

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : *psychologie clinique*

Thème

**L'impact traumatique de la Covid 19
sur les soignants de la région de Bejaia**

Réalisé par :encadré par :

- ❖ *BAZIZ Fatima*
- ❖ *BOULAOUAD Lamia*

Mr. FERGANI.L

Année Universitaire : 2020/2021

Remerciements :

Nous tenons à remercier, tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail; A commencer par notre encadreur monsieur FERGANI, pour ses conseils, ses orientations, et sa disponibilité tout au long de ce travail. Et à Madame BENAMSILI, pour son aide, sa bienveillance, ses conseils et pour la documentation qu'elle nous a fourni.

A la psychologue BENMOUHOUB Nabila, et tous les soignants qui collaborés et nous ont fourni les informations nécessaires à notre recherche.

A vous tous, merci !

Dédicace :

Je souhaiterais dédier ce modeste travail à ma mère, mon père, mes frères, ma sœur et à ma belle-sœur, qui m'ont soutenu tout au long de ce travail et depuis toujours.

A monsieur SEBBAHI Aimad, notre psychologue superviseur, qui a été toujours à mes côtés par son aide et ses conseils, et à qui je souhaite un prompt rétablissement,

A mes collègues et mes amies.

A mon binôme, Lamia et son mari.

A mon encadrant Mr Fergani et à Mme Benamsili.

A toutes les personnes que j'aime pour ne pas citer les unes et oublier les autres.

Fatima

Dédicace

La dédication ne se fait qu'as nos chères

Donc

A mes chères couronnes mon père et ma mère qui m'ont apporté tous leur soutien.

A ma moitié chère mari qui était l'un des premières personnes qui m'ont encouragé et pousser a fin de continu mes études.

A mes sœurs les lumières de mes yeux (Dounia, Hanane et ma chère wissem).

A mes chères enfants (Anes, Marouane et ma princesse Sofia).

A tout les membres de ma belle famille.

A la fin je voudrais remercier une très belle personne que j'ai rencontré aujour de mes études qui ma beaucoup aidé et qui a tout donné pour ce travail (Fatima)

Lamia

Sommaire

Introduction	09
Problématique et hypothèses.....	12

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : LA COVID 19

Préambule.....	18
I-LA COVID 19.....	18
1. Historique de la maladie.....	18
2. Historique de la maladie en Algérie.....	20
3. La définition de la covid 19.....	21
4. Nom de la maladie.....	23
5. Signes cliniques.....	24
5.1. signes cliniques principaux :.....	24
5.2. Signes secondaires.....	24
6. Diagnostic différentiel.....	25
7- La prise en charge des cas de la COVID-19.....	30
7.1. Prise en charge de la COVID-19 bénigne : traitement symptomatique.....	30
7.2. Prise en charge de la COVID-19 modérée : traitement de la pneumonie...	31
7.3. Prise en charge de la COVID-19 sévère : traitement de la pneumonie sévère.....	32
7.4 Prise en charge de la COVID-19 avec état critique : syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA).....	32
8. le personnel médical.....	33
o Conclusion.....	35

CHAPITRE II : Le traumatisme psychique

Préambule.....	37
1- Bref historique sur le traumatisme psychique	37
2- définitions de quelques concepts clés.....	39
3- Les modèles théoriques du traumatisme psychique.....	40
4- Clinique du traumatisme psychique.....	52
5- Quelques techniques psychothérapeutiques du trauma.....	54
6- L'impact psychologique de la Covid19 sur les soignants	58
6- Conclusion.....	59

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	62
1-La méthode de la recherche.....	62
2-le lieu de stage	63
3-Le groupe de recherche	64
4- -L'outil de recherche	67
5-Stratégie de la recherche.....	69
Conclusion.....	72

CHAPITRE IV : Présentation, analyse et discussion des résultats

1- Présentations de données.....	74
2- l'analyse de données.....	82
3- Illustration clinique de deux cas.....	87
4- La discussion des hypothèses	92
Conclusion générale.....	101
Liste bibliographique :	
Annexes	

Liste des abréviations

2019-nCoV	2019 nouvel coronavirus
APA	Association Américaine de Psychiatrie
AS	Aide soignante
ASH	Agent de service hospitalier
CHU	Centre hospitaliers universitaires
Covid 19	Maladie à coronavirus 2019
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
EMDR	Eye movement desentization and reprocessing
EPH	Etablissement public hospitalier
EPSP	Etablissement public de santé de proximité
ESPT	Etat de Stress post-traumatique
L'ARN	Acide ribonucléique
MERS	Syndrome respiratoire de moyen-orient
NCP	Nouvel coronavirus pneumonia
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisme des Nations Unies
PCR	Réaction en chaine par polymérase
PH	Praticien hospitalier
PU	professeurs des universités
SARS	Deuxième coronavirus lié au syndrome respiratoire aigu sévère
SDRA	Syndrome respiratoire aigue
SPO2	Oxymétrie de pouls ou saturation pulsée en oxygène
TLT	Téléthorax
TRAUMAQ	Questionnaire d'Evaluation du Traumatisme
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale
WHO	World HealthOrganization

Liste des tableaux

Numéro Du tableau	Titre	Page
Tableau N°1	Diagnostic différentiel	26
Tableau N°2	Situation épidémiologique du 09 Avril 2021 en Algérie	29
Tableau N°3	Tableau des cas de la prés enquête	63
Tableau N°4	Tableau récapitulatif des cas de tout le groupe	64
Tableau N°5	Tableau récapitulatif des résultats du Traumaq pour tous les sujets du groupe	74
Tableau N°6	Tableau récapitulatif des résultats du Traumaq de tout le groupe	76
Tableau N°7	Tableau récapitulatif des résultats pour les praticiens au service Covid (groupe A)	77
Tableau N°8	Tableau récapitulatif des résultats du Traumaq pour les praticiens des urgences hospitalières (groupe B)	79
Tableau N°9	Tableau récapitulatif des résultats du Traumaq du groupe de médecins (groupe M)	80
Tableau N°10	Tableau récapitulatif des résultats du Traumaq du groupe d'infirmiers (groupe I)	81
Tableau N°11	Tableau récapitulatif des notes brutes converti en note étalonnée et le niveau d'intensité de tout le groupe.	93
Tableau N°12	Tableau explicatif des cinq niveaux d'intensité différents du traumatisme chez tout le groupe	94
Tableau N°13	Tableau comparatif des niveaux d'intensité des troubles psychotraumatiques entre le groupe A et le groupe B	94
Tableau N°14	Tableau comparatif entre infirmiers et les médecins	95

Liste des figures

Figure N°	Titre	Page
Figure N°1	l'étiologie de la névrose = Disposition par fixation +Événement accidentel (traumatique)	42
Figure N°2	le stress et le trauma.....	44
Figure N°3	graphique des résultats de tout le groupe.....	77
Figure N°4	graphique des résultats de service covid.....	78
Figure N°5	graphiques des résultats du groupe de soignants des urgences	79
Figure N°6	graphiques des résultats du groupe de médecins.....	80
Figure N°7	graphiques des résultats du groupe des infirmiers.....	81
Figure N°8	graphique du profil de Madame B.....	95

Introduction :

L'an 2020 restera gravé dans les mémoires et dans l'histoire de l'humanité, le coronavirus est apparu en chine avant qu'il se propage partout et fait basculer toute habitude, fragiliser l'économie et les structures sociales dans le monde entier. Un petit virus qui rentre dans le corps et provoque une symptomatologie qui s'aggrave après quelques jours et peut survenir la mort pour le contaminé. Les scientifiques ont doublé les efforts pour trouver une solution face à cet ennemi invisible, ça a pris du temps, on meurt par milliers et cela augmente tous les jours.

Cet événement nouveau, soudain et inconnu concerne tout le monde sans exception, l'idée qu'il existe partout et la peur d'être contaminé, et de mourir occupe toutes les pensées ; la mort est le seul sens donné pour ce virus, et c'est traumatisant par le fait qu'on est à la fois exposé et témoin de cet événement traumatique.

Le confinement est la solution pour faire face à la Covid, et la procédure unique trouvée mais ce n'était pas possible pour tout le monde comme les soignants, qui étaient et demeurent exposés en premières lignes. Prendre soin et prendre en charge des personnes qui présentent une menace pour leurs vies et la vie de leurs proches, fait d'eux victimes et témoins ; leur souffrance est doublée, sur quoi on en a parlé beaucoup et étudier pour prouver les conséquences psychologiques bien considérables de cette pandémie sur eux.

Notre recherche porte l'intitulé l'impact traumatique de la Covid19 sur les soignants de la région de Bejaia, pour une description clinique nous optons une méthode intégrative en utilisant le questionnaire Traumaq ce qui nous mène vers un terrain clinique entre les deux services Covid de l'« EPH Frantz Fanon de Bejaia » et de « EPH Ben Merrad Elmekki d'Amizour » et des urgences des polycliniques de Sidi Ahmed, Iheddaden et Kherata, ou nous avons cherché réponses à nos questions auprès des soignants, médecins et infirmiers, qui ont exercé pendant la pandémie.

Notre travail est devisé en deux parties, théorique et pratique, nous aborderons dans la partie théorique la covid19 comme premier chapitre, commençant par l'historique, la définition et l'épidémiologie et la symptomatologie de celle-là puis on passera au trauma dans le deuxième chapitre, qui portera sur un bref historique du trauma, les modèles explicatifs et quelques techniques de prise en charge utilisées.

Quant à la partie pratique elle est devisé en deux chapitres, le premier méthodologique, on présentera la procédure que nous avons suivi pour la réalisation de notre recherche ainsi à la confirmation de nos hypothèses, commençant par la méthode clinique descriptive, l'outil utilisé «Questionnaire Traumaq » en fonction du groupe de recherche et de ses critères d'inclusion et d'exclusion et la stratégie de cette recherche.

Le deuxième chapitre, il porte la présentation et l'analyse des résultats obtenus auprès de notre groupe de recherche ; puis des comparaisons entre des catégories, la première entre les services ou bien les lieux d'intervention, unités Covid et urgences, la deuxième entre médecins et infirmiers, finissant par une discussion de nos hypothèses.

Les réponses obtenues restent provisoires aux hypothèses émises et au questionnement de notre problématique, ainsi nous avons constaté la liaison entre les deux variables abordés dans la théorie.

Problématique et hypothèse

Problématique :

Le corps humain est un système qui se compose des organes, et chacun de ces organes coordonne avec un autre pour le fonctionnement de ce dernier ; dans cette structure existe des composantes qu'elles soient grandes, ou minutieuses si on parle des cellules qui forment le corps humain, celles-ci plus elles sont capitales, par leur existence et leurs rôles, ainsi elles deviennent parfois cibles face aux virus et aux infections attaquant le corps de l'extérieur et mettent en danger la sérénité et la vie de l'homme.

