plutôt que de se fier à une planification centrale. (G.Le Boterf, op.cit., p20).

2. Définition de la compétence

-La compétence désigne la capacité à produire telle ou telle conduite. Ce sens ne diffère pas de celui que le terme a dans la langue courante. Néanmoins, compétence ne faisait pas partie du lexique de la psychologie scientifique avant que N. Chomsky n'élaboré, dans le contexte de la linguistique. (R. Doron & F. Parot, 1991, p 132).

La compétence se définit aussi comme « un ensemble de connaissances, de capacités d'actions et de comportements structurés en fonction d'un but, dans un type de situation donnée ».

- Chris Argyris exprime cette caractéristique de la compétence en disant qu'il s'agit de passer du «savoir applicable» au «savoir actionnable». Dans le premier, le sujet connaît les compétences probables de ses actes, dans le second, il ne possède pas seulement cette connaissance mais il sait comment se servir du savoir applicable dans la vie réel, dans la pratique quotidienne. (Guy Le Boterf, 2003, p59).

Après avoir défini la compétence, maintenant on va définir : le développement de la compétence

- le développement, en métiers de ressources humaines « englobe les activités de détermination des besoins de formation au niveau des différentes catégories de personnel, la mise sur pied de programmes de formation et leur évaluations. Ces activités permettent aux travailleurs d'acquérir les connaissances et les habilités nécessaires pour une meilleure performance ou encore pour accéder à des emplois qui comportent des responsabilités plus importantes ». (A. Petit et al, 1993, p7).

- développement de compétence : « se réfère aux activistes d'apprentissage susceptibles d'accroître le rendement actuels et futur des travailleurs, en augmentant leur capacité d'accomplir les tâches qui leur sont demandées, par l'amélioration de leurs connaissances, habilités et aptitudes ». (Ibid.). En effet, le développement des compétences permet d'adapter les compétences des travailleurs à l'environnement externe et interne et aussi, au but visé par l'organisation.

3. Les types de compétences

Compétence individuel ou collectif ne sont alors pas suffisantes pour décrire tous les processus de l'entreprise. D'autres segmentations interviennent.

3.1. Les compétences globales

Macros-compétence technologique ou managériales, définissent pour une bonne part d'entité des entreprises ou des organisations et conditionnent les stagiaires, elles sont principalement détenues par l'encadrement, parfois par tous les salariés, comme le souligne P.Zarifian « au lieu de salariés soit placés dans une organisation et entretiennent donc une relation passive cette organisation, que pour l'essentiel, ils subissent les salariés peuvent devenir des acteurs explicites de l'évolution de l'organisation, et donc développer non seulement une compétence dans l'organisation mais aussi une compétence sur l'organisation ». (A. Demeyer, 2000, p38).

3.2. Les compétences opérationnelles

Elles correspondent au premier niveau d'analyse permettant de décrire les moyennes mises en œuvre pour réaliser l'activité professionnelle. Elles se déclinent souvent sous la forme : « être capable de... », « De maîtriser ». Elles sont facilement évaluables et identifiables.

- Le niveau opérationnel décrit de manière correcte et directement compréhensible par les opérationnels les compétences à mettre en œuvre afin de réaliser les activités.
- L'approche par les compétences opérationnelles est utilisée pour des problématiques telles que le recrutement ou la rédaction des objectifs pédagogiques de formation. (Ibid., p39).

3.3. Les compétences transversales

Sont les compétences génériques caractérisant de manière similaire toutes les activités. Elles sont soit à dimension mentale (mode de résolution d'un problème), soit à dimension relationnelle : les compétences cognitives et les compétences comportementales.

Enfin Gary Hamel et C.K.Prahalad définissaient, en 1990 le concept de compétences clés de l'entreprise, «ensemble de savoir-faire de base qui assure une différenciation compétitive sur un marché ». Dans cette approche, on s'attache au cœur de métier de l'organisation afin de déterminer quelles sont les compétences qui caractérisent l'organisation, au-delà des compétences requises pour la tenue des différents métiers nécessaires à son fonctionnement. (A. Demeyer, op.cit., p38).

4. Les principes de la notion de compétence

4.1. Principe de l'apprentissage

La compétence n'est pas innée, on n'est pas naturellement, spontanément compétent. Elle est apprise et résulte de la combinaison des apprentissages théoriques et expérientiels, personnels, professionnels et sociaux. Elle est une caractéristique de l'homme, qu'elle soit individuelle ou collective.

4.2. Principe d'action

Elle ne peut exister que par rapport à l'action compétences à agir. Elle s'exprime dans l'action, dans une mise en situation. Elle n'a de sens que par rapport au contexte, à la situation ainsi qu'au but, à la finalité de l'action. Le concept de compétences doit toujours être précisé: comportement pour une tâche ou un ensemble de tâches. Elle a un caractère opératoire et finalisé.

4.3. Principe de renouvellement

Elle est structurée et se modifie dès sa mise en œuvre, en fonction de la réalisation d'un objectif. Elle se reconstruit constamment, de façon dynamique, à partir des interactions des différents éléments qui la constituent (savoir, savoir-faire, pratique, raisonnement...) Et à partir de la situation dans laquelle elle s'exprime.

4.4. Principe de reconnaissance

Elle est une construction mentale et n'a de véritable existence qu'à travers ses manifestations: comportements et performances. Elle n'acquiert de l'importance, de la crédibilité que si elle est reconnue par les autres. Elle présente un niveau d'expertise qui s'acquiert et se perd et qui est un élément de reconnaissance sociale. (Danielle Potocki Malicet, 1997, p97).

5. Les dimensions de la compétence

5.1. La compétence individuelle

Le terme de compétence individuelle est défini par l'Afnor comme suit: « la compétence est la mise en œuvre, en situation ou une activité ». Elle inclut à la fois la qualification de l'individu et les exigences de l'emploi. La compétence de l'individu se développe à partir de sa qualification. Celle-ci résulte de sa formation initiale confirmée par ses diplômes et des savoir-faire opérationnel acquis au cours de sa vie professionnelle. Elle est donc le résultat de la conjugaison des éléments de sa personnalité, des savoir (les connaissances) savoir-faire (les expériences) et savoir-être (comportement professionnel), aussi chaque individu développe une compétence propre dans le but de répondre aux

modifications incessante de son environnement économique et social, de son environnement de travail. (Ibid., p95).

5.2. La compétence collective

C'est l'ensemble des compétences individuelles des participants d'un groupe plus un composant indéfinissable, propre au groupe issu de la synergie de la dynamique de celui-ci. La compétence collective est composée des produits de l'interaction des individus de même métier ou de métiers différents, elle est le résultat de la rencontre entre l'organisation et l'environnement. Cette compétence s'entretient et se construit grâce à l'acquisition, la simulation et le développement des ressources humaines. Elle est également liée à la valorisation des compétences des individus et des groupes. (Danielle Potocki Malicet, op.cit., p96).

5.3. La compétence organisationnelle

Le rapprochement entre GRH et stratégie dans les années 1980 a été un terrain favorable à l'émergence du concept compétences organisationnelles. Les compétences organisationnelles sont celles qui permettent de mobiliser les compétences techniques auprès du bon interlocuteur au bon moment, d'assurer la circulation de l'information et la coopération nécessaire à la réussite de l'action en temps réel. Les compétences organisationnelles par conséquent dépassent largement une simple compétence administrative ou gestionnaire. (C. Dejoux, 20013, p24)

6. Les critères d'évaluation de la compétence

L'évolution de la compétence est une problématique récente dans le champ de la gestion des ressources humaines. Cette évaluation est basée sur une liste de compétences qui doivent maîtriser un individu dans un cadre donné. Plusieurs critères sont adjoints à la compétence:

6.1. La performance

Les relations entre performance et compétence ne sont pas biunivoques autrement dit ; un niveau de compétence ne permet pas d'inférer un niveau de performance. La compétence est un élément des éléments déterminants de la performance, avec les contraintes d'environnement et de motivation.

6.2. L'expérience

Compétences et l'expérience sont des notions proches, leur relation s'établit selon deux modalités qui découlent des deux acceptions de l'expérience à la fois reconnaissance pratique ou l'expérience s'intègre à la compétence comme une composante (le savoir-faire), et processus d'acquisition, elle correspond à un niveau de maîtrise dans une situation de travail donnée ou encore dans un processus professionnel.

6.3. Le mérite

La notion du mérite est tendu entre une valeur morale est une valeur professionnelle, c'est-à-dire que le mérite est échange entre attitude et résultats, le mérite est un mixte de compétence, de performance et de motivation.

6.4. Le potentiel

La notion du potentiel dispose plusieurs proximité avec la compétence, et notamment avec un aspect structuré et dynamique et son caractère contingent, et aussi que la compétence en tant que savoir en action peut s'avérer être un détour pertinent dans le cadre de développement de potentiel. (V. Marbach, 1994, p14)

7. Méthode de repérage et condition des compétences

7.1. L'approche par les connaissances professionnelles

- Elle consiste à élaborer un référentiel exprimé en termes de contenus de savoir essentiellement promue par l'éducation nationale, cette conception prévaut surtout dans le domaine de la formation continue.

- Il s'agit en effet de mettre en perspective le niveau de connaissance requis par un emploi et le niveau de connaissance possédé, ce qui permet d'élaborer des programmes de formation individualisés, cette démarche s'inscrit dans une perspective de pédagogie par objectifs qui s'est concrétisée par la délivrance de diplômes par unité capitalisables.

- Les GRETA (regroupement professionnels pour la formation professionnelle des adultes), rattachés à d'éducation nationale ont recours à ce type d'approche, l'évaluation des compétences s'appuie alors sur trois principes :

- La définition d'un profil de compétences caractéristiques de la maîtrise d'un métier, parmi lesquelles figurent celle qui correspondent aux exigences d'un diplôme professionnel.
- La reprise en compte des acquisitions antérieures.

- Le recours à des modes d'évaluation autorisant des mesures et des corrections permanentes, favorise la connaissance, à tout moment des profils des compétences des individus. (N. Jolis, 2000, p11).

7.2. L'approche par le potentiel estimé

Diffusion des cabinets de conseil américain (Hay. Mc Ber) cet approche reste minoritaire en France.

La compétence est définie comme « une caractéristique sous-jacents d'un individu présentant une relation de cause à effet avec la performance moyenne ou supérieur dans une fonction. Cherchant à identifier les caractéristiques pouvant prédire le niveau de performance d'un individu. Cette approche englobe des éléments aussi disparates que les comportements, les aptitudes, les savoirs ou les traits de personnalité. Elle est surtout utilisée sous l'angle de la sélection, soit pour le recrutement, soit pour la gestion des carrières. (Ibid., p13).

7.3. L'approche par les savoir-faire opérationnels

Plutôt que de connaître les connaissances ou les traits de personnalité des individus, cette approche s'attache à repérer par l'observation, ce que les individus sont capables effectivement de mobiliser dans un contexte de travail déterminer. Très pragmatique cette approche présente l'inconvénient de terminer des savoir-faire qui dépend à la fois de l'individu et de la situation de travail, si bien qu'il n'est pas toujours possible de faire la part de l'un et de l'autre dans la manifestation du savoir-faire ni par conséquent d'élaborer un pronostic de performance dans des contextes différents. (N. Jolis, op.cit., p11).

7.4. L'approche par les démarches intellectuelles

Cette approche, encore appelée approche cognitive, s'intéresse aux modes de résolution des problèmes dans un contexte organisationnel donné. Il s'agit de réparer es stratégie de raisonnement qui pourraient être utilisées dans d'autres situations professionnelles que celle de l'observation. La compétence et ainsi définie comme une démarche de résolution de problème comportant quatre éléments.

- Les démarches intellectuelles
- Les « savoirs références » (mode de raisonnement).
- La relation au temps et à l'espace.
- Le type d'interaction relationnelle.

Cette approche et surtout utilisée dans les domaines de la formation et de l'orientation. Son application dans l'entreprise reste plus délicate dans la mesure où dans l'identification des stratégies de résolution de problème mise en œuvre dans un emploi restent un exercice difficile. (N. Jolis, 2000, p14)

8. Les composants de la compétence

La compétence généralement synonyme de capacité à résoudre les problèmes dans un contexte donné, lorsque la situation d'exécution s'exerce dans le cadre professionnel.

Ces trois concepts gravitent autour de la compétence : le savoir, le savoir-faire et le savoir être.

8.1. Le savoir

Et apprendre de nouvelles connaissances, ces connaissances sont des connaissances théoriques. Le savoir théorique n'est nécessaire pour expliquer les anomalies et pour orienter les décisions d'interventions, les initiatives à apprendre. Ils servent à comprendre un phénomène, un objet, une situation, une organisation, un processus. Il vise à en décrire et à en expliquer les composantes ou la structure, à en saisir les lois de fonctionnement ou de transformation, et à en comprendre le sens et la raison d'être. (Guy Le Boterf, 2002, p117).