Les virus sont des agents biologiques et infectieux de très petites tailles, parasites obligatoires des cellules. Libres à l'extérieur d'une cellule, ils sont inertes et ont une structure propre appelée virion(ou particule virales). A l'intérieur d'une cellule, ils peuvent, à partir de leurs génomes, se multiplier, persister et parfois induire des perturbations responsables de maladies. Aussi, un virus est un micro-organisme qui infecte un organisme humain hôte. Les symptômes d'une infection virale sont similaires à ceux observés lors d'une infection bactérienne et peuvent comprendre une éruption cutanée, une toux, un écoulement nasal, de la fièvre et des douleurs musculaires. Les infections virales ne cèdent pas aux antibiotiques.

L'infection est un ensemble des conséquences pathologiques induites par la pénétration d'un agent pathogène dans un organisme, cela a commencé à Wuhan en Chine en novembre 2019, avec un homme de 55 ans qui a présenté des symptômes de fièvre et de détresse respiratoire, après on a passé à une dizaine de cas et puis rapidement ça a propagé partout dans le monde, ça a devenue une catastrophe dans la vie des humains, on parle d'une pandémie qui est la Covid 19.

L'organisation mondiale de la santé définit la Covid 19 comme suit : la Covid 19 est une maladie causée par un nouveau coronavirus découvert dans la ville de Wuhan en Chine. En effet l'OMS a été informée de plusieurs cas de pneumonie de cause inconnue dans cette région, le 31 décembre 2019.

Comme on vient de le citer en haut le premier cas est apparu en Chine, les statistiques du 9 avril 2021 confirment que le nouveau coronavirus a contaminé 1,5 million de

personnes à travers le monde et pour la même date le nombre total de cas confirmés en Algérie est à 118251 depuis le premier cas testé positif au SARS-CoV-2 le 25 février 2020, pour la région de Bejaia 8995 cas déclarés positifs au total selon les statistiques de la direction de la santé de la wilaya depuis le premier cas apparu le 17 mars 2020, et de 1004 décès.

La covid19, s'est propagée partout et rapidement, on a appris que ce « petit machin » (Mustapha Dahleb, cité par Bouatta) peut se loger partout sur nos mains, nos chaussures, nos vêtements et même sur les aliments qu'on achète ! Ça fait peur !, certaines personnes ont décidé de se confiner, d'autres non ; petit à petit tout les pays du monde ont exigé un couvre-feu, pour éviter tout contact social, tout le monde doit rester chez lui ; pour un mois, deux... et ça a duré plus, on ne sort pas, on ne va pas étudier, et on ne travaille pas ! Puis pour des raisons économiques, sociales et politiques le monde s'est retourné vers l'internet et les réseaux sociaux pour continuer les activités professionnelles ; le télétravail étaient la seule option qui reste pour se protéger, mais celui la ne peut être utilisé dans certains domaines !! Les soignants, les praticiens médicaux sont en première ligne au contact avec les patients et reçoivent chaque jours des cas, suspects et confirmés, leurs travail ne peut être effectué qu'avec ces malades.

Etre en danger en portant un virus ou bien être au contact directe avec celui qui le porte, les deux cas mettent la personne concernée dans un état d'instabilité émotionnelle et d'insécurité car ça touche à sa sérénité physique et psychique, ici on parle d'inattendu, un arrivant soudain, est donc traumatogène ; ce qui touche à notre corps, touche à notre vie, c'est la finitude, c'est une confrontation avec la mort qui est « irréprésentable », nous dit Freud.

Plusieurs études ont montré que depuis l'apparition et la propagation de la Covid19, on a eu des conséquences considérables sur la vie et la sérénité psychique des individus ; et puisque notre étude va aborder une population précise qui est les soignants, nous citons à titre d'exemple Florence Robin, une psychiatre française qui, à partir d'une observation clinique, nous a proposé quelques réflexions sur la souffrances de ses collègues pendant cette pandémie; aussi, MureilDerome, en

collaboration avec Emilie wargny, Nicole Fuchet nous citent les conséquences psychologiques de la crise Covid 19 sur les soignants « .. On retrouve chez les soignants beaucoup de symptômes de stress post traumatique (crises d'angoisse, reviviscences)... ». Beaucoup d'autres études similaires ont été faites mais des soins ont été proposés et apportés aux gens au moment de la pandémie aussi, en Algérie par exemple, nous avons des cellules d'écoute, ce sont des équipes de psychothérapeutes qui interviennent auprès de ceux qui demandent des prises en charge psychologiques, par des consultations téléphoniques ou bien par réseaux internet, on cite celle créée par la SARP.

En Algérie pendant la pandémie, plusieurs services médicaux ont été fermés et transformés en unités Covid, par manque d'espace et d'effectif, pour prendre en charge le nombre immense des patients ; avec une disponibilité des services d'urgences hospitalières aussi ; l'intervention des soignants diffère, et selon leurs témoignages les moyens offerts ne sont pas les mêmes, les services Covid ont plus bénéficiés que les autres.

Selon le grand dictionnaire de psychologie, le traumatisme psychique est défini comme étant : « un événement subi par un sujet qui en ressent une très vive atteinte affective et émotionnelle, mettant en jeu son équilibre psychologique et entraînant souvent une décompensation de type psychotique ou névrotique ou diverses somatisations ».

Par le biais de notre mémoire de fin d'étude, nous avons questionnés quelques soignants de la région de Bejaia, qui ont travaillé pendant la pandémie, au niveau des deux services disponibles en cette période là, les unités Covid et les urgences hospitalières.

Notre questionnement est comme suit :

- La Covid19 a-t-elle un impact traumatique sur les soignants de la région de Bejaia?

Donc face aux questionnements que nous avons émis dans la problématique de la recherche, nous proposons les hypothèses suivantes :

- Les soignants de la région de Bejaia qui ont travaillé pendant la pandémie présentent un traumatisme psychique.
- La Covid19 a un impact traumatique sur les soignants des urgences plus que les soignants des services Covid.
- La Covid19 a un impact traumatique plus élevé sur les infirmiers que les médecins.

L'objectif de la recherche :

L'objectif principal de notre modeste recherche est de décrire l'impact traumatique de la Covid 19 sur les soignants de la région de Bejaia et de faire une comparaison entre eux par catégories (profession, service de travail).

Opérationnalisation des concepts :

Covid19 : détresse respiratoire, fièvre, courbatures, maux de tête...

Impact traumatique : reviviscences et répétition, cauchemars, tristesse, perte d'énergie, évitement et peur, plaintes somatiques, colère ...

Soignants : médecins, infirmiers.

Partie théorique

Chapitre I

La Covid-19

Préambule

Les virus sont des agents infectieux, des petites taille, parasites des procaryotes et des eucaryotes. Pratiquement tous les être vivants sont les hôtes d'un ou plusieurs virus. Ces derniers peuvent détruire leur hôte ou au contraire persister chez lui pendant de longues périodes sans dommage apparent. Ils peuvent même apporter un nouveau caractère phénotypique à l'organisme infecté.

L'homme héberge de nombreux virus au sein de son organisme à l'état pathogène dont on ne connaît sans doute que les espèces les plus pathogènes c'est-à-dire une fois le virus entre en contact avec son hôte il engendre des pathologies allant d'une simple symptomatologie discrète (qui peut être bénigne dans la plus part des cas) vers des maladies graves .Pratiquement tous les ans un nouveau virus est décrit soit spécifiquement humain soit après contamination auprès des animaux hébergeant ces virus comme hôte intermédiaire . Ces infections virales peuvent survenir de manière chronique comme l'hépatite B ; subaiguë ou aigue tel la fièvre jaune et le nouveau virus émergent depuis 2019 qui a bouleversé l'économie mondial, et qui a affecté tout les domaines; le coronavirus; l'intitulé de notre mémoire.

I- Covid 19

1. Historique de la maladie

Le premier cas rapporté est un patient de **55 ans** tombé malade le **17 novembre 2019** en Chine. Un mois plus tard, quelques dizaines de cas sont recensés, incluant plusieurs personnes qui, travaillant au marché de gros de fruits de mer de Huanan, sont hospitalisées à l'hôpital de Wuhan dans la région du Hubei, pour pneumopathie. Personne ne sait encore si les humains se contaminent entre eux ou non, les malades ayant pu être contaminés par une source animale commune. À ce stade déjà, de nombreux observateurs soupçonnent les autorités chinoises d'avoir voulu étouffer la vérité, il aurait en effet été identifié depuis **2019** selon des documents chinois officiels.

Le **21 décembre**, un kit diagnostic ciblant vingt-deux germes pathogènes respiratoires (dix-huit virus et quatre bactéries) donnant un résultat négatif, les médecins réalisent qu'ils sont en présence d'un nouvel agent pathogène respiratoire.

Le **31 décembre 2019**, un pays tiers informe officiellement l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de la survenue de nombreux cas de cette pneumonie d'origine inconnue dans la ville de Wuhan.

Le **7 janvier 2020**, les autorités chinoises confirment qu'il s'agit bien d'un nouveau virus de la famille des coronavirus, baptisé temporairement « 2019-nCoV » et isolent un nouveau type de coronavirus : le SARS-CoV-2 (deuxième coronavirus lié au syndrome respiratoire aigu sévère).

Le coronavirus de Wuhan, désigné internationalement sous le terme « 2019 nouvel Coronavirus » abrégé 2019-nCov, parfois appelé « virus de la pneumonie du marché aux fruits de mer de Wuhan », est le coronavirus à l'origine de l'épidémie de « pneumonie de Wuhan », nom provisoire repris par l'Institut Pasteur. La Chine a annoncé la nommer provisoirement « pneumonie à nouveau coronavirus », lui donnant le sigle anglais officiel de NCP (pour nouvel coronavirus pneumonia).

Le **23 janvier**, l'OMS annonce que la maladie est transmissible entre humains. Dans la semaine qui suit, elle indique que les modes de transmission de la maladie sont probablement les mêmes que pour d'autres coronavirus. La Commission nationale de la santé de Chine annonce que le nouveau virus a une période d'incubation pouvant aller jusqu'à deux semaines, et surtout que la contagion est possible durant la période d'incubation. De ce fait, s'il ne fait pas l'objet d'une politique de détection systématique et précoce, il est susceptible de se répandre avec une croissance exponentielle. De ce fait, s'il ne fait pas l'objet d'une politique de détection systématique et précoce, il est susceptible de se répandre avec une croissance exponentielle.

Le **30 janvier**, l'OMS déclare que l'épidémie constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Certains évoquent la « maladie X », nom donné en 2018 par l'OMS à une maladie susceptible de causer un danger international.