8.2. Le savoir-faire

Aptitude pratique, capacité à maîtriser quelque chose. Elles permettent de rendre opérationnel les connaissances, de comprendre un processus et de l'enrichir afin d'agir et de créer. Cette catégorie renvoie à des savoir-faire manuels ou expérientiels. (C. Dejours, 2013, p15).

8.3. Le savoir-être

Ce sont les attitudes et comportements au travail attitudes sociales, comportement inné ou acquis, c'est la capacité de s'adapter à la situation de travail.

Selon Andre Guittet: " une compétence représente la mise en œuvre efficace de savoir et de savoir-faire pour la réalisation d'une tâche, la compétence résulte d'une expérience professionnelle, elle s'observe objectivement à partir du poste de travail et est validée par la performance professionnelle" (A. Guittet, 1998, p95) De son côté, Christian Batal présente la compétence comme suit : " elle correspond au savoir, savoir-faire et savoir-être qu'il est nécessaire de mobiliser pour pouvoir réaliser correctement les activités propres à cette

situation de travail tandis que les compétences d'un individu se résument au savoirs, qu'il maîtrise effectivement et qu'il est capable de mettre en œuvre, en situation, s'il en prouve le besoin" (C. Batal, 1998, p150)

Tableau N° 2 : les composantes du savoir

La compétence réunie ces 3 formes de savoir :	Savoir	Savoir faire	Savoir être
/	Quoi ?	Comment agir ?	Comment être ?
Définition	-Contenu de ce que nous avons en mémoire. -relève de la connaissance des : -théories. -modèles. -méthodes. - règles. -techniques.	-manière de faire, de se comporter, d'intervenir. -relève des : -actions -conduite -démarche -pratique -exécution -intervention -comportements	Manière d'être avec les autres : -relève des : -attitudes -jugement, opinion -valeurs morales -Principes et philosophie de vie -essence mêmes de qui nous sommes

Diane borgia, 2012, p4

Synthèse

La compétence est un élément essentiel dans le milieu de travail Aujourd'hui l'environnement est incertain, les entreprises, les établissements se transforment par conséquent, de nouveaux métiers apparaissent qui impliquent des nouveaux besoins de compétences pour faire face à cela, ces derniers doivent intégrer des individus compétent afin de répondre à leurs besoins de futur.

II. La confiance en soi

Préambule

La confiance fait référence à un phénomène individuel.

La conception de la confiance comme propension à faire confiance reste limitée. En ce sens, la personnalité des acteurs n'est pas suffisante pour définir un concept aussi complexe que la confiance.

Ajoutant que la relation de confiance se définit également à travers des attentes individuelles des partenaires.

1. La définition de la confiance en soi

Avant d'exposer la définition de la confiance « en soi », voyons déjà ce que signifie le terme de « confiance ». Le Larousse, cité par De Saint-Paul (2004), la définit comme « un sentiment d'assurance et de sécurité ». Ainsi, à partir de celle-ci, l'auteure ajoute qu'il s'agit d'un « sentiment d'assurance et de sécurité à propos de soi » (p.7). La confiance en soi renvoie donc à l'un des aspects de l'estime de soi qui est la « certitude de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi, prendre soin de soi et faire face aux aléas de l'existence (De Saint-Paul, 2004, p. 8-9).

De Saint-Paul (2004) affirme que « la confiance en soi est un sentiment qui découle naturellement de l'estime de soi » (op.cit., 2004, p. 2).

2. Le développement de la confiance en soi

D'après Bellenger (2007), la confiance en soi trouverait ses origines à l'âge où se construit le Moi. Pour mieux comprendre ce que celui-ci représente, l'auteur propose plusieurs définitions. Néanmoins, nous en retiendrons une, basée sur les propos de Freud : « c'est une des instances psychiques [...]. Le Moi aurait un rôle médiateur dans le maintien de l'unité subjective de l'individu, et un rôle opérateur dans les mécanismes de défenses ».

En d'autres termes, il est le médiateur entre le ça (pulsions) et le surmoi (interdits, normes extérieures). Il concerne ainsi, d'une part, notre identité personnelle et, d'autre part, les rapports avec autrui. (Bellenger, 2007, p180).

Après la naissance, le Moi se fonde à travers les expériences successives et la « force du Moi » sera fortement influencé par leur déroulement. Il faut alors prendre en compte tout

l'univers de l'enfant à savoir, « le climat familial, l'ambiance, la culture, le langage, le mode de vie, le sens donné aux relations avec autrui, le rapport au pouvoir ». Le Moi se forme vraiment vers l'âge de deux ans, au moment où l'enfant dit « moi » ou « moi je ». L'enfant devient de moins en moins dépendant de ses parents et s'oriente gentiment vers l'autonomie. (Ibid., p. 33)

Entre trois et six ans, il sera confronté à un nouvel univers puisqu'il va entrer à l'école. C'est la première période intense de socialisation. Tout ce que l'enfant va entreprendre durant cette période est très important, car c'est à ce moment-là qu'il va pouvoir faire face aux savoirs, aux apprentissages et aux relations. A l'adolescence, il y a comme un rappel des trois premières années d'existence. Si elles ont été bien vécues, le quotidien semblera plus facile à vivre. La fameuse crise d'adolescence dépendrait donc de ce qui s'est passé avant les six ans.

Enfin, la confiance en soi, chez l'adulte, est étroitement liée à la « force du Moi » fondée dès les premières années, puis mise à l'épreuve à l'adolescence. De Saint-Paul (2004) précise qu'une personne est considérée comme adulte lorsqu'elle est autonome et responsable d'elle-même. Cette prise de responsabilités n'est pas sans conséquence et va entraîner une réévaluation de l'image de soi. Auparavant, si quelque chose ne fonctionnait pas, on pouvait toujours mettre la faute sur un adulte. A présent, la responsabilité ne tient qu'à soi et il faut assumer ses actes. Par ailleurs, l'adolescence n'est pas l'unique période constituée de grands changements. Le début de l'âge adulte en subit également : insertion professionnelle, choix de vie personnelle (mariage, enfants,...), etc.

Ces décisions vont amener la personne à tester et vérifier ses compétences, à s'évaluer, et ainsi remettre en question son image d'elle-même, et par conséquent, son estime de soi. Ajoutons que ces réévaluations ne se manifestent pas uniquement au début de l'âge adulte, mais vont demeurer tout au long de la vie.

Ainsi, grâce à Bellenger (2007), nous comprenons qu'un Moi bien construit et solide contribue à la confiance en soi. Ceci dit, il nous semble nécessaire, à présent, de nous intéresser à ce qui caractérise concrètement la confiance en soi.

3. Les dimensions et caractéristiques de la confiance en soi

Avant d'observer les manifestations de la confiance en soi, il faut préciser que cette dernière est très variable. En effet, une personne n'a pas confiance « partout, tout le temps

et surtout pas totalement ». En d'autres termes, on peut très bien être à l'aise et sûr de soi dans une situation et pas du tout dans une autre. (Bellenger, 2007, p. 38)

Toutefois, certaines caractéristiques sont propres aux personnes qui ont confiance en elle. Ainsi, en étudiant les propos de divers auteurs, nous avons tenté de les regrouper et de les répartir en fonction des quatre dimensions de la confiance en soi distinguées par De Saint-Paul (2004) à savoir la confiance de base, la confiance en sa propre personne, la confiance en ses compétences et la confiance relationnelle.

3.1. La confiance de base

Également nommée sécurité intérieure, elle s'installe durant la première année, lorsque l'enfant est dorloté dans les bras des parents. Si la différence entre estime de soi et confiance en soi avait bien été comprise, nous pouvons nous rendre compte que ce point se rattache essentiellement à la première notion, celle de l'estime de soi.

Connaissance de soi, acceptation de soi et appréciation de soi semblent être les concepts représentatifs de cette confiance. En effet, nous avons vu qu'à la base de l'estime de soi, il y avait avant tout une connaissance soi : connaître ce que nous aimons ou n'aimons pas, connaître nos qualités, nos défauts, nos limites, les valeurs qui nous sont importantes. Ensuite, il s'agit, d'une part, d'accepter qui nous sommes, en l'occurrence les éléments cités précédemment ainsi que notre apparence physique, nos pensées, nos sentiments, nos comportements, etc. et, d'autre part, pouvoir les apprécier.

Ainsi, plus concrètement et en reprenant les caractéristiques relevées par De Saint-Paul (2004), une personne qui s'estime : pense avoir de la valeur ; elle pense qu'elle est digne d'être aimée ; elle se sent compétente (cela ne signifie pas savoir tout faire) ; elle se donne le droit à l'erreur ; elle pense être responsable de ce qui lui arrive ; elle sait ce qu'elle veut ; elle est optimiste et réaliste. D'après Bellenger (2007), elle a conscience de ce qu'elle sait faire ; elle sait réfléchir à ses limites, à ses manques, à ses incertitudes, à ses assurances ou à ses talents ; elle se sent concernée par ce qui lui arrive et respecte ce qu'elle ressent.

3.2. La confiance en sa propre personne

En grandissant, l'enfant commence à avoir des préférences, à faire des choix, à porter des jugements, à s'opposer, à dire non et ainsi à développer sa propre personnalité.

Ce qui caractérise principalement la confiance en sa propre personne est l'affirmation de soi. « S'affirmer, c'est faire valoir ses désirs, ses besoins, ses opinions et ses valeurs et

agir en accord avec eux » (Bellenger, 2007, p. 125), d'où l'importance de l'étape précédente, durant laquelle l'individu doit apprendre à se connaître.

Le terme d'affirmation de soi se rattache facilement à l'assertivité. Celle-ci consiste à « exprimer sa vérité intérieure tout en respectant son interlocuteur » (p.126). Toutefois, elle n'est pas souvent utilisée, car la révélation de nos ressentis et de nos pensées ne nous semble pas toujours naturelle. S'affirmer peut se faire de diverses manières. « Oser dire non et refuser » en représente une. Le problème avec les personnes qui manquent de confiance, c'est qu'elles ont peur de déplaire, d'être rejetées, de devoir se justifier.

Or, il est essentiel de savoir dire non, car sans lui, le oui n'aurait plus de sens. Il faut bien comprendre qu'il ne s'agit pas uniquement de refuser, d'être d'un autre avis, mais d'être simplement en accord avec soi-même. Une autre façon de s'affirmer est de « demander ». Que ce soit un service, un câlin, un cadeau, un compliment, etc., il est vrai que ce n'est pas toujours évident. Ici encore, c'est la peur du refus qui nous bloque dans la démarche. Pour continuer, « donner » constitue également une manifestation de l'affirmation de soi. Nous pouvons donner un compliment, notre opinion, ce qui nous amène exprimer nos idées, notre avis sans toutefois vouloir l'imposer. Enfin, « dire la vérité » semble être sans doute l'une des meilleures manières d'augmenter la confiance en soi. En effet, courage et honnêteté d'annoncer les choses véritablement permettent d'être pleinement en accord avec nous-mêmes tout en respectant l'autre.

En gros, une personne qui s'affirme, selon Bellenger (2007), se fait une idée à elle ; elle a sa propre opinion ; elle exprime ses idées ; elle ose convaincre ; elle sait accepter ou refuser avec clarté ; elle ose dire non sans se sentir coupable.

Pour conclure, nous pouvons dire que l'affirmation de soi « c'est peut-être avant tout regarder soi-même, les choses et les gens en face, tranquillement, sans agressivité, sans soumission, avec bienveillance et une saine curiosité » (De Saint-Paul, 2004, p. 151).

3.3 La confiance relationnelle

Elle se renforce particulièrement à l'école, lieu où l'enfant commence à se faire des amis. Il s'agit non seulement d'une confiance en l'autre, mais aussi la capacité à établir des relations durables avec autrui et se sentir à l'aise en société.

Cette forme de confiance se rattache essentiellement à la sociabilité. Dans la vie, nous sommes quotidiennement en relation avec d'autres individus. Il est donc normal de se

comparer aux autres. Une étude, évoquée par Bellenger (2007), montre que cette comparaison sociale influence l'idée que nous nous faisons à notre égard et peut, par conséquent, avoir des effets (positifs ou négatifs) sur la confiance en soi.

D'un point de vue positif, les gens qui doutent de leurs opinions ou de leurs actions vont observer les autres pour obtenir de l'information, ce qui va leur permettre de s'engager plus facilement. De plus, il a été constaté que la comparaison avec des personnes similaires, au même niveau, augmente la confiance de ce que l'on croit voir ou penser. Par contre, d'un point de vue négatif, la comparaison avec un être que l'on considère comme plus fort, plus beau, meilleur, risque fort de démoraliser, engendrant une dévalorisation.

Au niveau relationnel, Bellenger (2007) constate qu'une personne qui a confiance est ouverte aux autres, elle leur pose des questions ; elle s'informe, ce qui lui permet de réduire ses incertitudes et de mieux maîtriser les situations ; elle ne cherche pas à montrer ou à prouver quoi que ce soit aux autres ; elle ose parler en public. Pour De Saint-Paul (2004), elle est coopérative, sociable, calme ; elle n'a pas peur du jugement des autres ; elle est très à l'écoute, car elle n'est pas centrée sur elle-même.

3.4. La confiance en ses compétences

Elle se développe vers trois, quatre ans, lorsque l'enfant commence à explorer l'environnement et qu'il veut faire les choses tout seul.

Par-là, l'autonomie reflète parfaitement cette forme de confiance. Comme nous l'apprend De Saint-Paul (2004), une personne est autonome lorsqu'elle est libre, indépendante et responsable d'elle-même. Plus concrètement, elle est capable de subvenir à ses besoins, faire ses propres choix, prendre ses propres décisions, résoudre ses problèmes, etc. Ainsi, qui dit autonomie peut facilement parler de liberté, d'indépendance et de responsabilités.

De quoi sommes-nous finalement responsables ? Principalement de nous-mêmes, c'est-à-dire de nos comportements, de nos attentes, de nos désirs, de nos sentiments, de nos relations et également de nos perceptions et de nos interprétations. Ces deux dernières sont souvent considérées comme similaires ; elles sont pourtant bien différentes : pour la première, il s'agit des faits concrets, tandis que pour la deuxième, du sens que nous donnons aux faits.

Nous pouvons ici établir un lien avec les croyances, qui jouent un rôle primordial dans notre confiance, puisque, comme l'affirme Filliozat (2005), elles sont à la base des comportements.

Ces croyances sont en fait des hypothèses que nous faisons sur nous-mêmes, sur les autres et sur le monde. Par exemple, si on croit qu'une chose n'est pas réalisable, on ne tentera rien pour l'accomplir. Si on ne se croit nul, inintéressant ou pas aimé, on va se comporter de manière à ce que cela se confirme (en évitant d'aller vers les autres par exemple). Les personnes qui manquent de confiance sont convaincues de leurs idées et ce sont alors ces croyances qui conditionnent leurs émotions et leurs comportements. En considérant les aléas de la vie comme des problèmes qu'elles ne peuvent résoudre, elles seront rapidement découragées. Il vaut mieux réfléchir aux solutions plutôt qu'aux problèmes. De cette manière, le fait de chercher ces premières contribuera à l'augmentation des compétences et de la créativité. A ce propos, cela peut paraître étonnant pour certains, mais il existe bien une relation entre l'inventivité et la confiance en soi.

Les gens qui n'ont pas confiance manquent souvent de flexibilité mentale et se focalisent sur des logiques déductives (si A, alors B). Cette attitude les empêche de s'ouvrir à d'autres possibilités. Les créatifs, eux, inventent, créent, innovent, et cette ouverture d'esprit leur permet de trouver plus facilement des solutions et de s'adapter.

L'adaptation, cette capacité à sortir des périodes d'incertitude ou d'échec, de se reprendre et refaire surface, représente une vraie prise en charge autonome. De Saint-Paul (2004) nous apprend que pour bien vivre, il faut s'adapter en permanence. Or, c'est justement la difficulté des personnes qui manquent d'estime, car « elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elles-mêmes, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlantes » (De Saint-Pail, 2004, p24).

Un autre moyen pour ces personnes de se protéger de cela est de fuir et de laisser la responsabilité aux autres. En paradoxe, trop d'adaptation devient un frein à la liberté, et donc, à l'autonomie. Bellenger (2007) critique ces adultes qui, en voulant socialiser leur enfant, le pousse à penser et agir conformément à certaines normes. Conséquence : à l'âge adulte, il s'efforcera de jouer un rôle en fonction de ce qu'il croit qu'on attend de lui, ce qui va totalement et une fois de plus à l'encontre de l'autonomie.

Enfin, les manifestations de cette dernière confiance se traduisent par les comportements suivants : la personne confiante est indépendante (De Saint-Paul, 2004) ; elle se fixe un objectif accessible ; elle s'investit et n'attend pas des autres pour atteindre son but ; elle se bat, car elle a conscience que sa réussite ne dépend que d'elle ; elle s'accomplit et se dépasse dans le sens où elle s'engage ; elle sait faire face à l'échec. Pour ce dernier point, nous tenons à préciser que les gens qui manquent de confiance le voient comme une fatalité, ce qui n'est pas le cas pour ceux qui en ont. Face à l'échec, ces derniers regardent la réalité, cherchent à mieux la connaître, à évaluer le niveau de difficulté et à l'affronter (Bellenger, 2007).

Nous venons de décrire les caractéristiques des personnes qui ont confiance. Or, ce n'est malheureusement pas le cas pour tout le monde et très souvent, le terme de confiance est plutôt perçu d'un point de vue négatif. En effet, Bellenger (2007) remarque qu'au quotidien, lorsque les personnes parlent de confiance, elles ont tendance à évoquer plutôt son absence en disant, par exemple, « je manque de confiance en moi » ou « il manque de confiance en lui ».

Pour le sens commun, le manque de confiance c'est : se sentir timide ; vouloir toujours prouver ; avoir besoin d'être valorisé ; avoir peur de l'autre ; ne pas oser « y aller » ou s'exprimer ; se méfier de tout ; ne pas réussir à faire ce qu'on a envie ; douter de ses capacités ; ne pas savoir répondre seul ; être souvent pessimiste, hésitant, stressé ; se dire qu'on n'y arrivera jamais ; se sentir inférieur aux autres ; avoir peur de l'échec ; et nous en passons...

Les conséquences sont tout aussi nombreuses : une personne qui manque de confiance a des difficultés à prendre des décisions ; elle a peur du changement ; elle a du mal à s'adapter ; elle laisse la responsabilité aux autres ; elle admet difficilement ses erreurs ; elle se met facilement sur la défensive, etc. Cependant, la plus grosse conséquence observée se trouve au niveau de la communication. Les personnes qui manquent d'estime ont effectivement tendance à ne rien révéler, de peur d'être jugées ou critiquées (De Saint-Paul, 2004).

Finalement, suite à ces dernières caractéristiques, nous pouvons alors nous demander d'où peut provenir un manque de confiance en soi.

Tableau N°3 : synthétique des dimensions et conditions de la confiance en soi

Concept	Dimension	Indicateur
La confiance en soi	Confiance de base	-Se connaître (ses qualités, ses défaut, ses valeurs, ses limites) -s'accepter, s'apprécier -croire en ses compétences, ses capacités -être optimiste, réaliste -se déculpabiliser, accepter l'erreur -relativiser
	Confiance en sa propre personne	-Avoir une idée à soi, faire des choix, -S'affirmer -Exprimer ses propres opinions, émotions, ses besoins -Dire la vérité, son ressenti -Oser demander -Oser dire « oui » ou « non »
	Confiance relationnelle	-Aller vers les autres, s'ouvrir aux autres -Poser des questions, s'informer -Ne pas cacher à prouver quelque chose -Etre coopératif, sociable, tranquille -Etre à l'écoute -Oser parler en public -Ne pas avoir peur du jugement des autres
	Confiance en ses compétences	-Etre autonome, indépendant -S'engager, s'investir, prendre des risques -Prendre des initiatives -Assumer et prendre ses responsabilités -Etre créatif -Savoir faire face à l'échec -Chercher des solutions, être combatif - Se préparer

4. Les origines du manque de confiance en soi

La confiance en soi se développe progressivement tout au long de l'existence. Elle découle notamment de l'estime de soi, qui elle, dépend fortement de l'entourage. La construction du Moi joue également un grand rôle dans cette évolution. Nous avons vu qu'un Moi solide favorise une bonne confiance en soi. Cependant, certaines personnes n'ont pas bénéficié d'une éducation favorable et grandi dans les meilleures conditions. Par conséquent, leur Moi reste fragile. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette fragilité et d'un manque de confiance. Filliozat (2005) nous démontre ses causes et nous informe que ses origines proviendraient, le plus souvent, de souffrances liées à l'enfance. En voici quelques exemples :

- **Les souffrances comme** : la dévalorisation des parents, les insultes ou les rejets à l'école. Souvent, les facteurs ne proviennent pas entièrement de la personne, mais de l'entourage.
- **L'exclusion** : le rejet ou l'isolement. La personne se sent inutile, pas ou peu appréciée des autres et elle aura tendance à se renfermer sur elle-même.
- **Les harcèlements** : (moraux ou physiques).
- **Les échecs** : qui contrairement à la réussite, démotivent et démoralisent. Des expériences ont montré que l'échec entraînait l'échec et que la réussite entraînait la réussite bien entendu.
- **Les humiliations** : qui peuvent être faites de manière tout à fait inconsciente, notamment par les parents. Il faut souligner que les enseignants jouent également un rôle dans la valorisation de l'enfant.
- **Les non-dits** : les secrets et les mensonges qui sont, inconsciemment, ressentis et qui insécurisent
- **Les deuils** : provoquant souvent des sentiments d'injustice, de colère, de culpabilité, qui, mal acceptés, seront retournés sur soi
- **La soumission** : et la dépendance qui poussent l'individu à obéir, négligeant ainsi sa prise de décisions et d'autonomie
- **L'effet de contraste** : qui a une grande influence sur nos représentations. Par exemple, si nous nous comparons à un mannequin, nous nous trouverons sans aucune qualité physique. Par contre, si la personne en face n'est pas très jolie, nous nous trouverons beau. Cela dépend donc de ce à quoi nous nous mesurons.

- **L'effet pygmalion** : qui consiste à se conformer inconsciemment à l'image que l'autre nous renvoie. Si l'autre nous croit fort et intelligent, nous aurons tendance à nous améliorer. S'il nous croit nul et incompetent, nous aurons du mal à réussir.

Fort heureusement, toutes les personnes n'ont pas subi de tels traumatismes et ont pu se construire de manière optimale tout en développant une bonne confiance en soi. Pour les autres, rien n'est perdu : la confiance en soi se travaille. Le point suivant aborde les conditions permettant cette prise de confiance.

5. Les sept conditions pour un mental fort

Dans son ouvrage, Bellenger (2007) expose différents moyens aidant à surmonter le manque de confiance en soi.

5.1. Savoir relativiser

Nous avons souvent tendance à trop vite généraliser et à nous considérer comme bons ou pas bons. Par exemple, une mauvaise expérience nous donne le sentiment d'être nul. Il est donc essentiel de savoir faire la part des choses, de prendre de la distance, de regarder les choses en face pour mieux agir et d'être réaliste.

5.2. Se donner de vrais objectifs

L'objectif ne doit pas être confondu avec l'intention. Cette dernière est une idée plutôt vague, tandis que l'objectif est un critère mesurable et observable. Se fixer des objectifs aide à la confiance, dans le sens où cela permet de structurer l'avenir par des plans d'actions.

5.3. S'ouvrir aux autres

« Le mal le plus profond, c'est l'isolement, l'exclusion, le repli sur soi » (Bellenger, 2007, p.24). Ainsi, pour éviter ce mal-être, il est important de développer sa sociabilité en entrant en contact avec les autres, en partageant, en invitant, en aidant, en écoutant, etc.

5.4. Être combatif

Etre combatif revient à trouver une solution, à se battre, à relever les défis. Il s'agit de ne pas lâcher prise ou de se décourager après un échec ou une difficulté. Pour cela, il est essentiel de se focaliser sur ce qui réussit et non pas sur ce qui échoue.

5.5. Faire ce que l'on dit

En d'autres termes, nous pourrions dire qu'il s'agit d'être en accord avec soi. Il faut donc d'abord être au clair avec ce que l'on est et ce que l'on veut et ensuite assumer ce que l'on a annoncé.

5.6. Se faire une idée à soi

Cela consiste à cesser de trop suivre l'opinion publique et se faire sa propre opinion, se tenir à conformant à leur idée) et tenir compte des autres (prendre leurs idées en considération mais en conservant la sienne).

5.7. Se préparer

Il est difficile d'avoir confiance lorsque l'on n'est pas prêt. Ainsi, s'organiser, répéter, se préparer constituent des tâches qui nous permettent d'être plus à l'aise et donc d'avoir plus confiance.