Le 11 février, l'OMS nomme officiellement la maladie : « **maladie à coronavirus 2019 (Covid-19)** ». Le virus est lui nommé : « coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) ».

Le 11 mars, le directeur général de l'OMS qualifie la Covid-19 de pandémie, soulignant que c'est la première fois qu'une pandémie est causée par un coronavirus.

« Article détaillé : [Enquêtes sur l'origine de la Covid-19.](#) »

2. Historique de la maladie en Algérie

La pandémie de la Covid-19 est une crise sanitaire majeure provoquée par une maladie infectieuse émergente apparue fin 2019 en Chine continentale, la maladie à coronavirus 2019, dont l'agent pathogène est le SARS-CoV-2. Ce virus est à l'origine d'une pandémie, déclarée le 11 mars 2020 par l'Organisation mondiale de la santé. En Algérie, elle se propage à partir du 25 février 2020 lorsqu'un ressortissant italien est testé positif au SARS-CoV-2.

Le 25 février 2020, le ministre algérien de la santé, Abderrahmane Benbouzid, a annoncé au journal télévisé le premier cas de Covid-19. Un italien salarié d'Eni, originaire de Lombardie, l'un des zones les plus touchées en Italie arrivé le 18 février, dans la wilaya d'Ouargla, a été confirmé positif au SARS-CoV-2, les responsables de la base l'ont isolé pendant quatre jours pour un confinement pour ensuite le rapatrier en Italie par un vol spécial.

À partir du 1^{er} mars 2020, un foyer de contagion se forme dans la wilaya de Blida, seize membres d'une même famille ont été contaminés par le coronavirus lors d'une fête de mariage à la suite de contacts avec des ressortissants algériens en France (une femme de 53 ans et sa fille de 24 ans). Progressivement, l'épidémie se propage pour toucher toutes les wilayas et on commence à enregistrer des décès depuis le 12 mars pour qu'à la fin de mois-ci le total des décès atteigne 31 cas et 545 cas confirmés, Et voilà que nous intégrons le lot des pays à risque. Le confinement commence, des

recommandations sont émises par les autorités concernées, elles sont respectées par certains mais pas par tous.

Et on mois d'avril ça a augmenté énormément, la ou on enregistre jusqu'à 25 décès en 24 heures. Dans les mois qui ont suivis le nombre des cas confirmé et de décès ne cesse d'augmenter pour atteindre 113 000 cas confirmés dont 2 985 décès en mois de février 2021.

Le mois de mars 2021 le monde entier et l'Algérie en particulier à eu une deuxième vague avec des variantes nouvelles du coronavirus (B1.1.7 et B.1.525) dans plusieurs wilaya (ville d'Alger, Blida, Tébessa, Souk Ahras, In Salah, Ouargla...). Le gouvernement adopte des mesures dont le prolongement du confinement partiel à domicile à chaque fois pour 15 jours supplémentaires, ainsi que les horaires du couvre-feu ont été réaménagés pour les wilayas les plus touchés de minuit à 4h du matin.

Début juin 2021 l'Algérie franchit la barre des 130 361 des cas confirmés, et de 90 767 guérisons, et de 3 504 décès.

Au total jusqu'au mois de juin les nouvelles statistiques confirment 139 626 cas dont 3 716 décès depuis le début de la pandémie et on note qu'actuellement, depuis mai, l'Algérie est parmi les pays souffrants d'une troisième vague. (<http://WWW.covid19.sante.gov.dz>)

3. Définition de la Covid-19

Le Covid-19 est une maladie infectieuse causée par un nouveau coronavirus découvert dans la ville de Wuhan en Chine. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été informée de plusieurs cas de pneumonies de cause inconnue dans cette région, le 31 décembre 2019. (WHO-2019)

Le temps d'incubation, durée entre l'exposition au virus et la manifestation des premiers symptômes, est estimé entre 2 et 14 jours après un contact à risque. Pendant cette période le sujet peut être contagieux. En moyenne, la maladie se déclare entre le 3^e et 7^e jour.

Comme pour beaucoup de maladies infectieuses, les personnes âgées ou présentant des pathologies chroniques présentent un risque plus élevé de morbidité.

Selon l’OMS les cas de la COVID-19 sont comme suit :

- Les coronavirus forment une famille comptant un grand nombre de virus qui peuvent provoquer des maladies très diverses chez l’homme, allant du rhume banal au SRAS, et qui causent également un certain nombre de maladies chez l’animal.

Ce nouveau coronavirus est une souche particulière jamais encore identifiée chez l’homme. Et parmi ces cas on peut identifier :

A. Cas suspect de COVID-19

A. 1. Une personne qui remplit les critères cliniques ET épidémiologiques :

- **Critères cliniques:** Apparition soudaine de fièvre et de toux ; OU Apparition soudaine d’au moins trois des signes ou symptômes suivants : fièvre, toux, faiblesse, fatigue générale, céphalée, myalgie, mal de gorge, coryza, dyspnée, anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, altération de l’état mental.

- **Critères épidémiologiques:** Séjour ou travail dans une zone à haut risque de transmission du virus (établissements résidentiels clos, contextes humanitaires, tels que les camps ou centres d’accueil pour personnes déplacées) à tout moment au cours des 14 jours précédant l’apparition des symptômes ; OU Séjour ou voyage dans une zone de transmission communautaire à tout moment au cours des 14 jours précédant l’apparition des symptômes ; OU Travail dans le secteur des soins de santé, y compris dans les établissements de santé ou dans la communauté, à tout moment au cours des 14 jours précédant l’apparition des symptômes.

A.2. Un patient présentant une infection respiratoire aiguë sévère (IRAS – infection respiratoire aiguë en présence d’antécédents de fièvre ou d’une fièvre mesurée à ≥ 38 °C et de toux, apparue au cours des 10 derniers jours et nécessitant une hospitalisation).

B. Cas probable de COVID-19

B.1. Un patient qui remplit les critères cliniques ci-dessus et qui a été en contact avec un cas confirmé ou probable de COVID19 ou qui est relié sur le plan épidémiologique à un groupe de cas dans lequel il y a eu au moins un cas confirmé.

B.2. Un cas suspect pour lequel une imagerie thoracique révèle des observations indicatrices de la COVID-19.

B.3. Une personne atteinte d'anosmie (perte de l'odorat) ou d'agueusie (perte du goût) en l'absence de toute autre cause identifiée.

B.4. Un décès, sans autre explication, d'un adulte qui a présenté une détresse respiratoire avant le décès et qui a été en contact avec un cas probable ou confirmé de COVID-19 ou qui est relié sur le plan épidémiologique à un groupe de cas dans lequel il y a eu au moins un cas confirmé.

C. Cas confirmé de COVID-19

C.1. Une personne présentant une infection par le virus de la COVID-19 confirmée en laboratoire, quels que soient les signes et symptômes cliniques. Voir les orientations sur le dépistage en laboratoire des cas humains suspects de maladie à coronavirus (COVID-19) pour plus de précisions. « La surveillance de la santé publique dans le contexte de la COVID-19(WHO/2019) » [https :www.who.int](https://www.who.int)

4. Nom de la maladie**Dénomination par l'OMS**

Le 11 février 2020, l'OMS nomme officiellement la maladie dans plusieurs langues, dont la langue française, où le terme retenu est : « maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) ». La désignation COVID-19, donnée de façon identique à toutes les langues, est un mot valise formé par apocopation des termes du syntagme en langue anglaise (coronavirus disease 2019). L'organisation, dans la version du texte en langue française, emploie majoritairement l'acronyme au féminin : « La COVID-19 est la maladie infectieuse causée par le dernier coronavirus qui a été découvert. »

5. Signes cliniques

En **avril 2020**, les signes cliniques sont, selon le British Médical Journal, en fonction de leur fréquence :

5.1. signes cliniques principaux :

- la fièvre (sauf chez l'enfant) chez 77 % à 98 % des patients, qui peut parfois apparaître après la toux ;
- la toux, le plus souvent sèche, chez 57 % à 82 % des patients ;
- une anosmie (perte totale de l'odorat) chez 70 % à 86 % des patients. d'autres études ont obtenu des taux différents ;
- une agueusie (perte du goût) chez 54 % à 88 % des patients (d'autres études ont obtenu des taux différents);
- la dyspnée (gêne respiratoire) chez 18 % à 57 % des patients.

5.2. Signes secondaires :

- la fatigue chez 29 % à 69 % des patients ;
- une perte d'appétit chez 40 % des patients ;
- des crachats chez 26 % à 33 % des patients
- les douleurs musculaires chez 11 % à 44 % des patients ;
- des maux de gorge chez 5 % à 17 % des patients.

D'autres signes cliniques ont été peu à peu rapportés :

- Des symptômes dermatologiques dans 20 % des cas (exanthème, ou, plus rarement taches noires sur la peau, noircissement de la peau ou pseudo-engelures). Selon le Massachusetts General Hospital à Boston, le syndrome dit « orteil covid » pourrait persister à long terme chez certains patients, bien que le lien entre ce syndrome et la covid-19 ne soit pas formellement établi.
- Des symptômes oculaires. Lors des pandémies de SRAS de 2002-2004 puis de Mers (2012), quelques études avaient détecté le virus dans les larmes de patients, et un autre non (dans le cas du SRAS), mais des signes et symptômes oculaires ont été rétrospectivement retrouvés. Ainsi, une première étude (février 2020) notait une « congestion conjonctivale » chez certains malades. Une autre étude parmi 38 patients chinois hospitalisés pour Covid-19 dans le Hubei du 9 au 15 février 2020, 28 (soit 73,7 %) ont été testés positifs et 12 (soit 31,6 % ; environ un tiers) ont manifesté des troubles oculaires associés à une conjonctivite (dont hyperémie conjonctivale, chémosis, épiphora ou sécrétions anormalement abondantes). Ces troubles sont plus marqués chez ceux qui ont été les plus gravement malades. <https://apps.who.int>

6. Diagnostic différentiel

L'utilisation d'un kit permettant de détecter plusieurs agents pathogènes responsables des maladies respiratoires a révélé un taux élevé d'infections par le virus de la grippe, représentant 28,5 % de tous les cas suspects d'infection par le SARS-CoV-2.

Tableau N°1 Diagnostic différentiel

Clinique	Examens
Syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS)	
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contact avec une personne atteinte de la Covid-19 ou absence de voyage dans une région à risque. • Les symptômes gastro-intestinaux et les symptômes des voies respiratoires supérieures semblent être moins fréquents pour la Covid-19. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réaction en chaîne par polymérase, après transcription inverse (RT-PCR) positive à l'ARN viral du MERS-CoV.
Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	
<ul style="list-style-type: none"> • Plus aucun cas depuis 2004. • Absence de contact avec une personne atteinte de la Covid-19 ou absence de voyage dans une région à risque. • Les symptômes gastro-intestinaux et les symptômes des voies respiratoires supérieures semblent être moins fréquents pour la Covid-19. 	<ul style="list-style-type: none"> • RT-PCR positive à l'ARN viral • du SARS-CoV.

Grippe	
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contact avec une personne atteinte de la Covid-19 ou absence de voyage dans une région à risque. • Pas de différenciation clinique entre la Covid-19 et la grippe. 	<ul style="list-style-type: none"> • RT-PCR positive à l'ARN viral du virus de la grippe A (Alphainfluenzavirus) ou celui de la grippe B (Betainfluenzavirus).
Pneumonie communautaire	
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contact avec une personne atteinte de la Covid-19 ou absence de voyage dans une région à risque. • Pas de différenciation clinique entre la Covid-19 et les infections des voies respiratoires d'origine communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Test sanguin ou sur crachats de positive pour l'organisme responsable par PCR ou culture.
Rhume	
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contact avec une personne atteinte de la Covid-19 ou absence de voyage dans une région à risque. • Pas de différenciation clinique entre la Covid-19 et les infections des voies respiratoires d'origine communautaire. • Écoulement nasal et mal de gorge plus fréquent dans le rhume. 	<ul style="list-style-type: none"> • RT-PCR : positive pour le virus causal ou négative pour l'ARN viral du SARS-CoV-2.

Grippe aviaire à H7N9	
<ul style="list-style-type: none"> • Maladie endémique en Chine. • Malade suspect vivant dans les régions où cette maladie est endémique. • Contact avec des oiseaux infectés. 	<ul style="list-style-type: none"> • RT-PCR : positive pour l'ARN du H7.
Grippe aviaire à H5N1	
<ul style="list-style-type: none"> • Malade suspect vivant dans les régions où cette maladie est endémique. • Contact avec des oiseaux infectés. 	<ul style="list-style-type: none"> • RT-PCR : positive pour l'ARN du H5-N1.
Autres infections pulmonaires virales ou bactériennes	
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contact avec une personne atteinte de la Covid-19 ou absence de voyage dans une région à risque. • Pas de différenciation clinique entre la Covid-19 et les infections des voies respiratoires d'origine communautaire. • Penser à l'adénovirus ou au mycoplasme pour les sujets vivants en groupe (par exemple école ou camps militaires). 	<ul style="list-style-type: none"> • Test sanguin ou sur crachats de positive pour l'organisme responsable par PCR ou culture.

Tuberculose pulmonaire	
<ul style="list-style-type: none"> • Personne vivant en zone d'endémisme, en particulier chez les patients immunodéprimés. • L'histoire clinique est généralement plus longue. • La présence de sueurs nocturnes et de perte de poids sont des éléments cliniques très discriminants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opacités fibronodulaires dans les lobes supérieurs avec ou sans cavitation à la radiographie pulmonaire. • Bactéries acido-résistantes, sur culture ou à l'examen direct de crachat. • Tests moléculaires : positifs pour Mycoplasmatuberculosis.

Tableau N°2: SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU 09 AVRIL 2021 EN ALGERIE

Item		Nombre
Nombre total de cas de COVID-19 confirmés en Algérie		118 251
Nombre de cas de COVID-19 confirmés dans les précédentes 24 heures		135
Nombre de wilayas ayant notifié pendant les dernières 24 heures	0 nouveau cas de COVID-19	20
	Entre 1 et 9 nouveaux cas de COVID-19	25
	10 ou plus nouveaux cas de COVID-19	3
Nombre total de patients guéris du COVID-19 en Algérie		82 392
Nombre de patients guéris du COVID-19 dans les précédentes 24 heures		103
Nombre de nouvelles hospitalisations dans les services dédiés à la COVID-19 dans les précédentes 24 heures		ND

Nombre total de patients hospitalisés en soins intensifs (sous assistance respiratoire) pour cas de COVID-19		19
Nombre total de décès par COVID-19 en Algérie		3122
Nombre de décès par COVID-19 dans les précédentes 24 heures		4
Taux de létalité		2,64
Taux de mortalité (pour 100 000 habitants)		7,11
Nombre de cas de variants détectés en Algérie	Variant B.1.1.7	58
	Variant B.1.525	98

<https://www.who.int>

7-La prise en charge des cas de la COVID-19

7.1. Prise en charge de la COVID-19 bénigne : traitement symptomatique

Les patients atteints d'une forme bénigne de la maladie peuvent consulter aux urgences ou dans un service de soins primaires/consultations externes ou être identifiés lors d'actions de proximité, notamment au cours de visites à domicile ou par télé-médecine.

- Il est recommandé de placer en isolement les cas présumés ou confirmés de COVID-19 bénigne pour contenir la transmission du virus, conformément au parcours de soins COVID-19 établi. Ces patients peuvent être isolés dans un établissement de soins ou un équipement collectif désigné pour la COVID-19 ou encore à domicile (auto-isolement).
- Il est recommandé d'administrer un traitement symptomatique aux patients atteints de COVID-19 bénigne, par exemple des antipyrétiques en cas de fièvre et de douleur, associé à une alimentation adaptée et une réhydratation adéquate.
- Fournir aux patients qui présentent une COVID-19 bénigne des conseils sur les signes et les symptômes de complications justifiant des soins d'urgence.

7.2. Prise en charge de la COVID-19 modérée : traitement de la pneumonie

- Les patients atteints d'une forme modérée de la maladie peuvent consulter aux urgences ou dans un service de soins primaires/consultations externes ou être identifiés lors d'actions de proximité, notamment au cours de visites à domicile ou par télémédecine. Pour connaître la définition de la pneumonie

Il est recommandé de placer en isolement les cas présumés ou confirmés de COVID-19 modérée (pneumonie) pour contenir la transmission du virus. Les patients présentant une forme modérée de la maladie peuvent ne pas nécessiter d'interventions d'urgence ou d'hospitalisation. L'isolement reste cependant nécessaire pour tous les cas présumés ou confirmés.

- Le lieu d'isolement dépend du parcours de soins COVID-19 établi : dans un établissement de santé, un équipement collectif ou au domicile.

- Le choix du lieu doit être pris au cas par cas, et il dépendra de la présentation clinique, du besoin de soins de soutien, des facteurs de risque potentiels de maladie sévère et des conditions de vie à domicile, notamment la présence de personnes vulnérables au sein du foyer.

- Les patients fortement susceptibles de se dégrader doivent de préférence être isolés en milieu hospitalier.

- Il est recommandé de surveiller étroitement les patients atteints de COVID-19 modérée afin de détecter tout signe ou symptôme d'évolution de la maladie. Des mécanismes de suivi étroit doivent être prévus et permettre l'intensification des soins médicaux si cela s'avère nécessaire.

7.3. Prise en charge de la COVID-19 sévère : traitement de la pneumonie sévère

- Tous les espaces où peuvent être soignés des patients sévèrement atteints doivent être équipés d'oxymètres de pouls, de systèmes fonctionnels d'approvisionnement en oxygène et de dispositifs jetables et à usage unique d'administration d'oxygène (canules nasales, masque avec système de Venturi et masque avec réservoir).
- Il est recommandé d'administrer immédiatement d'une supplémentation en oxygène à tout patient qui présente des signes d'urgence et à tout patient exempt de signes d'urgence dont la SpO₂ est < 90 %.
- Assurer un suivi étroit des patients pour détecter les signes de dégradation de l'état clinique, notamment une insuffisance respiratoire d'évolution rapide et un état de choc, et prodiguer immédiatement les soins de soutien nécessaires.
- Administrer les solutions de remplissage avec précaution aux patients atteints de COVID-19 sans hypoperfusion tissulaire qui ne répondent pas au remplissage vasculaire.

7.4 Prise en charge de la COVID-19 avec état critique : syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

- Chez les patients hospitalisés en état critique, la mortalité varie considérablement dans différentes séries de cas examinées pendant la pandémie. Les recommandations suivantes reprennent les normes internationales actuelles pour la prise en charge du SDRA, quelle qu'en soit la cause. «WHO/ 2020. Prise en charge clinique de la COVID-19».

Cet agent pathogène a laissé des dégâts matériels et humains notamment psychologiques. Et les premiers qui ont été touchés et qui ont fait face à ce virus en entrant en contact direct avec lui surtout dans les premiers moments quand le virus était encore inconnu sur le plan clinique et surtout mode de prévention sont les praticiens médicaux.

8 .Le personnel médical

Dans les hôpitaux publics on trouve différentes catégories de médecins. Médecin s'entend ici dans le sens de docteur, c'est-à-dire titulaire d'un doctorat. De ce fait, l'expression personnel médical regroupe les médecins proprement dit, mais aussi les biologistes, les orthodontistes et les pharmaciens, tous docteurs. Si la plupart sont salariés par l'hôpital, d'autres sont des libéraux venant exercer une activité à temps partiel.

Parmi les médecins qui exercent à l'hôpital, certains sont encore en formation : les internes, qui apprennent le métier pendant leur internat, (avec changement de service ou d'hôpital tous les six mois), et les chefs de clinique, qui peaufinent leur formation en effectuant leur clinicat dans le même service pendant un à trois ans. A la fin de leur internat ou de leur clinicat, certains d'entre eux iront s'installer dans le privé, d'autres resteront à l'hôpital.

On trouve également dans les CHU des médecins qui ont aussi une fonction d'enseignants : ce sont les professeurs, que l'on appelle actuellement PU-PH (Professeur des Universités-Praticien Hospitalier).

Certains médecins hospitaliers travaillent à temps plein et d'autres à temps partiel.

Personnel soignant

Ce terme (on parle également de personnel paramédical) désigne, à l'hôpital comme en clinique, l'ensemble du personnel salarié non médical qui soigne les patients, autrement dit avant tout les infirmières (IDE) et les aides-soignantes (AS). On note une proportion d'hommes de plus en plus importante dans ces deux fonctions traditionnellement plutôt féminisées.

Les IDE et les AS sont chapeautés par un personnel d'encadrement (le cadre a pris la succession de l'ancien surveillant, terme aujourd'hui désuet). Les cadres sont en général d'anciens soignants, mais abandonnent le soin pour l'encadrement.

Mais il existe nombre d'autres paramédicaux, dans les services de soins, comme les psychologues, les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, les auxiliaires de

puériculture en pédiatrie, et dans les services dits médico-techniques, comme l'imagerie médicale, qui emploie des manipulateurs radio (ce sont eux qui, en pratique, réalisent la plupart des radios, le médecin se contentant de l'interprétation), ou le laboratoire qui fonctionne avec des laborant(e)s, qui réalisent notamment les prélèvements sanguins.