Pour terminer, comme nous l'avons évoqué, la confiance en soi se construit parallèlement au Moi. Pour Arlette Mucchielli (1992), citée par Bellenger (2007), « tout va se jouer selon la manière dont se font les acquisitions successives avec, comme fil conducteur, l'autonomie » (p. 31). Cette acquisition de l'autonomie est donc un facteur capital de la confiance en soi. Il faut toutefois souligner qu'être autonome « ce n'est pas chercher à s'imposer, c'est apprendre le plus tôt possible à percevoir ses propres sentiments et besoins » (Bellenger, 2007, p. 119). En quelque sorte, c'est apprendre sur soi, ce qui permet notamment d'avancer et de s'adapter au mieux aux situations. Soyons bien conscients que confiance en soi ne signifie pas beauté, facilité, succès, absence de craintes. Ce qui change, ce sont les réactions face aux situations, par exemple le stress, les doutes, l'incertitude. D'un côté, nous avons ceux qui se replient sur eux-mêmes, de l'autre, ceux qui affrontent et qui font ainsi preuve de confiance (Filliozat, 2005).

Enfin, si nous observons la pyramide de Maslow, reprise dans l'ouvrage de De Saint-Paul (2004, p.157), nous constatons que l'estime de soi représente le quatrième besoin fondamental. Bellenger (2007) décompose même ce besoin d'estime en deux. Il y a, d'une part, le besoin d'estime de soi, caractérisé par le respect de soi, les sentiments de réussite, d'indépendance, la confiance en soi, etc., et d'autre part, le besoin d'estime des autres, impliquant le respect des autres, les reconnaissances, leur appréciation, etc. De même, le

besoin de confiance semble être flagrant que ce soit au niveau individuel ou social. En effet, nous avons besoin de vivre et de travailler avec et en confiance. Le problème qui se pose est que nous ne décidons pas de notre confiance. Toutefois, nous pouvons toujours essayer de créer les conditions la favorisant et se donner les moyens à son épanouissement.

A partir des éléments développés dans notre cadre conceptuel, nous avons construit le tableau suivant en reprenant les quatre dimensions de la confiance en soi et en y incluant un certain nombre d'indicateurs. Précisons que plusieurs d'entre eux proviennent également du point évoquant les sept conditions pour un mental fort. Pour construire ce tableau, nous sommes basées des propos de De Saint-Paul (2004) et de Bellenger (2007).

Synthèse

La confiance est un pilier de la vie, elle est au cœur de toutes interactions et échanges entre les employés. Beaucoup d'études ont confirmé qu'on peut expliquer pas mal de comportement par la confiance.

Partie pratique

Chapitre IV
Le cadre méthodologique
de la recherche

Préambule

Dans toutes disciplines, tout travail d'investigation nécessite une méthodologie, dans le but dénoncer et d'expliquer le déroulement d'une étude et illustrer toutes les méthodes et outils que les chercheurs utilise sur le terrain de la recherche. De même à travers ce chapitre s'intitulant « la méthodologie de recherche » nous allons présenter l'aspect qu'a pris notre travail de recherche.

1. Présentation de l'organisme d'accueil

Notre enquête a été réalisée au sien de CHU de Bejaia « Frantz Fanon » qui se situe à Bordj moussa, 06000, Bejaia

Suivant un acte publique en date de 07/08/1878 Mr et Mme Troncy on fait donation à la commune de Bougie d'un immeuble situé à la rue de trêve place dit du train, pour servir à la construction d'un hôpital civil dans la localité. La commission de surveillance de l'ambulance de bougie a été autorisé à accepter cette donation par arrêt de Mr le préfet de Constantine en date de 28/09/1879 par décret du 08/03/1883 de Mr le Président de la République a fait concession gratuite à titre de donation à l'hôpital civil de bougie (Frantz Fanon actuellement) des immeubles domaniaux situés à Bougie.

Le dit immeuble (offert par Mr et Mme Troncy) mis en vente le 09/11/1889 a été adjudgé à Mr le général Surney pour la somme de 40200 Franc qui ont été employé concurremment avec les fonds de subvention du gouvernement général à la construction de l'hôpital actuel.

Par décret présidentiel du 03/06/1893, il est fait concession gratuite à l'hôpital civil de Bougie d'un terrain domaniale de la contenance de 6354.23 ancien Franc.

D'après les archives du répertoire des malades hospitalisés on n'a déduit que l'hôpital a commencé ses activités en janvier 1896.

A sa construction, il été nommé « Hôpital Civil de Bougie ». Vers les années 50, il été nommé « Hôpital Régional de Bougie » d'après les archives.

Quelques années après l'indépendance, il a pris le nom du « Secteur Sanitaire de Bejaia ».

Après l'inauguration de l'Hôpital Khelil Amrane en 1991 il devient « Hôpital Frantz Fanon

» du nom du célèbre psychiatre Français, connue pour son engagement en faveur de l'indépendance de l'Algérie durant la guerre de libération (1954-1962)

L'hôpital est composé d'un plateau technique, comprenant les services suivant : Anatomie et cytologie pathologique, Chirurgie maxillo-faciale, Médecine de travail, Médecine lécales, Néphrologie-laryngologie ; Ophtalmologie, Hématologie, Maladies infectieuses ; Pneumo-phtisiologie, Psychiatrie.

Notre recherche a été effectuée dans le service infectieux qui est composé : d'un professeur qui est un chef de service, 10 médecin infectiologue, jour 2, personnel médical : 5 spécialiste, hospitalo-universitaire : 3, personnel paramédical : 8.

Ce service est créé en : Octobre 2012, ces activité principal est de Prendre en charge des patients adultes >15 ans présentant des pathologies infectieuses.

2. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle ou telle technique, on peut explorer de façon limité le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. (Grawitz, 2001, p550)

Elle permet de collecter des données sur le thème de recherche, d'établir le premier contact avec la population d'études afin de sélectionner de plus pertinents et ceux qui répondent aux critères aux bases de thèmes de recherche.

Dans ce cadre, on a réalisé notre pré-enquête à l'hôpital Frantz Fanon de Bejaia qui a débuté le 9 mai 2021 au 29 mai. Néanmoins quelques jours avant je me suis rendu à l'hôpital pour découvrir les lieux, connaître le service infectieux, par la même occasion les informer de mon objectif et du fait que mon stage pratique, en raison de mon thème de recherche, devra se faire dans ce même service d'infectieux. Une fois sur place j'étais accueilli par la chef de service.

Après avoir accomplis notre enquête à l'aide d'un entretien de quelque question libre avec certains médecins qui m'ont aidé dans la précision de sujet de recherche.

3. La méthode utilisée

La méthode et la pierre angulaire de la recherche appliquée en science humaine et sociales, car c'est elle qui balise le chemin qu'emprunte le chercheur pour réaliser ses travaux.

Elle doit soutenir le processus de réflexion en fonction du contexte dans lequel s'inscrit un projet.

Nous avons opté pour la méthode descriptive conduite par une approche qualitative. Cette méthode nous permet d'observer et à décrire le comportement du nous sujet sans les influencer et cette méthode est souvent utilisé dans les sciences humaines et sociales.

Certains sujets ne peuvent pas être observée autrement, c'est pour cela on a choisi la proche qui est « l'étude de cas ».

L'étude de cas, c'est une méthode qui nous permettra d'observer, de comprendre, de décrire et d'analyser le vécu psychologique des médecins travaillant en service infectieux, en tenant compte ainsi de leur vécu psychologique dans l'exercice de leur métier.

L'étude de cas se compose de deux temps, le recueil des informations et leur mise en forme et ceci en plaçant au centre la singularité des personnes. De ce fait Claude Revault d'Allones, l'étude de cas « vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière au prise avec des situations complexes nécessitant des lectures à différent niveau, et mettant en œuvre des outils conceptuels adoptés ». (fernandez & Pdinelli, 2015, p58).

L'étude de cas n'as pour objectif de prouver ou de démontrer, mais en revanche, par la complexité du sujet, a pour but d'élaborer des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, de développement d'un trouble. Partant de ce principe, cette étude sert à élargir les connaissances concernant un individu donné, elle permet aussi de regrouper un grand nombre de données à l'aide des méthodes différentes (entretien, questionnaire, des échelles...etc.).

Et souci dans le but de comprendre au mieux le sujet de manière globale en se basant sur lui-même, son histoire et son contexte de vie. Il s'agit donc de mettre en lumière les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui conduit à telle ou telle difficulté de vie importante.

4. Échantillonnage

Notre travail de recherche a été effectuée auprès de 10 infectiologue qui travaillant au service infectieux à l'hôpital Frantz Fanon dans le service infectieux car le but de notre recherche et d'étudier l'impact de la covid-19 sur les vécu psychologique des médecins.

Dans ce que suit nous allons illustrer et définir dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche : leur sexe, leur âge, leur situation matrimoniale et leur année d'expérience et de pratique de ce métier.

Tableau N°4 : les caractéristiques de notre groupe de recherche

information prénom	Sexe	Age	Situation matrimoniale	Année d'expérience
F.R	Féminin	53 ans	Mariée	25ans
B.A	Féminin	28ans	Célibataire	5 mois
B.C	Féminin	33ans	Mariée	7 ans
A.N	Masculin	41ans	Mariée	12 ans
B.F	Féminin	33ans	Célibataire	5 mois
B.M	Féminin	41ans	Mariée	14 ans
M.S	Féminin	31ans	Célibataire	6 ans
B.H	Masculin	30 ans	Célibataire	7 ans
I.L	Masculin	29 ans	Célibataire	3 ans
B.S	Féminin	40ans	Mariée	11ans

Remarque : afin de respecter l'anonymat et le secret professionnel dans notre recherche, nous avons mentionné aue les initiales des médecins pour l'éthique de la recherche.

A partir de ce tableau ci-dessus nous constatons que notre groupe de recherche est constitué de 7 femmes dont 4 sont mariée et 3 sont célibataire, et 3 hommes dont 1 est marié et les 2 autre sont célibataires, leur Age varie de 28ans a 53ans.

5. Technique de recherche utilisée

Les outils que nous avons utilisés pour effectuer cette recherche sont ; l'entretien qui va nous permettre d'avoir un aperçu sur la qualité du vécu psychologique des médecins pendant la période du covid-19 ainsi la technique des échelles il s'agit de deux échelles, l'échelle de stress perçu qu'on a fait passer à nous sujet de recherche afin de savoir comment ils apercevaient le stress par la suite l'échelle du burnout qui nous permet de mesurer le degré du burnout.

5.1. L'entretien

L'entretien de recherche produit des informations exprimées directement par le sujet, il s'agit d'une narration reconstruite qui ne rend pas compte de l'expérience telle qu'elle s'est réellement déroulée, dans le détail, et à partir dans laquelle on peut essayer de dégager un modèle de compréhension, leur but étant de produire de la connaissance, ils ont de façon structurée incompatible avec un quelconque dispositif psychothérapeutique. (Proia-lelouey, 2012, p59).

Nous avons élaboré un guide d'entretien qui comporte de 27 questions dont 5 parle sur les donne personnelle de nous sujets.

L'objet de ce guide d'entretien est de découvrir l'autre côté de la personne et savoir est-ce que les médecins ont développé une résilience face à cette situation.

Ce guide d'entretien contient deux axes le premier axe étant «le développement des compétences » compose de 12 questions qui à pour objectif de récolter et d'apporter des informations qui nous aidera à savoir est-ce que ce vécu aura un impact positif permettant aux médecins de développer leurs compétences.

Le deuxième axe et pour « la confiance en soi » compte 10 question ayant pour but de savoir est-ce que ce vécu positif permet aux médecins de développé leur confiance en soi.

En conclusion l'objectif de ce guide d'entretien et de savoir est-ce que les médecins sont-ils résilients face à cette crise.

La durée de l'entretien entre 20 à 45 minutes on a remarqué que les sujets étaient très à l'aise et ouverts et les entretiens avec les médecins s'est déroulé dans des bonnes conditions,

Concernant nos deux autres outils de recherche notamment l'échelle de stress PSS et l'échelle du burnout MBI, je les ai remis juste après les entretiens en main propre, puis la semaine d'après j'ai récupérer.

5.2. La technique de l'échelle

5.2.1. Description de l'échelle de stress (PSS) de Cohen et Mermelstein (1983)

Cette échelle est composée de 10 items qui permettent de mesurer simplement et rapidement l'importance avec laquelle des situations de vie sont perçues comme menaçantes, c'est-à-dire non prévisible, incontrôlable et pénible et constituant de repères, elle permet d'annoncer une discussion sur le travail lors des visites médicales le travail.

Se cotant sur une échelle de 5 niveaux (jamais, presque jamais, parfois, assez souvent, souvent) se calculant de 1 à 5.