La particularité de ces professions paramédicales est que l'on ne peut les exercer qu'avec un diplôme, chaque fonction ayant son propre diplôme. En droit du travail, on sait que la rémunération dépend de la fonction exercée, quelque soit le diplôme ; à l'hôpital, c'est le même principe qui s'applique, si ce n'est que chacun occupant la fonction pour laquelle il est diplômé, cela revient dire que le salaire dépend en réalité du diplôme.

Sages-femmes

Cette fonction a pendant très longtemps été remplie exclusivement par des femmes, mais elle se masculinise très progressivement. Les hommes qui exercent ce beau métier sont appelés maïeuticiens (la maïeutique, chez les anciens Grecs, désignait l'accouchement ; la mère de Socrate était maïeuticienne).

Elles ont un statut particulier, ni personnel soignant (elles détestent qu'on les intitule ainsi), ni vraiment personnel médical, bien qu'elles exercent quasiment le même métier, en pratique, que les obstétriciens (ce sont elles qui assurent la plupart des accouchements).

Autres catégories de personnel

Les services hospitaliers ne pourraient pas fonctionner sans un grand nombre d'autres professionnels, comme les ASH (Agent de Service Hospitalier), les secrétaires médicales, les assistantes sociales, les standardistes, les brancardiers, les ouvriers des services techniques, et, bien entendu, le personnel administratif. J'en oublie probablement.

Tout ce petit monde se trouve astreint au secret médical.

«Article publié le 29 décembre 2014 DocThom»

Conclusion :

Le coronavirus est un virus microscopique qui se transmet par vois respiratoire ayant débuté dans une province chinoise et qui s'est propagé par la suite au monde entier définissant la pandémie actuelle donnant des dégâts humains au premier plan, économique au deuxième plan et autres. Les conséquences psychologiques étaient aussi considérables, pour cela nous aborderons dans le chapitre à suivre le traumatisme psychique comme cette pandémie était et demeure un événement inattendu et qui reste inconnu jusqu'au jour d'aujourd'hui, et donc traumatogène.

Chapitre II

Le traumatisme psychique

Préambule :

La vie humaine est une interaction, celle entre les individus, entre les groupes de personnes, entre un individu et un groupe...Etc. chaque personne influence avec un certain degré son entourage, son environnement et vice-versa. Toute interaction peut aller dans un sens positif ou bien négatif.

La violence, la perte d'un être cher, les accidents, les catastrophes naturelles et autres évènements arrivants soudainement à une personne, à un groupe, doivent y avoir un impact et une trace sur la psyché en laissant des séquelles. C'est ce qu'on appelle traumatisme psychique ou trauma.

Dans ce chapitre, commençant par un bref historique, nous allons présenter quelques mots clés relatifs au trauma, tout en s'intéressant aux approches explicatives du traumatisme psychique et à la fin nous allons parler sur deux modèles thérapeutiques les plus récents, à savoir l'EMDR et les EFT.

1- Bref historique sur le traumatisme psychique :

Remontant à l'antiquité, la trace du trauma est retrouvée dans les récits légendaires, et historiques qui sont rapportés dans différents travaux tels qu'Hérodote, le fit pour le choc d'Epislos à la perception de sa mort (490 av. JC) ; ou encore Hippocrate qui lui mentionne des rêves au contenu traumatique dans son traité des songes, caractéristique retrouvée quelques siècles plus tard dans le *De morborum Curatione* de Lucrèce (100-55 av JC) (Barrois 1998)

En 1888, le psychiatre allemand Herman Oppenheim introduit le concept « traumatisme psychique » dans la psychopathologie dans son ouvrage « les névroses traumatiques » illustré 42 cas de névrose à des accidents de chemin de travail ou des accidents de chemins de fer. Ainsi, il a créé des tableaux cliniques de l'autonomie nosologique en créant l'entité diagnostique « névrose traumatique » caractérisée par les souvenirs obsédants de l'accident, les troubles de sommeil, des cauchemars de reviviscences, les phobies électives ainsi qu'une certaine labilité émotionnelle. Oppenheim demeure aujourd'hui une référence dans l'histoire (Crocq 2007)

Quelques années plus tard Kraepelin décrit « une névrose d'effroi » qui ressemble à notre névrose traumatique, Kraepelin mettait en avant l'état psychique de l'individu au moment de l'évènement et insistait sur le fait qu'il n'était pas nécessaire d'avoir été dans l'accident mais qu'il pouvait suffire d'en avoir été le spectateur. Dans ses « leçons du mardi » Charcot présente beaucoup d'observations d'hystérie traumatiques, comme il les appelle. Il affirme que l'hystérie masculine est toujours d'origine traumatique. Mais dans la première moitié du XXe siècle ce sont les psychanalystes qui vont faire avancer la clinique et la compréhension des névroses traumatiques ; Abraham et Ferenczi pendant la 1ère Guerre Mondiale, Freud entre les deux guerres. Les deux premiers auteurs cités mettent en lumière l'atteinte narcissique réalisée par le traumatisme, Ferenczi parlant plus précisément de la « fin de l'illusion d'immortalité ». Freud utilise une métaphore économique pour figurer ce qu'il appelle l'«effraction traumatique». Notons que c'est à partir de la névrose traumatique qu'il a remanié sa théorie des pulsions, proposant la dualité: pulsion de vie/pulsion de mort. Immergé dans la culture américaine, Ferenczi refuse la notion de pulsion de mort, mais pose une description très argumentée et très détaillée des désordres que le traumatisme provoque dans l'appareil psychique.

Dans les décennies de l'après-guerre, les psychiatres qui ont continué à s'intéresser à la névrose traumatique ont tiré des travaux des psychanalystes et de leurs prédécesseurs une description clinique de l'affection bien articulée et complète. Ça a été le cas des psychiatres militaires français : citons le livre de Juillet et Moutin, l'article princeps de Crocquet un peu plus tard le livre de Barrois.

Dix ans après la guerre du Viêtnam, les Américains vont reprendre la question à leur manière en créant une entité appelée «Post-Traumatic Stress Disorder». La notion de stress est venue chez eux remplacer celle de névrose. Le traumatisme est devenu un stress ayant certaines particularités et la clinique de l'affection est singulièrement appauvrie. La diffusion de ce modèle américain est telle qu'il est aujourd'hui difficile d'y résister. (Lebigot, 2006).

2- définitions de quelques concepts clés :

1. L'événement traumatique : l'événement traumatique est une rencontre directe avec une scène de mort réel. Celle-ci est ce que nos représentations font du réel un peut comme nos appareils sensoriels transformant médiatement des longueurs d'onde en couleurs ou en sons (Freud 1915, p. 255 cité par Lebigot 2009)

L'événement est considéré comme traumatogène ou « traumatique » lorsqu'il présente deux caractéristiques. D'une part, il implique une menace de mort ou une menace grave à l'intégrité physique, d'autre part, il a entraîné une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur chez la victime (APA, 2003 cité par Boudoukha). Si l'une des deux conditions manque on ne peut pas parler, sur le plan psychopathologique, d'événement traumatogène ou traumatique. En effet, la réaction subjective (peur intense, impuissance, effroi...etc) doit nécessairement être associée à la situation de menace. (Boudoukha, 2009. p31)

2. Le traumatisme psychique ou trauma:

Le mot traumatisme vient des mots grecs « traumatismos », signifiant action de blesser, le trauma, signifiant blessure. Appliqué à la pathologie chirurgicale, il signifie « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquant une blessure ou une confusion » transposé à la psychopathologie, il devient traumatisme psychique ou trauma, soit la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbation psychopathologiques, transitoires ou définitive ». (Crocq. 2014)

On peut définir le traumatisme psychique ou trauma comme : un phénomène d'effraction du psychisme, et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique d'un individu), qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur. (Crocq, 2014. p 10)

3. L'effroi

Cette notion introduite par Freud (« fright » en anglais), est l'indicateur d'une effraction de l'appareil psychique suite à la rencontre avec un événement hors du commun (Lebigot, 2002).

Plus précisément, l'effroi résulte de la confrontation inattendue au « réel de la mort » c'est-à-dire à l'absence de représentation dans l'inconscient. Il se caractérise également par une perte totale des pensées et des mots et par une absence totale et parfois transitoire d'affect (peur et anxiété). La réaction d'effroi dure en général quelques secondes, cependant elle peut perdurer parfois plusieurs heures ou jours. (Thèse doctorat AgnésLadois-Do Pilar Rei .2012)

4. La victime :

La définition internationale de l'ONU (Organisme des Nations Unies) en 1985 propose que :

« Sont victimes des personnes qui individuellement ou collectivement ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte de leurs droits fondamentaux. »

Louis Crocq propose (2014) : est victime toute personne qui, du fait de l'action (intentionnelle ou non) d'une autre personne, ou d'un groupe de personnes, ou du fait d'un évènement non causé par une autre personne (catastrophe naturelle ou accident sans auteur), a subi une atteinte à son intégrité physique ou mentale, ou à ses droits fondamentaux, ou une perte matérielle, ou tout autre dommage ou préjudice (scolaire, professionnel, d'agrément moral, etc.)

3/ Les modèles théoriques du traumatisme psychique :

1 .Le modèle psychanalytique :

Nous optons pour la présentation de la notion du traumatisme psychique, chez Freud et Ferrenzi.

☞ Freud :

Sans atteindre une valeur de concept dans la psychanalyse, la notion du trauma occupe chez Freud une fonction centrale et causale dans la constitution des névroses et des symptômes. Fil rouge de sa théorisation, elle subira tout au long de son œuvre plusieurs remaniements : partant de la névrose traumatique, très vite il se déplace vers le trauma de la névrose : celui-ci, dans une théorie plus généralisée exposée à la fin de son œuvre, devient traumas au pluriel.

Dès sa rencontre avec Charcot et les hystériques, Freud s'éloigne d'une définition de la névrose traumatique fondée sur le choc subi et ses effets organiques, pour privilégier les aspects psychiques. En ce sens, il fait du traumatisme vécu dans la réalité son premier modèle d'étiologie des névroses : il s'agit de l'implication de la sexualité d'un adulte séducteur faisant réellement effraction dans la vie infantile. (Ghislane Capogna Barder 2014)

Toujours dans le sillage « hystéro-trauma » où les premiers travaux de Freud portaient sur l'hystérie où il se basait sur l'événement extérieur qui serait à l'origine de provoquer une hystérie, théorie de séduction où le trauma serait exclusivement sexuel. Le traumatisme est toujours dû à un problème d'ordre sexuel.

Suite à la conceptualisation des deux mots « après-coup », « refoulement », Freud rapporte que pour qu'un trauma s'installe, il faudrait qu'il y ait deux événements, l'un se produisant à l'enfance qui de ce fait a été refoulé, et un autre en survenant à l'âge pubère qui fera réactiver l'événement ancien dont le souvenir a été effacé et qui a donné sens à la puberté (Bouatta, 2007).