Pour calculer se score, il suffit d'ajouter les chiffres qui figurent au niveau de chaque réponse.

Score inférieur à 21 : c'est une personne qui **sait en gérer son stress**, qui sait s'adapter et pour laquelle il existe toujours des solutions.

Score compris entre 21 et 26 : c'est une personne qui **sait en général faire face au stress**, mais il existe un certain nombre de situations qu'elle ne sait pas gérer. Elle est parfois animée d'un sentiment d'impuissance qui entraîne des perturbations émotionnelles. Elle peut sortir de ce sentiment d'impuissance en apprenant des méthodes de stratégie de changement.

Score supérieur à 27 : la vie est **une menace perpétuelle** pour cette personne : elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que les subir. Ce fort sentiment d'impuissance lié à sa représentation de la vie peut la faire basculer dans la maladie. Un travail sur son schéma de pensée est souhaitable ainsi qu'un changement dans sa manière de réagir.

5.2.2. La description de l'échelle du burnout (MBI) de Maslach (1981)

Après de longues lectures, nous avons choisi d'utiliser l'échelle du (MBI) qui est spécialement établie pour mesurer le degré du burnout des professionnels de la santé atteints de ce syndrome. Les premières études sur le MBI ont été publiées en 1996 par Susan Jackson, Michael Leiter et Christina Maslach.

Cet outil de mesure se compose de 22 items, il est formé de trois sous échelles qui présentent les trois dimensions du syndrome de burnout qui sont :

L'épuisement émotionnel de 9 items, la dépersonnalisation de 5 items, le manque de l'accomplissement personnel de 8 items. Chaque item représente une facette de l'évaluation que le sujet peut faire de son travail.

L'inventaire MBI se présente sous la forme d'un tableau à deux colonnes et d'un entête. La colonne gauche comprend les différentes items de l'MBI, qui sont au nombre de 22 items. La colonne droite comprends les fréquences notamment (jamais, quelque fois par année au moins, une fois par mois au moins, quelque fois par mois, quelque fois par semaine, chaque jour), elle contient des chiffres allant de 0 à 6 (de jamais à chaque fois). A l'entête de la colonne gauche est citée la consigne de la manière suivante : «Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entoure le chiffre correspondant à votre réponse).

Les 22 items de l'échelle décrivent des états émotionnels répartis sur trois volets correspondant aux trois dimensions du syndrome du burnout à savoir :

Volet 1 : l'épuisement émotionnel qui est évalué à l'aide de 9 items (1.2.3.6.8.13.14.16.20) le degré de burnout concernant ce volet se cote de la manière suivante :

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieur à 30 = élevé

Volet 2 : la dépersonnalisation, elle est évaluée à l'aide de 5 items (5.10.11.15.22) le degré de burnout concernant de volet se cote de la manière suivantes :

Total inférieur à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

Volet 3 : le manque de l'accomplissement personnel évalué à l'aide de 8 items (4.7.9.12.17.18.19.21), le degré de burnout concernant ce dernier volet se cote de la façon suivante :

Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé

L'interprétation

Le degré du burnout est élevé lorsque, le score de l'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation sont élevés et le score de l'accomplissement personnel est faible, à savoir un total supérieur à 30 pour l'épuisement émotionnel, un total supérieur à 12 pour la dépersonnalisation et un total supérieur à 33 pour l'accomplissement personnel.

Un degré modéré du burnout indique un score modéré au trois sous échelle soit un total compris entre 18 à 29 pour l'épuisement émotionnel, un total compris entre 6 à 11 pour la dépersonnalisation un total compris entre 34 à 39 pour l'accomplissement personnel.

Un degré du burnout indique un score bas à l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation et un score élevé de l'accomplissement personnel c'est-à-dire un total inférieur à 17 pour l'accomplissement personnel, un totale inférieur à 5 pour la dépersonnalisation et un total supérieur à 40 pour l'accomplissement personnel.

6. Difficulté de la recherche

Comme dans toute recherche il est évident qu'un chercheur se trouve face à certaines difficultés c'était notre cas notamment dans la longueur de l'entretien ainsi que la charge de travail de médecin qui était un inconvénient par rapport à leur disponibilité, ainsi de mener une recherche sur ce genre de thématique, le risque et la peur d'entre contaminer par ce virus.

Chapitre V

Analyse, discussion et interprétation des résultats

Préambule

Nous consacrons ce chapitre à l’analyse des données collectés, nous nous appuyons sur les résultats des échelles et des entretiens dédiés aux médecins de l’hôpital Frantz Fanon. Nous allons donc, dans cette partie de notre travail, coordonner et organiser les différentes informations récoltés à travers les échelles et l’entretiens réaliser sur un échantillon de dix médecins infectiologue.

I. Présentation et analyse des résultats générale

Nous allons présenter puis analysez résultats de l’hypothèse générale qui stipule « La covid-19 a un impact sur le vécu des médecins ».

Pour l’analyse de cette hypothèse, nous l’avons subdivisé en deux hypothèses partielles.

1. Présentation des résultats relatifs à la première hypothèse partielle

Afin de tester la première hypothèse partielle qui stipule « l’impact de la covid-19 se limitera à des conséquence négatives (burnout, stress) ». Il faut rappeler que cette hypothèse contient deux variables (l’épuisement professionnel et le stress).

1.1. Analyser les résultats concernant l’épuisement professionnel :

Tableau N° 5: présentation des réponses concernant l’épuisement professionnel

Question	Jamais		Quelque fois par année		Une fois par année		quelque fois par mois		Une fois par semaine		Quelque fois par semaine		Chaque jour		X	S	rang
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%			
Q1	3	30	2	20	1	10	1	10	/	/	1	10	2	20	2.40	2.45	7
Q2	/	/	1	10	/	/	1	10	/	/	4	40	4	40	4.80	1.61	1
Q3	/	/	1	10	1	10	1	10	3	30	/	/	4	40	4.20	1.81	2
Q6	/	/	4	40	1	10	1	10	/	/	1	10	3	30	3.20	2.29	5

Q8	1	10	3	30	2	20	/	/	/	/	1	10	3	30	3.00	2.44	6	
Q13	2	20	2	20	/	/	1	10	/	/	5	50	/	/	3.00	2.66	6	
Q14	1	10	/	/	/	/	4	40	/	/	2	20	3	30	4.00	1.94	3	
Q16	1	10	2	20	2	20	/	/	/	/	1	10	4	40	3.50	2.25	4	
Q20	2	20	3	30	1	10	2	20	/	/	1	10	1	10	2.20	2.04	8	

Notre tableau ci-dessus représente le résultat de l'échelle de l'épuisement (MBI) qui se compose de 22 items.

Pour notre recherche on a choisi principalement les items (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) qui sont censé tester le niveau du burnout.

Une fois cette échelle est remplis par les médecins on a obtenu les résultant suivant :

On remarque les questions 2 et 3 démontre aue la plupart des médecins ont répondu qu'ils se sentent chaque jour à bout a la fin de leurs journées ainsi que fatigué avec un taux de 40% et une moyenne de 4.80.

La question 1 et 20 représente que la majorité des médecins se sent assez souvent vidé par leur travail avec un taux de 30% et se sentent parfois au bout de rouleau avec 20%.

Tableau N° 6 : représente le degre de burnout des médecins

Statistiques descriptives					
	N	Minimu m	Maximu m	Moyenn e	Ecart type
Burnout	10	11,00	48,00	30,3000	13,08986
N valide (liste)	10				

Ce tableau nous montre le degré du burnout des médecins pendant la période du Covid-19 avec un total supérieur à 30 qui désigne un burnout élevé. Donc notre hypothèse est confirmée.

1.2. Analyser les résultats concernant le stress

Tableau N° 7 : représente les réponses concernant stress

Question	Jamais		Presque jamais		Parfois		Assez souvent		Souvent		X	S	rang
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%			
Q1	1	10	/	/	6	60	2	20	1	10	3.20	1.03	5
Q2	1	10	4	40	4	40	1	10	/	/	2.50	0.84	7
Q3	/	/	/	/	7	70	1	10	2	20	3.50	0.84	2
Q4	1	10	1	10	3	30	4	40	1	10	3.30	1.15	4
Q5	/	/	1	10	4	40	4	40	1	10	3.50	0.84	2
Q6	2	20	3	30	4	40	1	10	/	/	2.40	0.96	8
Q7	/	/	2	20	3	30	4	40	1	10	3.40	0.96	3
Q8	/	/	/	/	3	30	6	60	1	10	3.80	0.63	1
Q9	/	/	2	20	5	50	3	30	/	/	3.10	0.73	6
Q10	2	20	3	30	4	40	1	10	/	/	2.40	0.96	8

Notre tableau ci-dessus représente le résultat du stress (SSP) qui se compose de 10 items avec la valeur suivante (jamais, presque jamais, parfois, assez souvent, souvent).

Dès que notre échelle était remplis par les médecins on a constaté que :

Les questions 8 et 5 ont un taux de 40% à 60%, ces médecins ne se sent pas confiant et les choses ne se déroule pas de leurs coté et aussi ils ne dominant pas leur situation de travail assez souvent avec une moyenne de 3.80.

Les questions 6 et 10 représentent la charge de travail et dont parfois ils ne peuvent pas assumer les choses qu'ils fassent avec un taux de 40% et une moyenne de 2.40

Tableau N° 8 : représente le degré du stress chez les médecins

Statistiques descriptives					
		Minimu	Maximu	Moyenn	Ecart type
N		m	m	e	
STRES	10	23,00	39,00	31,1000	4,79467
N valide (liste)	10				

Ce tableau c'est une conclusion sur le dépouillement des donner recueillie auprès des médecins et pour savoir leur degré de stress on va se référer à la cotation de l'échelle de stress de Cohen et Mermelstein.

Selon l'échelle de stress PSS :

Selon la cotation de Cohen et Mermelstein et les résultats obtenus au tableau statistique qui montre la moyenne de stress chez les médecins est de 31.10. Donc on constate que notre hypothèse est confirmée.

2. Présentation des résultats relatif à la deuxième hypothèse partielle :

Afin de tester la deuxième hypothèse partielle qui stipule «Les médecins ont développés une résilience pendant la crise sanitaire (confiance en soi, développement des compétence). Il faut rappeler que cette hypothèse contient deux variables (confiance en soi et développement des compétences).

2.1. Analyser les résultats concernant le développement des compétences

Le métier d'un médecin consiste toujours à développer ces compétences pour faire face à des différentes et une nouvelle situation qui se présente.

Dans notre entretien avec les médecins à propos de la covid-19, on a récolté des informations qui nous a permet de savoir est-ce que ces derniers sont vraiment résilient, ils ont développé des compétences durant cette pandémie.

Un médecin déclare : « Cette période a été vraiment formatrice de son intense », il ajoute : « de mon point de vu nous sommes sortis plus fort, soudée que jamais », et il considère cette situation liée au covid-19 comme une nouvelle formation de travail.

Lors de notre entretien on a constaté que les compétences acquises pendant cette période de covid-19 a enrichit leur profession en terme de l'organisation, la gestion des équipes, et créer un plan d'urgence efficace. On a remarqué aussi que ce connaissance nouvelles ont un impact positif sur leur carrière parce que c'est une nouvelle expérience que leur a permis d'acquérir des nouvelles compétences et enrichir leurs savoir-faire.

La plupart des médecins déclarent : « Cette situation nous a appris à travailler en luttant contre la peur, elle nous a appris comment travailler en équipe, comment gérer notre stress, et a connaître la véritable médecine ».

Tandis que la covid-19 c'est une nouvelle pathologie les médecins ont élaboré des nouvelle conduite thérapeutique dans la prise en charge des patients.

Le médecin ont déclaré que cette pandémie leur a appris comment gérer une crise sanitaire de sauver les malades avec les moyens de base, ils sont basculer un peu à tout tandis que la prise en charge de la covid-19 et multidisciplinaire.

2.2. Analyser les résultats concernant la confiance en soi

La confiance en soi c'est un sentiment que tout individu doit avoir parce que cette dernière qui va le mener à atteindre ses objectifs. La confiance en soi chez le médecin elle est nécessaire pour faire face à des différentes situations qu'il rencontre dans sa profession, comme le confirme le médecin A.N : « La confiance en soi permet de savoir se comporter et réagir devant n'importe quelle épidémie ».

D'après les résultats obtenus auprès des médecins on a remarqué que ces derniers ont une grande confiance en soi, comme ils affirment : « Quel plaisir de s'occuper des patients qui s'en sortent, de recevoir des vidéos d'eux une fois qu'ils ont repris le travail, quoi qu'il en soit »

Pour eux la confiance en soi c'est la clé du succès d'un médecin et grâce à cette dernière ils ont fait face à des différentes situations malgré le manque de moyens matériels et le manque d'effectifs les médecins foncent sans réfléchir devant cette maladie sachant qu'ils peuvent atteindre de ce virus mais pour eux sauver la vie de leur patient est le plus important ; le docteur B.M dit : « C'est un aspect particulier d'une maladie qui nécessite de la vigilance de la part de tous les médecins » ont su faire face à cette pandémie grâce à leur confiance en soi, leur optimisme, leur détermination et leur volonté d'aider les patients.

II. Discussion et interprétation des résultats

Dans ce chapitre nous allons discuter nos hypothèses pour répondre aux questionnements de la problématique. Afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses partielles que nous avons formulées précédemment. Notre objectif, est de déterminer et de décrire le vécu psychologique des médecins pendant la période de covid-19. Pour ce faire, nous avons énoncé deux hypothèses de recherche pour examiner dans un premier temps, le vécu psychologique des médecins durant la période de covid, dans un second temps, de savoir si les médecins ont développé une résilience face à cette crise sanitaire.

1. Discussion et interprétation des résultats de la première hypothèse :

H01 : L'impact de la covid-19 se limite à des conséquences négatives (le stress et le burnout).

À l'instar de la pandémie de la covid-19 a eu un retentissement important dans l'ensemble de la population, cet impact s'est avéré encore plus aiguë chez les médecins en raison de l'exposition répétée au risque infectieux.

La pandémie de la covid-19 à déferler sur les hôpitaux et ceux-ci ont dû s'adapter dans l'urgence. On sait qu'une crise sanitaire de cette ampleur peut générer des troubles psychiques touchant particulièrement les médecins. Cette pandémie est particulière par son caractère brutal et global, impactant les personnels dans leur sphère professionnelle mais aussi familiale et sociale.

La prise en charge de la pandémie a conduit à une réorganisation importante des outils de soins ambulatoires et hospitaliers, comme en ont attesté notamment les efforts pour augmenter le nombre de lits de soins intensifs et ouvrir des autres services de réanimation à cause de l'augmentation exponentielle des cas.

A cette période les médecins ont été soumis à la double contrainte d'un afflux massif de patients à traiter et de la réalisation en temps réel de cette adaptation de l'offre de soins

La pandémie est survenue un moment où l'hôpital vivait une crise sans précédent du fait d'une baisse de moyen matériel, organisationnel, humain et l'absence de traitement spécifique de l'infection. Le manque d'EPI et de matériel (respirateur lit de réanimation) surpasse les pires scénarios jamais envisagé avec l'afflux rapide et massif de patients qui est source de colère et d'épuisement.

Lorsque la demande de soins dépassait l'offre, les médecins sont confrontés à plusieurs facteurs de détresse : le stress lié à la recherche des ressources disponibles lorsqu'elles devenaient rares, voire le questionnaire éthique associé au fait de devoir choisir les patients en fonction de l'ordre d'arrivée ou du pronostic vital.

Les changements d'organisation, le déficit d'information ainsi que le manque d'équipements de protection ont été des facteurs d'insécurité majeur au début de l'épidémie qui causé un stress, ce stress touchait les catégories socio-professionnelles indépendamment de l'exposition au covid.

La conformation répétée à cette situation a engendré un vécu d'épuisement et de stress chez les médecins (P.Vignaud et N.Prieto, 2020, p10).

L'exposition a un nombre croissant de décès chez les malades hospitalisés, la douleur des familles privées des habituels moments de recueils et rituels autour du décès, l'accumulation des services et des missions ; de répercussions chez les professionnels de santé telle que la fatigue souvent plus proche de l'épuisement, le stress, le moral des soignants

mise à mal. La spécificité de la maladie tient aux nombres de décès mais également au caractère fulgurant de la pathologie, pouvant en quelques heures provoquer des tableaux cliniques extrêmement grave, défiant les repères des soignants Des troubles psychologiques sont observés (hyperémotivité, niveau d'épuisement élevé, insomnies), allant jusqu'au syndrome de stress post-traumatique.

Le travail des médecins comportant des facteurs intrinsèques favorisant l'émergence d'une tension psychique sur la situation sanitaire inédite liée à la covid-19 est venu bouleverser l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle qui a engendré un épuisement dans leur profession.

Le médecin font face à de nombreuses difficultés, comme l'exposition directe aux patients ayant une charge virale haute, l'exposition au risque de contamination, l'épuisement physique, la réorganisation des espèces de travail, l'adaptation à des organisations rigides de travail, la gestion de la pénurie du matériels, le nombre inhabituelle élevé de décès ; ces faits peuvent être perçu comme une limitation de la maîtrise médical renvoyant un ressenti d'épuisement et un prodromes de l'EDC sont l'insomnie, l'épuisement et les état de stress.

Les médecins ayant pris en charge des patients infectés avaient une prévalence augmentée l'épuisement professionnel, de détresse psychologique et de symptôme TSPT.

Selon d les données recueillis sur le terrain, et, après interprétation nous considérons que l'hypothèse 01 qui stipule « *l'impact de la covid-19 se limite à des conséquences négatives (le stress et le burnout)* » est confirmé.

Les résultats de l'hypothèse 01 sont confirmés par CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique, 2021) sur l'impact de la covid-19 sur le mental des médecins.

2. Discussion et interprétation des résultats de la deuxième hypothèse

H02 : Les médecins ont développé une résilience face à la crise sanitaire (développement des compétences et la confiance en soi).

À cette période de covid-19 on a observé que la plupart des médecins infectiologues ont développé des nouvelles compétences, et on a remarqué que certains évoluant dans un environnement nouveau, un plan matériel et technique, devant assimilé en un temps réduit une masse importante d'information et acquérir de nouvelles compétences techniques face à des situations grave. Cette nécessité d'acquisition rapide de compétences peut être à l'origine d'une altération du sentiment de maîtrise qui s'est révélé être un bon facteur de protection.

Il a fallu aussi former à la hâte de nouveau collègues venus en renfort des urgences ou des services conventionnels, parfois même réquisitionné dans des cliniques, pour aguerris au Savoir-faire une réanimation : les respirateurs, les sédations, les supports.

Chaque médecin dans ta carrière professionnelle fait face à des obstacles mais pour les dépasser il doit avoir confiance en soi, c'est le cas des médecins pendant cette pandémie (covid-19). La confiance implique à la fois une conviction personnelle et une relation à l'autre ou à quelque chose. Elle est produite le plus souvent par une expérience relationnel ou acquise naturellement en lien avec des valeurs partagées spontanées ou réfléchis.

Dans le contexte soignant, la confiance en soi induit l'assurance de la qualité des échanges protégés dans un espace dédié (espace virtuel, psychologique, physique). La confiance en soi dans le personnel médical conduit à une amélioration de la douleur, de la satisfaction et de la qualité de vie des patients, selon les résultats d'une étude publiée dans la revue médicale Plos One, cette confiance en soi une dynamique créatrice de lien, de sens pour anticiper, gérer, éviter une situation de crise, de confusion émotionnelle.

La confiance en soi concerne tous les secteurs de la société y compris le système de santé, pour Georg Simmel : «la confiance est cette énigme qui relie l'individu à la société ». Dans le monde de soins, le terme confiance évoque une multitude de possibles : confiance envers les hôpitaux, les techniques et les dispositifs médicaux, confiance autour de savoir-faire professionnelle et confiance envers des acteurs du soin, la confiance en soi chez le médecin, des thérapeutes, et le personnel soignant est une exigence clé lors du traitement des patients, elle est déjà posée comme un principe dans les directives éthiques et les codes

professionnels. Le point de vue que nous souhaitons développer ici qu'il n'y a pas de soins possibles sans confiance.

Selon les données recueillies sur le terrain, et après interprétation nous ne considérons que l'hypothèse 02 qui stipule : «*Les médecins ont développé une résilience face à la crise sanitaire (développement des compétences et la confiance en soi)*» est confirmé.

Les résultats de l'hypothèse 02 sont confirmés par CNBI (Centre National pour les informations biotechnologiques) mené sous (Jonathan Kerr, MD, 2007) sur les défis d'un médecin lors d'une crise sanitaire.

3. Discussion et interprétation des résultats de l'hypothèse générale :

HG : la covid-19 a un impact sur le vécu psychologique des médecins.

Les médecins constituent la ligne de front pour faire face à la pandémie de la covid-19, ce qui peut avoir un impact sur leur santé mentale.

En cette période, les médecins ont vécu des moments forts à cause de la propagation rapide de ce virus contamination qui se transmet d'une personne à une autre.

Face à cette pandémie les médecins travaillant avec des conditions peu favorable, d'abord dû au manque d'effectif, ce que les obligent à doubler l'effort, qui peut avoir des conséquences sur leur état psychique et morale que on a confirmé par les résultats de l'échelle MBI obtenant un score d'épuisement professionnel élevé. A cette période de la covid-19, les médecins se trouvent qui n'ont pas de moyens adéquats afin d'élaborer des diagnostics, un médecin avoue : « nous sommes en ce moment une véritable course contre le temps », avec l'augmentation des taux des personnes infectées par la covid-19 et chaque jour les médecins font face à la mort, tout cela à engendrer un stress professionnel chez eux.

D'un autre côté cette période de covid-19 a été bénéfique pour le médecin parce que elle leur a permis de travailler en équipe et en luttant contre la peur, que cette période sont obligés de former d'autres médecins pour mieux prendre soin des patients infectés et cette période leur a permis aussi de développer de nouvelles compétences pour faire face à ce virus, ces compétences leur ont permis de prendre conscience que pour une meilleure qualité de soins ils doivent pas se laisser submerger et abattre.

Malgré le travail peu favorable et le manque de moyens les médecins on gardait leur confiance en soi qu'ils leurs a permis de s'adapter et de garder toujours le même intérêt envers le malade et fournir une meilleure qualité de soins possible afin de sauver leur vie.

On constate ainsi la présence d'un épuisement professionnel un stress chez les médecins pendant cette période mais cela ne les a pas empêché de continuer de lutter contre cette pandémie, tous sa grâce à leur compétence et leurs confiance en soi, ils ont fait face à ce virus afin d'offrir une meilleure qualité de soin auprès de leurs patients.

Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons pu présenter le résultat de notre recherche, et tester la validité de nos hypothèses formulées, ensuite nous avons procédé à l'interprétation et la discussion des résultats.

Conclusion

Conclusion

La pandémie de la maladie à coronavirus (covid-19) a provoqué une crise sanitaire majeure et mis en quarantaine la moitié de la population planétaire. Cette crise a provoqué une réorganisation en urgence de l'offre de soins en mobilisant les soignants dans un climat d'incertitude.

Les caractéristiques de cette pandémie (rapidité de diffusion, connaissance incertaine, sévérité, mort des soignants) ont installé un climat de stress.

Les tâches des médecins peuvent être parfois source de stress et de dégradation physique ou psychique pour ces professionnels en raison de la lourde charge de travail. Certains soignants peuvent par conséquent être victime d'épuisement à cause du manque de moyens matériels et organisationnels et l'absence de traitement spécifique de l'infection et la crainte de contaminer un proche.

Le manque des facteurs organisationnels peuvent être une source de stress : déficit d'équipement de protection individuelle, manque de communication, manque du matériel de soins et bouleversement de la vie quotidienne familiale et la vie sociale.

Les médecins ayant pris en charge des patients atteints du covid-19 avaient une prévalence augmentée d'épuisement professionnel et de détresse et des symptômes de troubles de stress post-traumatique.

Tandis que cette période a été cruciale et il y a un manque d'effectif les médecins ont été obligés de former d'autres soignants pour faire face aux cas de covid-19 qui augmentent de jour en jour.

Cette période a enrichi le savoir-faire des médecins, leurs a permis aussi d'acquérir de nouvelles compétences afin d'être capable de lutter contre ce virus. Pour une bonne prise en charge, les médecins doivent être dotés d'une qualité qui est la confiance en soi car elle assure une bonne relation médecin-malade qui a un effet positif sur le bon déroulement du processus en charge.

Cette crise sanitaire devrait nous aider à mieux comprendre la vulnérabilité des médecins à la souffrance psychologique afin de renforcer les stratégies de prévention primaire et la formation aux enjeux psychologiques de soin, de la relation, et de la gestion des situations de crises sanitaires.

Conclusion

Nous espérons vivement qu'à partir de ce travail, nous avons pu mettre en lumière le vécu psychologique des médecins pendant la covid-19. Cependant, une étude de cas qu'on a effectué dans un seul service, les résultats que nous avons obtenus ne peuvent pas être généralisés.