Dans les années qui suivent, la portée étiologique du traumatisme s'estompe au bénéfice de la vie fantasmatique et des fixations aux divers stades libidinaux. Le « point de vue traumatique » s'il n'est pas abandonné comme Freud le souligne lui-même, s'intègre à une conception qui fait intervenir d'autres facteurs comme la constitution et l'histoire infantile. Le traumatisme qui déclenche la névrose chez

l'adulte constitue, avec la prédisposition, une série complémentaire, la prédisposition comprenant elle-même deux facteurs complémentaires, endogène et exogène :

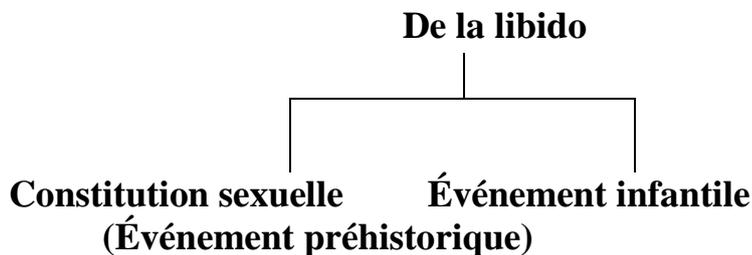


Figure N°1 « Étiologie de la névrose = Disposition par fixation + Événement accidentel (traumatique) »

On notera que dans ce tableau, donnée par Freud dans ses leçons d'introduction à la psychanalyse (1915-17), le terme de traumatisme désigne un événement qui survient en un second temps et non les expériences infantiles qu'on retrouve à l'origine des fixations. Le traumatisme voit à la fois sa portée réduite et son originalité diminuée : il tend en effet à être assimilé, dans le déclenchement de la névrose, à ce que Freud, en d'autres formulations, a nommé « frustration ». (Laplanche et Pontalis, 1996)

Freud cependant devait abandonner la séduction précoce. Devant les récits trop systématiques de ses patients, et notamment des hystériques, il se mit à concevoir des doutes, et peu à peu s'imposa l'idée que l'incident sexuel invoqué n'avait pas réellement eu lieu, qu'il appartenait en fait au sphère du fantasme. La théorie de la sexualité infantile, à laquelle il se trouve alors amené, rendit caduque l'idée d'un enfant introduit de l'extérieur à la sexualité, victime seulement de la perversité des adultes.

Si le traumatisme, en tant qu'incident sexuel précoce, perd assez vite son rôle explicatif dans la théorie freudienne, il va retrouver, sous une autre forme, une tout autre forme, une place non négligeable dans les années 1920. La première guerre mondiale, en effet, multiplie les cas où le sujet semble atteint d'une « névrose traumatique », c'est-à-dire liée essentiellement à un événement violent. Par généralisation on observe le retour répétitif, chez des sujets ayant été confrontés à des incidents terribles ou horribles, y compris à l'âge adulte, de la scène insupportable. Le sujet peut par exemple la revivre

régulièrement en rêve, ce qui oblige d'ailleurs à compléter la définition du rêve comme réalisation de désir. (Dictionnaire de la psychanalyse, 2009)

En utilisant la métaphore économique. Freud a représenté l'appareil psychique comme un volume sphérique enveloppé dans une membrane hermétique qu'il appelait le « pare-excitation ».

Dans la sphère on trouve des petites quantités d'énergie qui circulent et qui représente le fonctionnement de l'appareil psychique et le pare-excitation a pour fonction de filtrer les énergies venant de l'extérieur, et d'arrêter celles qui, dépassent une certaine puissance, perturberaient à l'intérieur de la sphère la circulation des petites quantités d'énergie. Pour assurer ce rôle, la membrane du pare-excitation est chargée d'énergie positive.

Le stress comme le trauma agit comme une menace à l'intégrité physique et/ou psychique de la vésicule vivante, dans le cas de stress (to stress : presser) l'enveloppe du pare-excitation plie, s'invagine mais ne rompt pas comme lorsqu'on enfonce son poing dans un ballon de football, mais à l'intérieur de cette vésicule, la pression augmente et crée une souffrance psychique, celle-ci s'exprime par de l'angoisse, c'est-à-dire par un renforcement de l'énergie positive à la surface du pare-excitation qui augmente sa résistance. Dans cette figuration de stress quand la menace disparaît, la vésicule vivante comme le ballon, reprend sa forme initiale. Il pourra rester un souvenir douloureux de l'événement, mais ce souvenir pris dans le réseau des représentations est destiné à évoluer, perdre sa charge anxieuse, voire subir un refoulement. Il n'en va pas de même avec le traumatisme. Dans ce cas ce qui va devenir l'image traumatique, va traverser le pare-excitation, généralement quand l'appareil psychique est au repos, c'est-à-dire que la charge protectrice en énergie positive est faible.

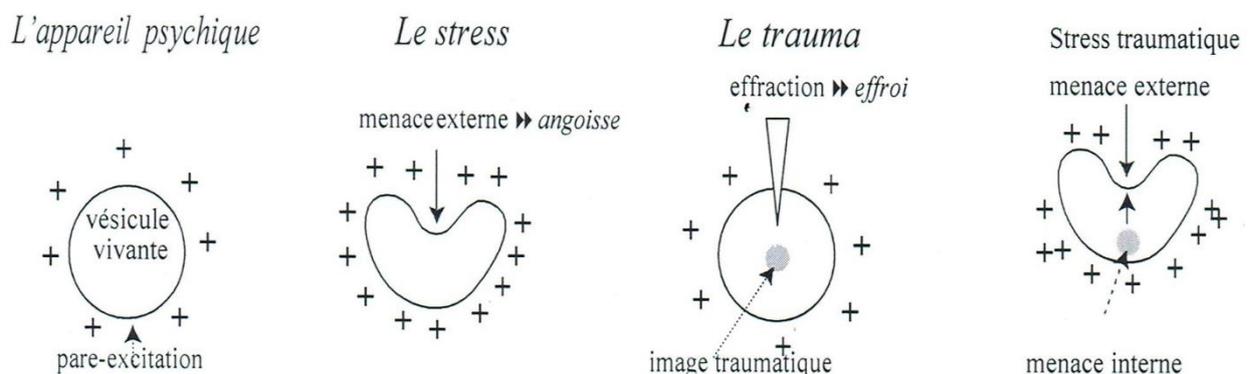
Il y'a selon l'expression consacrée depuis Freud « effraction du pare-excitation », incrustation d'« un corps étranger interne » à l'intérieur de l'appareil psychique. Ce corps étranger qui est d'une tout autre nature que les représentations, très chargé en énergie, va perturber le fonctionnement de l'appareil. Il a une autre caractéristique,

c'est qu'il peut demeurer là éventuellement toute la vie du sujet, réapparaissant à la conscience sous la forme d'un phénomène de mémoire, ce qui est l'opposé d'un souvenir (conscient ou refoulé). (Lebigot, 2006. P, 11. 12)

-dans la majorité des cas d'événements traumatogènes, il y'a à la fois du trauma et du stress

Le plus souvent les individus qui réagissent à un événement agressant par un stress adapté ne le vivent pas comme un trauma, tandis que ceux qui réagissent par un stress dépassé le vivent sur un mode traumatique et développe ensuite une pathologie psychotraumatique ; mais cette correspondance n'est pas absolue, et on a vu des stress dépassés spectaculaires se résoudre sans suites psychotraumatique. (Crocq 2007, p 12)

Figure N°2 : le stress et le trauma



☞ **Ferrenzi**

La clinique du trauma est l'un des apports essentiels de Sandorferrenzi. En effet, ferrenzi fut mobilisé pendant la guerre en tant que médecin chef de service de neurologie dans un hôpital militaire. Il traitait un grand nombre de cas soldats névrosés de guerre. Il étudia par l'observation la relation entre traumatisme psychique et physique.

C'est sur la base de son travail clinique que Ferrenzi a construit sa théorie inachevée du trauma. Ferrenzi décrit le trauma comme un choc provoquant l'éclatement de la personnalité, et il a cherché par tous les moyens possibles à identifier l'origine de celui-ci. Ferrenzi s'intéressa aussi au temps de la latence des névroses dans cas de traumatismes classés dans des psychonévroses narcissique. Il insiste sur la notion de régression au stade infantile de l'amour de soi marqué par les changements de caractère et les troubles du contrôle émotionnel. Ferrenzi démontrera, à travers ses analyses, l'importance du facteur événementiel. Il reprit par la suite la première théorie de Freud portant sur « le traumatisme sexuel comme facteur pathogène » (Barroi, 1998). Ces traumatismes surviendraient de façon précoce, c'est-à-dire avant l'acquisition du langage.

Toute sa théorie a été exposée dans le détail dans son ouvrage *confusion de langues* entre les adultes et l'enfant. Selon Ferrenzi « un adulte et un enfant s'aiment, l'enfant a des fantasmes ludique, il n'en est pas de même chez les adultes ayant des prédispositions psychopathologiques. Ils confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle et se laissent entrainer à des actes sexuels sans penser aux conséquences » (Ferenzi 1990). Cette confusion de langues serait à l'origine d'un traumatisme constitutif chez l'enfant et aurait des effets désorganisateur en raison de sa personnalité faiblement développée. De plus, l'enfant présenterait une identification à l'agresseur en lien avec l'introjection de la culpabilité de celui-ci.

Ferrenzi exposa la clinique du traumatisme en deux temps. Le premier temps, « choc initial ». Constituerait le moment de rupture de l'intégrité du Moi dont les effets sont destructeurs et durables. Le deuxième temps, « l'autoclavage narcissique », et quant à lui caractérisé par un Moi fragmenté, en errance, abandonnerait le corps constituant une forme de défense par clivage « il semble vraiment que sous la pressions d'un danger emmenant, un morceau de notre soi se clive comme instance auto perceptive,

instance voulant s'aider soi-même, et ce ci vrai semblablement dit la petite et même la très petite enfance » (Ferrenzi, 1990)

2. Le DSM : le modèle athéorique

Notant que l'école anglo-saxonne présentée par l'Association Américaine de Psychiatrie est dans une approche descriptive, elle ne se réfère à aucune théorie.

Progressivement au gré des révisions successives des DSM la définition post-traumatic stress disorder deviendra plus nuancée en s'éloignant de ses déterminants contextuels de départ. Si la première édition (1952) mentionnait le terme Gross Stress Reaction, la mouture suivante (1968) supprima cette entité en refusant une place aux conséquences psychotraumatiques. Après la guerre de Viêtnam, la réédition du manuel de 1980 intègre la notion de post traumatic stress disorder selon différents critères. (Yann Anxémery, 2013. Cairn.info)

Nous présentons ci-dessous les critères du diagnostic de la dernière édition du DSM 5:

-Les critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique dans le DSM-5 (2015) sont les suivants :

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

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

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace

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

4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

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

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

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

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

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

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

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

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

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

Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Evitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Evitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Evitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

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

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. Etat émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants:

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

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

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

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Dérealisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats). (DSM 5, 2015, pp.350-352).