Le sujet du vécu psychologique, est un sujet qui mérite d'être étudié et d'être mis en avant, c'est pour cela que nous allons présenter quelques thématiques que nous avons estimé nécessaire à étudier : la souffrance psychologique des médecins exerçant en infectiologie, les stratégies de coping de médecins exerçant en infectiologie, la qualité de la relation médecin-malade en service infectieux.

Liste bibliographie

Liste bibliographique

Ouvrage:

- Albert.E et Saunder.L, (2010), comment l'entreprise peut-elle agir face au stress de ses collaborateurs, Paris, France, Ed: D'organisation.
- Anaut.M, (2003), la résilience surmonter les traumatismes, Paris, France, Ed: Nathan.
- Blanchet.A et Gotman.A, (2007), l'entretien, Paris, France, Ed : Armand Colin.
- Bellenger.L, (2007), la confiance en soi avoir confiance pour donner confiance, Paris, France, Ed: ESF.
- Boudoukha.A-H, (2009), burnout et traumatisme psychologique, Paris, France, Ed : Dunod.
- Braquin.N et al, (2011), dictionnaire de philosophie, Paris, France, Ed: Armand colin.
- Bruchon-schweitzer.M et Bujut.E, (2014), psychologie de santé "concepts, méthodes et modèles", Paris, France, Ed: Dunod.
- Carangie.D, (2012), comment diminuer le stress et les soucis, Paris, France, Ed: Elanmarion.
- Carioui.P et Mauragnes.A, (2001), le syndrome de l'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse de burnout aux réponses, Paris, France, Ed: Masson.
- Chahraoui.KH et Bénony.H, (2003), méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique, Paris, France, Ed : Dunod.
- Delage.M et Cyrulnik.B, (2010), famille et résilience, Paris, France, Ed: Olid Jacob.
- Dejoux.C, (2013), gestion de compétences et gpec, Paris, France, Ed: Dunod.
- De Saint.P, (2004), estime de soi "confiance en soi, s'aimer, s'apprécier et croire en soi", paris, France, Ed: Dunod.
- Eroy.P, (1999), précis de développement des compétences "concilier, formation et organisation", Paris, France, Ed: liaison.
- Famery.S, (2015), avoir confiance en soi, Paris, France, Ed: Eyrolles.
- Fernandez et Pedinielli.J-C, (2015), l'observation clinique et l'étude de cas, Paris, France, Ed : Armand Colin.

Liste bibliographie

- Fillozat.I, (2005), fais toi confiance ou comment être à l'aise en toutes circonstance, Paris, France, Ed: JC lattes.
- Gollac.E et Volmef.S, (2000), condition de travail, Paris, France, Ed: la Découverte.
- Grawitz.M, (2001), méthodes des sciences sociales, Paris, France, Ed : Dalloz.
- Grebot.E, (2011), stress et burnout au travail "identifier, prévenir, guérir", Paris, France, Ed: Organisation.
- Grinschpoun.M-F, (2013), construire un projet de recherche pratique de terrain en sciences humaines, Paris, France, Ed: Armande Colin.
- Le Boterf.G, (2002), développer la compétence des professionnelles 2 eme éditions, Paris, France, Ed: Organisation.
- Le Botref.G, (2003), développer la compétence des professionnelles 4 eme éditions, Paris, France, Ed: Organisation.
- Le Boyer.L, (2001), la psychologie du travail, Paris, France, Ed: Organisation.
- Legeron.P, (2018), le stress au travail "un ange de santé", Paris, France, Ed: Odile Jacob.
- Leruse.L, (2004), le stress au travail "facteurs de risques évaluation et prévention", Paris, France, Ed: Dunod.
- Marbach.V, (1994), évaluer et rémunérer les compétences, Paris, France, Ed: organisation.
- Petit.A, (1993), gestion stratégique et opérationnel de ressources humaines, Montréal, Canada, Ed: Gaëtan Morin.
- Pfeiffer.S, (2010), gérer le stress au travail, Paris, France, Ed: Empreinte.
- Piarrat.B, (2012), le stress au travail "un coach a vous coté", Italie, Rome, Ed: Parat.
- Potoki.D, (1997), élément de sociologie de travail et de l'organisation, Paris, France, Ed: Economica.
- Proia-Lelouey.N, (2012), l'enquete en psychologie clinique, Paris, France, Ed : Presses.
- Riberio.C, (2005), le lien entre l'organisation du travail et le stress des travailleurs, Lausanne, Suisse, Ed: Rodniane.

Liste bibliographie

-Servant.D, (2004), gestion du stress et de l'anxiété, 3^{ème} Ed, Paris, France, Ed: Elsevier Masson.

-Servant.D, (2013), le stress au travail "prévention et prise en charge thérapie comportementale et cognitive", Paris, France, Ed: Elsevier.

Les these

-Amadiou.J-F, (2002), source et mesure du stress au travail "quelles nouvelles voie de recherche envisager?", université Paris1, Panthéon, Sorbonne.

-Chaval.N, (2005), le stress au travail "comment les DRH y font-il face dans leur entreprise?", mémoire MBA en management des ressources humaines, Université Paris Dauphine.

-Decam.L, (2012), de la névrose traumatique à l'état de stress post-traumatique, thèse à présenter pour l'obtention du doctorat en médecine, Université de Joseph Fourier, Grenoble.

-Dolan.S et Aresenault.A, (2009), stress, estime de soi, Santé, Travail, Ed: presses, l'Université de Québec.

-Guiol.P et Monus.J, (2006), Management des Entreprises et santé des salariés, université Rennes.

-Kandi.N, (20019), évaluation socio-économique du stress professionnel, thèse doctorat obtention, option sciences économiques de la santé et du développement durable, Université de Bejaia.

Dictionnaire

-Daron.R et Parot.F, (1991), dictionnaire de psychologie, Paris, France, Ed: Puf.

-Sillamy, (1998), dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris, France, Ed: Bordas.

-Sillamy, (1998), dictionnaire en psychologie, Larous, Paris, France.

-Vidal.L, (2020), dictionnaire VIDAL " l'intelligence médical au service des soins" 96eme édition, Paris, France, Ed: Vidal.

Liste bibliographie

Les Revu

-Blaize.A, (2021), journal des femmes, France.

-Ouzouhou.M, (2020), le journal le parisien, France.

-P.Vignaud et N.Prieto, (2020), Impact psychique de la pandémie de Cavid-19 sur les professionnels soignants, France.

- 2eme Colloque nationale, la pandémie de coronavirus covid-19 et santé mentale: du confinement au déconfinement, université de Bejaia.

Site internet

-[http://www.Forbes.fr/histoire des coronavirus-de1930-a-aujourd'hui/](http://www.Forbes.fr/histoire-des-coronavirus-de-1930-a-aujourd'hui/).

-[http://www.futura-science/ group madlen futura2021/coronavirus/covid-19.com/](http://www.futura-science.com/group/madlen-futura2021/coronavirus/covid-19.com/).

-[http://who.int/emergences/diseases/novel-oronavirus2019/how-is-it-transmitted](http://who.int/emergences/diseases/novel-coronavirus-2019/how-is-it-transmitted).

-[Http://www.whot.int>OMS>health-topics/coronavirus/](http://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/health-topics/coronavirus/)

Les Annexes

Annexe 01 : Entretien

Entretien dédié au médecin concernant la période du covid-19

Dans le but d'une recherche universitaire sur le vécu des médecins pendant la période de covid-19, on a élaboré cet entretien dans le cadre d'un mémoire de master 2 en : « psychologie de travail et d'organisation et GRH », sous le thème "**l'impact de la covid-19 sur les vécu psychologiques des médecins**".

Information personnelles :

Nom et prénom (les initiales) :

Sexe : Homme Femme

Age :

Année d'expérience :

Situation matrimoniale :

Axe I : le développement des compétences

1. Sur le plan pratique, êtes-vous sûr de vos capacités et de vos expertises ?
2. Cette compétence acquise durant cette situation enrichit-elle les fondamentaux de votre profession ?
3. Quelle sont vos capacités de répondre avec succès aux exigences d'une tâche ?
4. Cette crise vous a-t-elle influé négativement sur votre savoir-être ?
5. Ces connaissances nouvelles ont-elles un impact positif sur votre carrière ?

Les Annexes

6. Avez-vous profité pleinement de votre expérience pendant la période du covid-19 ?
7. Considérez-vous que cette situation liée au covid-19, comme une nouvelle formation de travail ? Si c'est oui comment ?
8. Cette expérience vous a-t-elle ouvert de nouvelles perspectives ? Si c'est oui comment ?
9. Comment la covid-19 vous a aidé à développer des compétences (savoir-faire)?
10. Quelle sont les compétences que vous avez développé pendant cette crise sanitaire ? (sur le plan professionnel et personnel)

11. Axe II : la confiance en soi

12. Qu'évoque le terme « confiance » pour vous ?
13. Selon vous la confiance en soi joue-t-elle un rôle dans votre profession ?
14. Cette situation a-t-elle influencé négativement votre côté psychologique ? Si c'est oui comment ?
15. Dans quelle circonstance ressentez-vous parfois un manque d'assurance ?
16. Si je vous propose une auto-évaluation sur une échelle de 1 à 10, noter votre confiance en vous dans cette situation
17. Essayez-vous de cacher délibérément aux autres les fautes que vous avez commises?
18. Pensez-vous que vos peurs sont des freins qui vous empêchent d'avancer dans votre profession?
19. Quelle sont les différents initiatives que vous preniez lorsque vous vous retrouvez face à des cas de covid ?
20. Avoir peur signifie –t-il que vous êtes conscients du danger ?

Les Annexes

21. Existe-il des éléments internes qui désavantagent votre travail durant cette période du covid-19 ?? (Ressources financières ou matérielles, ressources humaines ou personnels qualifiés, matériels obsolètes)
22. Quelle sont vos différents points forts qui vous ont permis de confronter cette crise sanitaire liée au covid-19 ?
23. Existe-il des opportunités à tirer de cette pandémie mondiale ?
24. Quelle sont les menaces (éléments externes) qui peuvent peser sur votre travail durant cette période ?
25. Comment avez-vous contribué à l'effort collectif exceptionnel ?
26. Quelles sont les moyens mis en places pour le traitement des situations d'urgence ?
27. Avez-vous contribué à l'élaboration du plan d'action pour lutter contre la covid-19 ? Si c'est oui ; quelles sont les actions correctives et les mesures préventives mise en places ?
28. Avez-vous des choses à rajouter ?

Les Annexes

Annexe 02 : échelle d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des	0	1	2	3	4	5	6

Les Annexes

problèmes de mes malades							
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6

Les Annexes

21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle de Maslach

EPUISEMENT PROFESSIONNEL

Questions 1.2.3.6.8.13.14.16.20

Degré de burnout

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieur à 30 = élevé

DEPERSONNALISATION

Questions 5.10.11.15.22

Degré de burnout

Total inférieur à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

Questions 4.7.9.12.17.18.19.21

Degré de burnout

Les Annexes

Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé

Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

*Si vous avez obtenu :

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière : vous sentez vous épuisé(e) professionnellement en ce moment

*Si vous avez obtenu :

Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière : vous êtes loin d'être épuisé(e).

Les Annexes

Annexe 03 : échelle de stress perçu

Il faut répondre le plus spontanément possible, cocher une seule réponse par question en indiquant la réponse qui paraît la plus proche de la réalité dans le choix proposé. Certaines questions sont proches mais il existe des différences entre elles.

Au cours du dernier mois, combien de fois	jamais	Presque jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent
1- Avez-vous été dérangé (e) par un événement entendu ?	1	2	3	4	5
2- Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie?	1	2	3	4	5
3- Vous êtes-vous senti (e) nerveux (se) ou stressé	1	2	3	4	5
4- Vous êtes-vous senti (e) confiant (e) à prendre en vos principaux problèmes personnels	1	2	3	4	5
5- Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez?	1	2	3	4	5
6- Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?	1	2	3	4	5
7- Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement?	1	2	3	4	5
8- Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	1	2	3	4	5
9- Vous êtes-vous senti (e) irrité (e) parce que les événements échappaient à votre contrôle?	1	2	3	4	5
10- Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler?	1	2	3	4	5

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle de PSS

Score inférieur à 21

C'est une personne qui **sait gérer son stress**, qui sait s'adapter et pour laquelle il existe toujours des solutions.

Score compris entre 21 et 26

C'est une personne qui **sait en général faire face au stress**, mais il existe un certain nombre de situations qu'elle ne sait pas gérer. Elle est parfois animée d'un sentiment d'impuissance qui entraîne des perturbations émotionnelles. Elle peut sortir de ce sentiment d'impuissance en apprenant des méthodes de stratégies de changement.