3. Le modèle phénoménologique :

Les psychiatres militaires français, Barrois, Lebigot et Crocq, sont reconnus pour l'influence actuelle de leurs conceptions du trauma, en ayant notamment développé une approche phénoménologique de celui-ci.

Pour Barrois, le trauma est lié à un "accident vécu comme brutal et soudain", une "catastrophe intime et singulière", entraînant l'homme vers le tragique. Le trauma apparaît comme rupture de sens et de lien avec le monde. En fait, ce qui fait trauma, c'est la rencontre avec ce qui est inconcevable et impensable pour l'Homme : le "réel de la mort". La mort n'a pas en effet pas de "représentation" psychique. Le Réel (appréhendé selon la pensée Lacanienne) se dévoile au cours du trauma. L'individu connaît donc "l'effroi" car appréhendant "la mort de soi comme vérité ultime" : "l'affect d'effroi, avec l'attaque et le dévoilement, la révélation, sont l'annonce faite au sujet qu'il n'est finalement rien". (Leveque. 2017)

Pour Lebigot également, l'effroi est une « confrontation au Réel de la mort, le néant ». En effet il rapporte dans son livre « le traumatisme psychique » que "le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant »

La conception phénoménologique du trauma **selon Crocq** se fonde sur trois axes.

- l'aliénation traumatique : dans le sens d'un changement profond s'opérant sur la personnalité du sujet à la suite du trauma.
- le bouleversement de la temporalité : pour le patient traumatisé, « l'écoulement harmonieux du temps s'est arrêté sur l'instant figé de la terreur ou de l'horreur. Le présent cristallisé, statique et privé de son évanescence, est réduit à une image spéculaire du trauma. Ne débouchant plus sur un nouveau présent différent et fugace, il ne promet aucun avenir. Et il remodèle même le passé, qui s'est arrêté à l'expérience du trauma sans révision ultérieure, le réorganisant sur cette image et ramenant tous les passés possibles à l'unicité d'un seul destin ».

- le non-sens : « Plus qu'une rupture de sens ou un court-circuit dans le signifiant, le traumatisme serait une expérience de non sens ». L'expérience provoque un chaos dans les conceptions habituelles de la vie de l'individu par un effondrement des « trois convictions narcissiques d'invulnérabilité, d'un environnement protecteur et d'un autrui secourable ».

« Le sujet entrevoit, sans y être préparé et sans pouvoir discerner plus nettement, non pas tellement sa mort (ou la mort de l'autre), mais sa disparition et son effacement de la vie, c'est-à-dire le retour au néant mystérieux et redouté, ce néant dont il a toujours eu la certitude sans jamais pouvoir en acquérir la connaissance et sur la négation passionnée de quoi il a sans cesse fondé sa foi dans la vie : le néant, envers de la vie et des valeurs, non sens »

4/ Clinique du traumatisme psychique:

1- Syndrome de répétition ou de reviviscence : l'ESPT qui est constitué de la reviviscence intrusive répétée avec la réaction de désarroi initiale de la situation traumatique. Il apparaît de façon :

-soit spontanée : la reviviscence est diurne, le sujet angoissé est envahi par la pensée, des images, des perceptions rappelant la situation traumatique. La reviviscence peut être très « active », fugace ou plus durable. Le sujet a alors le sentiment que l'événement se reproduire et il agit « comme si » l'événement se reproduisait, son comportement variant de la stupeur sidérante à la fuite angoissée ou bien il est guidé par des conduites automatiques rappelant les gestes effectués lors de la situation traumatique. Les reviviscences sont aussi nocturnes, dominées par des rêves cauchemars rappelant la scène traumatique, parfois véritable terreur nocturne avec réveil brutal du patient.

- soit réactionnelle à des indices rappelant la situation traumatique : images, bruits, odeurs, lieux, personnes, conversations, qui engendrent des reviviscences diurnes et des réactions de sursaut à forte charge émotionnelle avec participation corporelle importante neurovégétative.

2- Conduite d'évitement et émoussement affectif : pour tenter d'éviter les reviviscences douloureuses, le patient fait des efforts et se détourne de tout indice rappelant la situation initiale redoutée : images, pensées, sentiments. Il renonce à certains trajets, activités, programmes de télévision, films.

Le détachement, l'émoussement affectif, l'impression d'avenir « bouché » limitent ses relations et entraînent un handicap social.

3- Hyper vigilance et trouble du sommeil : l'hypervigilance à l'environnement est source d'angoisse qui elle-même accroît l'hyperactivité neurovégétative, ce qui explique en partie les fréquentes reviviscences et des réactions de sursaut qui accentuent l'irritabilité et les crises de colère.

Les troubles du sommeil sont présents notamment les difficultés d'endormissement avec reviviscences hypnagogique, liées à la baisse de la vigilance de l'endormissement, sommeil interrompu par des cauchemars. L'enregistrement de sommeil note l'augmentation du temps de latence d'apparition du sommeil paradoxal dont la durée est réduite.

4- Réactivité neurovégétative : les indices qui rappellent la situation initiale entraînent une réponse corporelle excessive dont témoigne la réaction associée d'activation du système sympathique : augmentation du rythme respiratoire, de la fréquence cardiaque, pâleur, sueur. En outre, la contraction algique de certains viscères gastro-intestinaux et urinaires est possible, avec parfois vomissement et diarrhée, brusque envie d'uriner voire émission irrésistible d'urines.

5- Manifestations anxieuses : elles sont omniprésentes et participent d'une façon permanente au vécu du patient tant dans les symptômes de répétitions, d'évitement d'hypervigilance, que dans la réactivité neurovégétative. Le patient est aussi anxieux quant à lui-même : il s'interroge sur ses capacités à recouvrer la maîtrise de ses pensées et de ses émotions.

6- Dimension dépressive : la composante dépressive est constante et reconnue par les critères de DSM 4-TR ; elle est un des éléments du pronostic. Elle peut s'accroître et s'acheminer vers un épisode dépressif caractérisé, dominé par la

tristesse pathologique, le désintérêt, l'anhédonie et l'asthénie, considéré alors comme un trouble comorbide.

7- Troubles cognitifs : les troubles de l'attention et de la concentration sont dus au parasitage des processus intellectuels par le syndrome de répétition, et les symptômes associés qui perturbent la mémoire biographique est entachée de souvenirs surtout négatifs.

8- Troubles corporels : les troubles somatoformes sont dominés par l'asthénie et les algies. Peuvent apparaître des troubles de conversion dont témoignent essentiellement des paralysies transitoires.

Les troubles psychosomatique : blanchement de mèches de cheveux, calvitie généralisée, poussée de psoriasis, déclenchement de diabète, survenue d'une dysthyroïdie, troubles du rythme cardiaque ont été rapportés. (Guelfi et Rouillon 2002)

5- Quelques techniques psychothérapeutiques du trauma :

Parmi les techniques thérapeutiques utilisées du trauma les plus récentes l'EMDR et les EFT

1-L'EMDR (eye movement desensitization and reprocessing):

C'est dans les années quatre-vingt, lors d'une promenade dans un campus universitaire californien que la psychologue Francine Shapiro remarque, de façon inopinée, que des mouvements oculaires spontanés atténuent les pensées soucieuses qui occupent alors son esprit. En une quinzaine d'années, cette observation fortuite a ouvert un champ de recherches immense et évolué vers la conceptualisation d'un protocole de psychothérapie structuré, reconnu scientifiquement comme traitement efficace de l'état de stress post-traumatique.

L'expérience clinique a montré depuis que d'autres formes de stimulations sensorielles bilatérales (tapotements sur les mains ou sons alternatifs dans les oreilles, à droite et à gauche) produisent les mêmes effets que les mouvements oculaires. Bien que limitée, la dénomination « EMDR » (littéralement : désensibilisation et

retraitement par les mouvements oculaires) a cependant été conservée. « Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires » en est maintenant la traduction française officielle.

Partageant avec la tradition cognitivo-comportementale, des briques conceptuelles essentielles, l'EMDR s'est révélée être une approche intégrative incorporant des éléments de nombreux autres courants thérapeutiques, combinés avec une stimulation sensorielle bilatérale.

Comme orientation spécifique, l'EMDR est guidé conceptuellement par un *modèle de traitement adaptatif de l'information* (Shapiro 1991, 1995, 2001). Ce modèle inclut une théorie du développement de la personnalité et une conception spécifique de la pathologie et des processus de changement.

Quelle que soit l'orientation théorique qui gouverne les diverses pratiques cliniques, un consensus relatif existe sur l'idée que les symptômes et la souffrance psychiques proviennent, au moins en partie, d'expériences survenues dans le passé. Le traumatisme psychique est ainsi un excellent point de référence pour les phénomènes sous-jacents à de nombreux tableaux psychopathologiques.

Dans le cas de troubles consécutifs à l'exposition à des événements répondant au critère A du diagnostic d'ESPT selon le DSM-IV, l'origine du syndrome est facilement repérable. Dans les nombreux autres tableaux cliniques non identifiés comme résultant de traumatismes passés (soit parce que ceux-ci sont plus « discrets », soit parce que l'orientation théorique du clinicien n'intègre que peu ou pas du tout le traumatisme dans la genèse des troubles), les patients se débattent avec des pensées, des émotions et des sensations physiques sans savoir d'où celles-ci proviennent. Dans la perspective de la thérapie EMDR, « toute expérience de l'enfance ayant eu un effet négatif durable » peut être considérée comme un « trauma petit »

La thèse centrale de la psychothérapie EMDR avance que le stockage neurophysiologique d'expériences anciennes est la clé de compréhension du comportement, de la personnalité et du fonctionnement psychologique global d'un

individu. Les informations perceptuelles d'expériences passées, plaisantes ou douloureuses, stockées dans des réseaux de mémoire, favorisent un apprentissage naturel et fonctionnel, lorsque des associations adaptatives se réalisent. Lorsque l'individu fait l'expérience d'un traumatisme, le système peut se déséquilibrer et les informations (l'expérience) sont alors stockées et conservées de façon dite « dysfonctionnelle » ou « non adaptative », c'est-à-dire à l'état brut, sous la même forme, que les perceptions d'origine, avec leur lot d'émotions et de sensations physiques. Les perceptions initiales vécues dans l'expérience d'origine sont stockées et demeurent telles quelles dans le système nerveux, au sein de réseaux de mémoires dits « dysfonctionnels ». La recherche en neurobiologie indique que ces informations, qualifiées d'état-dépendantes, de la mémoire implicite, et qui font partie du matériel traumatique non résolu, contiennent les sensations et les affects qui ont été éprouvés au moment de l'événement d'origine lui-même (Van der Kolk, 1994 ; Siegel 1999). Cette sorte de stase neurobiologique bloque les connexions entre les réseaux de mémoire menant à un apprentissage approprié.