Les Annexes

Score supérieur à 27

La vie est **une menace perpétuelle** pour cette personne : elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que de les subir. Ce fort sentiment d'impuissance lié à sa représentation de la vie peut la faire basculer dans la maladie. Un travail sur son schéma de pensée est souhaitable ainsi qu'un changement dans sa manière de réagir.

Tables des matières

Table des matières

Remerciements

Dédicace

Sommaire

Liste d'abréviation

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction 1

Le cadre théorique

Chapitre I

Le Cadre générale de la problématique

1. Problématique	6
2. Les hypothèses	8
3. Définition des concepts clés	9
3.1. Covid-19	9
3.2. Coronavirus	9
3.3. Epidémie	9
3.4. Pandémie	9
3.5. Médecin infectiologue	9
3.6. Vécu psychologique	9
3.7. Stress professionnel	10
3.8. L'épuisement professionnel (burnout)	10
3.9. Le développement des compétences	10
3.10. Confiance en soi	10
3.11. La résilience	10
4. Raison de choix de thème	10
5. Objectif de l'étude	11

Table des matières

Chapitre II

Le coronavirus (sars-cov-2) ou (covid-19)

Préambule	13
1. L'historique des coronavirus	13
2. Origine de coronavirus ; COVID-19 (SARS-COV-2)	15
3. Définition du coronavirus et/ou COVID-19 (SARS-COV-2)	15
3.1. Les coronavirus	15
3.2. Covid-19	15
4. Comment la COVID-19 se propage-t-il entre les personnes	15
5. Les différentes contaminations du COVID-19	16
5.1. Contamination par l'air	16
5.2. Contamination par le contact	17
5.3. Contamination par les aliments	17
5.4. Contamination par les animaux	18
6. Comment se protéger du coronavirus	18
6.1. Le port du masque chirurgical, en tissu ou FF2	18
6.2. Les gestes à adopter	18
6.3. Augmenter la distance physique pour se protéger de la covid-19	18
7. Les symptômes de la COVID-19	19
7.1. Les symptômes identiques à ceux de la grippe	19
7.2. Des signes cardiovasculaires lors de la COVID-19	19
7.3. Des formes particulières chez les personnes âgées	20
7.4. Des formes graves moins fréquentes chez les enfants	20
7.5. Plus de risque, de complication pour certaine catégorie de personne	20
8. Que faire quand on souffre de la COVID-19	20
8.1. En cas de symptômes qui évoquent une COVID-19	20
8.2. En cas de pratique, que faire les personnes en contact avec un cas de covid-19	21

Table des matières

9.	COVID-19 et maladie chronique	22
9.1.	Que faire quand nous somme atteint d'une maladie chronique	22
9.2.	Que faire lorsque l'on souffre de rhumatisme inflammatoire chronique	22
9.3.	Que faire lorsque l'on souffre d'une maladie inflammatoire de l'intestin	22
10.	Le diagnostic de l'infection COVID-19	23
10.1.	En quoi consiste le test de dépistage virologique	23
10.2.	Le test virologique	24
10.3.	Le traitement en cours d'évaluation de la COVID-19	24
11.	Quelle efficacité et sécurité pour ces vaccins contre la COVID-19	25
12.	Le calendrier de vaccination contre la COVID-19	28
13.	La mise en place de la vaccination contre la COVID-19 en France	28
14.	La relation soignant-soigné ; une dynamique et des enjeux complexes	32
14.1.	La relation soignant – soigné ; des influences multiples	33
14.2.	Impact de la relation soignant – soigné pendant la période COVID-19	33
14.3.	Le cri d'alarme des médecins	35
15.	La mobilisation du personnel soignant des établissements de santé publics malgré des conditions de travail difficiles	36
	Synthèse	37
	Chapitre III: Le vécu psychologique des médecins	38
	Préambule	39
1.	Le vécu psychologique	39
1.1.	Définition du vécu psychologique	39
	Section A : l'impact négatif	40
I.	le stress professionnel	40
1.	Historique du stress au travail.....	40
2.	les définitions du stress professionnel.....	41
3.	les typologies du stress.....	41

Table des matières

3.1.	Le bon stress.....	41
3.2.	Le mauvais stress.....	42
3.3.	Le stress aigu.....	42
3.4.	Le stress chronique.....	42
4.	Les model théorique de mesure du stress professionnel.....	42
4.1.	Le modèle neurophysiologique du stress.....	42
4.2.	Le modèle interactionnistes du stress professionnel.....	45
4.3.	Le modèle transactionnel.....	47
5.	Les cause du stress.....	48
6.	Les conséquences du stress professionnel.....	50
6.1.	Les effets du stress sur l'individu.....	50
6.2.	Les effets du stress sur l'entreprise.....	52
7.	Les mécanismes psychologiques pour faire face au stress.....	53
7.1.	L'évaluation.....	53
7.2.	Le coping.....	54
	Synthés.....	56
II.	L'épuisement professionnel.....	56
1.	Historique de l'épuisement professionnel.....	56
2.	Définition de l'épuisement professionnel (burnout).....	57
3.	L'épuisement: un signal d'alarme dans notre psychisme.....	58
4.	Facteur d'épuisement.....	58
4.1.	Facteur sur les conditions de travail.....	58
4.2.	Facteur sur la vie privé et la famille.....	59

Table des matières

4.3.	Facteur sur la personnalité.....	60
4.4.	Facteur quand le corps ne collabore plus.....	60
5.	Les dimensions de l'épuisement professionnel.....	61
5.1.	L'épuisement émotionnel.....	61
5.2.	Dépersonnalisation ou désinvestissements.	61
5.3.	La réduction de sentiment d'accomplissement personnel et professionnel.....	61
6.	Les cause de l'épuisement.....	61
6.1.	Les variables professionnelle et organisationnelle.....	62
6.2.	Les variables inter et intra individuel.....	62
7.	Les manifestations et les conséquences de l'épuisement professionnel.	63
7.1.	Les troubles psychosomatiques.....	63
7.2.	Les troubles psychologiques.....	63
7.3.	Les trouble à risque.....	63
7.4.	Les attitudes de type défensif.....	63
7.5.	L'hyperactivité.....	64
8.	Les grands modèles de burnout.....	64
8.1.	Le model de Freuden et Berger.....	64
8.2.	Le model de Lhetniss.....	64
8.3.	Le model de Lauderdale.....	64
8.4.	Le model de Meier.....	64
8.5.	Le model de Maslanch et Leitier.....	65
8.6.	Le model de Feber.....	65
8.7.	Le model de Gil-Mnte.....	65

Table des matières

9.	Les prévention de l'épuisement professionnel.....	65
9.1.	Mesure organisationnelle.....	65
9.1.	Mesures individuelles.....	66
10.	Les plus grands professionnels comme une chance.....	66
11.	Le remède contre l'épuisement.....	67
12.	La différence entre stress et épuisement.....	68
12.1.	Le stress.....	68
12.2.	L'épuisement.....	68
	Synthèse.....	68
	Section B.....	68
1.	Résilience.....	68
1.1.	Définition de la résilience.....	68
I.	Développement de la compétence.	69
1.	Historique de la compétence.....	69
2.	Définition de la compétence.....	69
3.	Les type de la compétence.....	70
3.1.	La compétence globale.	70
3.2.	La compétence opérationnel.	71
3.3.	La compétence transversale.....	71
4.	Principe de la nation compétences.....	71
4.1.	Principe de l'apprentissage.	71
4.2.	Principe de l'action.	72
4.3.	Principe de renouvellement.	72

Table des matières

4.4.	Principe de reconnaissance.	72
5.	Les dimensions de la compétence.....	72
5.1.	La compétence individuelle.	72
5.2.	La compétence collective.	73
5.3.	La compétence organisationnelle.....	73
6.	Critères d'évaluation de la compétence.	73
6.1.	La performance.	73
6.2.	L'expérience.	73
6.3.	Le métier.....	74
6.4.	Le potentiel.....	74
7.	Méthode de repérage et conditions des compétences.	74
7.1.	L'approche par les connaissances professionnelles.	74
7.2.	L'approche par le potentiel estimé.	75
7.3.	L'approche par les savoir-faire opérationnel.	75
7.4.	L'approche par les démarches intellectuelles.	75
8.	Composantes de la compétence.	76
8.1.	Le savoir.	76
8.2.	Le savoir-faire.	76
8.3.	Le savoir être.	76
	Synthèse.....	77
II.	La confiance en soi.	78
	Préambule.	78
1.	La définition de la confiance en soi.	78

Table des matières

2.	Le développement de la confiance en soi.	78
3.	Les demandes sont les caractéristiques de la confiance en soi.	79
3.1.	La confiance de base.	80
3.2.	La confiance en sa propre personne.	80
3.3.	La confiance relationnelle.	81
3.4.	La confiance en ses compétences.	82
4.	Les origines du manque de confiance en soi.	86
5.	Les sept conditions pour un mental fort.	87
5.1.	Savoir relativiser.	87
5.2.	Se donner des vrais objectifs.	87
5.3.	S'ouvrir aux autres.	87
5.4.	Être combatif.	87
5.5.	Faire ce que l'on dit.	87
5.6.	Se faire une idée à soi.	88
5.7.	Se préparer.	88
	Synthèse.	88
	Chapitre IV: le cadre méthodologique de la recherche.	91
	Préambule.	92
1.	Présentation de l'organisme d'accueil.	92
2.	L'pré-enquête.	93
3.	La méthode utilisée.	94
4.	Échantillonnage.	95
5.	Les techniques de recherche.	96

Table des matières

5.1. Entretien.	96
5.2. La technique des échelles.	97
5.2.1. Description de l'échelle PSS.	97
5.2.2. Description de l'échelle MBI.	98
6. Difficulté de la recherche.	99
Synthèse.	99
Chapitre V: analyse, discussion et interprétation des résultats.	102
Préambule.	102
I. Présentation et analyse de résultat général.	102
1. Présentation des résultats de la première hypothèse partielle.	102
1.1. Analyse des résultats concernant l'épuisement professionnels.	102
1.2. Analyse des résultats concernant le stress.	104
2. Présentation des résultats de la deuxième hypothèse partielle.	106
2.1. Analyser le résultat concernant le développement de la compétence.	106
2.2. Analyser les résultats concernant la confiance en soi.	107
II. Discussion et interprétation des résultats.	107
1. Discussion et interprétation des résultats de la première hypothèse.	107
2. Discussion et interprétation des résultats de la deuxième hypothèse.	110
3. Description et interprétation des résultats de l'hypothèse Générale.	111
Synthèse.	112
Conclusion.	114
La liste bibliographique.	117
Annexe.	122

Table des matières

L'impact de la covid-19 sur le vécu psychologique des médecins

Résumé

Cette recherche a pour objectif de décrire l'impact de la covid-19 sur le vécu psychologique des médecins.

Il s'agit d'éclaircir l'impact positif et l'impact négatif de cette pandémie envers les médecins, pour cela on va étudier le stress, l'épuisement, la compétence, et la confiance en soi de ces derniers dans le cadre de l'exercice de leur métier.

Pour réaliser cette étude nous avons utilisé un entretien un échelle de stress et un échelle d'épuisement professionnel.

Cette recherche à révéler des vécus semblable auprès des médecins soit sur l'impact positif ou bien l'impact négatif.

Le résultat de l'échelle PSS en montrer un niveau de stress élevé chez les médecins on a obtenu aussi un niveau de burnout élevé auprès l'échelle MBI.

Dans notre questionnaire qui se base sur le développement de la compétence et la confiance en soi on a remarqué que le médecin pendant cette période ont acquis des nouvelles compétences et ils ont renforcé leur confiance en soi pour faire face assez virus.

Mots clés : Covid-19, impact positif, impact négatif, vécu psychologique, médecin, burnout, stress, résilience, confiance en soi, développement des compétences.

Abstract

This research aims to describe the impact of COVID-19 on the psychological experience of doctors.

It is a question of clarifying the positive impact and the negative impact of this pandemic towards the doctors, for that we will study the stress, the exhaustion, the competence, and the self-confidence of the latter in the context of the exercise of their profession.

To carry out this study we have used a stress scale and a ladder of professional exhaustion.

This research to reveal similar experiences with physicians either on the positive impact or the negative impact.

The result of the PSS scale show a high level of stress among doctors, a high burn out level has been obtained from the MBI scale.

In our questionnaire that is based on the development of competence and self-confidence, it has been noticed that the doctor during this period have acquired new skills and they have their confidence in itself to face virus enough.

Key words: COVID-19, positive impact, negative impact, psychological lived, doctor, Burnout, stress, resilience, self-confidence, skill development.