L'assimilation des événements (agréables ou pénibles) en un réseau de mémoire fonctionnel associé et son intégration dans l'identité de l'individu sont considérées comme la base d'un développement sain de la personnalité. Des réponses adaptées sont comprises comme étant engendrées par des expériences infantiles (informations) traitées ou « métabolisées » de façon adéquate et ayant construit les fondations de comportements appropriés. Si les réponses sont inadaptées, elles sont considérées comme engendrées par des expériences passées (informations) dont le traitement a été arrêté, et qui sont réactivées par les conditions courantes.

L'EMDR vise à opérer un retraitement des informations stockées de façon dysfonctionnelle et à permettre la réalisation de liens appropriés avec les réseaux fonctionnels. C'est pourquoi il est conçu comme un modèle de traitement adaptatif de l'information. Ce modèle affirme que les systèmes physiologiques du cerveau contribuant à l'assimilation des expériences (agréables ou désagréables) orientent naturellement l'individu vers la santé et l'équilibre : l'individu porte en soi des

mécanismes inhérents de métabolisation et de guérison psychiques. L'EMDR va en quelque sorte stimuler ce système naturel de traitement de l'information du système nerveux, bloqué par les traumatismes, afin que les associations requises pour un apprentissage adaptatif puissent être forgées.

Outre un effet de désensibilisation et de retraitement des souvenirs traumatiques, la clinique a montré que la stimulation sensorielle bilatérale avait également un effet de renforcement des souvenirs positifs. Cette dernière propriété est grandement utilisée dans la phase initiale de la thérapie EMDR (stabilisation du patient). (**Marianne Kédia. Aurore Sabouraud-seguin et al. 2013**)

2- Les EFT (*Emotion-Focused Therapy*).

Ce modèle EFT prévoit l'élaboration d'un cadre thérapeutique au sein duquel la question de la régulation émotionnelle est posée en termes de régulation *des* émotions. Selon Greenberg (2008), l'humain développe habituellement des compétences émotionnelles, des *émotions primaires*. Ces émotions primaires correspondent à des réactions émotionnelles qui résultent d'une évaluation cognitive en lien direct avec un contexte explicite (c'est-à-dire, être heureux lorsque l'on gagne à un jeu). Les émotions primaires ou plus exactement les états émotionnels primaires constituent des ressources pour le sujet, des ressources qui favorisent l'élaboration de prise de décision et de schémas d'action. Toutefois, au hasard des contextes sociaux, l'humain développe également des émotions primaires *inadaptées* c'est-à-dire des états émotionnels élaborés cette fois à partir d'évaluations ne correspondant pas aux contextes (c'est-à-dire, avoir le sentiment d'être détesté par tout le monde). Ces états émotionnels inadaptés sont le fruit d'apprentissages émotionnels antérieurs ayant une valeur traumatique pour le patient. Ce sont des peurs, des colères (parfois immotivées), des états de détresse, ou encore des phobies vis-à-vis de l'environnement social. Lorsque les émotions primaires inadaptées sont trop envahissantes, le sujet développe alors ce que Greenberg appelle des *émotions secondaires* c'est-à-dire des états mentaux émotionnels qui constituent des réponses régulatrices qui servent *d'écrans* aux

émotions primaires inadaptées (c'est-à-dire, se sentir impuissant dans une situation où l'on a essayé de supprimer sa colère).

L'émotion secondaire permet alors de faire face aux conflits mentaux intrapersonnels. Elle s'apparente à un mécanisme de protection du fonctionnement cognitif du sujet. Pour modifier le dysfonctionnement émotionnel rencontré par le patient, Greenberg propose un cadre thérapeutique qui repose sur cinq principes généraux : 1. l'amélioration de la prise de conscience de l'état émotionnel, 2. l'expressivité émotionnelle, 3. l'amélioration de la régulation des émotions, 4. l'analyse des états émotionnels et 5. la transformation des émotions mal adaptées du patient.

Concernant précisément la dimension de régulation des émotions, Greenberg suggère l'établissement d'un environnement empathique entre la personne et le thérapeute. Il s'agit ici de valoriser l'estime de soi de la personne, encourager l'expressivité émotionnelle positive de cette dernière, réduire sa vulnérabilité vis-à-vis d'états émotionnels négatifs et encourager l'usage de technique d'auto-apaisement (technique de relaxation et de respiration par exemple). Ce cadre thérapeutique doit favoriser la transformation des états émotionnels secondaires et inadaptés en émotions supportables par le sujet. Cette modification de l'émotion primaire inadaptée par une émotion adaptée au contexte du sujet et supportable par ce dernier représente le point central du modèle EFT (Philippe Brun 2017).

6-L'impact psychologique de la covid19 sur les soignants :

Plusieurs études et recherches ont été effectuées et ont montrées que la covid19 a son impact sur les soignants, parmi ses dernières on cite :

Muriel Derome, psychologue clinicienne, en collaboration avec Emilie Wargny et Nicole Fuchet dans un témoignage « conséquences psychologiques de la crise du covid-19 sur les soignants » ont explorés les enjeux de l'omniprésence de la mort et les bouleversements intime et existentiels que la covid19 a provoqué chez les soignants du service de la réanimation en pédiatrie à l'hôpital Raymond-Poincaré (Hauts-de-Seine), on a cité dans ce témoignage plusieurs symptômes dus à la covid19 comme

l'impuissance, la perte de sens et l'après coup immédiat (..On retrouve chez les soignants beaucoup de symptômes de stress post-traumatique (crises d'angoisse, reviviscences), notamment au moment de s'endormir... La honte, la culpabilité et la mauvaise estime de soi font également partie des symptômes).

(cairn.info/revue-laennec-2020).

Conclusion :

Le trauma est un état difficile et lourd qu'une personne peut subir, car il représente une menace directe sur l'intégrité physique et psychique de cette dernière, cela fait qu'il reste une problématique centrale en psychopathologie.

Dans le chapitre suivant, méthodologique, nous allons présenter la démarche que nous avons adoptée et suivie pour étudier et vérifier la relation et le lien entre le trauma et la Covid19.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Pour toute étude ou recherche, le chercheur doit suivre une méthodologie. Ce choix se fait selon ses buts et objectifs, il adopte alors une démarche, désigne une population à étudier puis les outils et techniques à utiliser pour la réalisation de celle-ci, de ce fait il choisit ce qui peut lui servir le plus selon sa thématique. Dans ce chapitre nous allons présenter la méthode de notre recherche, l'outil utilisé, les caractéristiques de notre groupe d'étude ainsi la démarche et le déroulement de la recherche terminant par quelques difficultés que nous avons rencontrées.

1)- La méthode de la recherche :

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives : Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objet de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (**Beaugrand, 1988 cité par Chahraoui et Bénony 2003**)

Les méthodes descriptives sont bien : l'étude de cas, l'observation (naturaliste et systématique), la méthode comparative, la méthode normative développementale et l'enquête.

Et dans notre recherche on a eu recours à une de ces méthodes qui est l'étude de cas.

L'étude de cas est une méthode qui consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud et Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques, elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leurs évolutions.

Par l'étude de cas le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel du sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire de sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'exams psychologiques, témoignages, des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologique mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présent et passé. De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'organisation de conduite ; celle-ci étant multiple, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (K.Chahraoui, H.Bénony 2006)

2)- le lieu de la recherche :

Nous avons effectué notre stage pratique au niveau de l'Eph FRANTZ FANON de Béjaïa plus exactement au services des maladies infectieuses (services covid) à l'aide de madame Benmouhoub, psychologue clinicienne dans le service psychiatrique (femme), et pour plus de cas et mieux travailler notre problématique nous nous sommes aussi déplacées vers d'autres établissements de santé :

E.P.H d'amizour.

E.P.H de Kherrata.

EPSP d'Iheddaden

Polyclinique de sidi ahmed.

3)-Le groupe de recherche :

Comme notre thème l'indique, notre recherche se base sur les soignants de la région de Bejaia, au niveau des hôpitaux et EPSPs et les polycliniques.

Dans ce tableau suivant nous présentons les cas de la pré enquête :

Tableau N°3 : les cas de la pré enquête

Cas	Age	Sexe	Profession	Lieu de travail
Cas AA	36	Homme	Médecin	EPH Frantz Fanon
Cas TM	35	Homme	Médecin	Polyclique sidi alilabher
Cas B A	26	Femme	Infirmière	hopital d'Amizour
Cas IL	30	Homme	Infirmier	EPH Frantz fanon

Nous avons procédé par distribuer les questionnaires en expliquant brièvement aux cas de notre entourage familial (les cas présentés dans le tableau en haut) pour voir la faisabilité de l'auto passation, les cas ont répondu aux items sans aide; cette procédure a pour but aussi de vérifier la possibilité de laisser ces questionnaires sans avoir besoin de notre présence, cela vu la situation sanitaire actuelle qui nous permet pas d'accéder à la plus part des services médicaux précisément le service des maladies infectieuses.

L'auto-passation du TRAUMAQ est possible uniquement dans des conditions rigoureuses, ce qui permet d'envisager une passation collective. Avant d'utiliser ce mode d'administration, il faut s'assurer que les personnes concernées comprennent les consignes données et les questions posées (bonne maîtrise de la langue française, capacités intellectuelles suffisantes) il faut également que leur état émotionnel soit suffisamment stable pour que le recueil des réponses soit valide il est essentiel qu'un professionnel soit présent. (Damiani, Pereira-Faradin)

Notre groupe de recherche contient 44 cas du personnel médical entre médecins et infirmiers de plusieurs services ; ceux-ci ont intervenus pendant la pandémie.

Tableau N°4 : Tableau récapitulatif des cas de tout le groupe

Cas	Age	Sexe	Profession	Service / lieu de travail
Cas 1	38 ans	femme	Infirmière	Frantz fanon (Service covid)
Cas 2	23	femme	infirmière	Frantz fanon (Service covid)
Cas 3	49	homme	infirmier	Hopital d'amizour (s. covid)
Cas 4	44	homme	infirmier	Hopital d'amizour(s. covid)
Cas 5	30	femme	infirmière	Hopital d'amizour(s. covid)
Cas 6	26	femme	infirmière	Hopital d'amizour(s. covid)
Cas 7	35	homme	infirmier	Frantz fanon (s. covid)
Cas 8	34	femme	infirmière	Frantz fanon (s. covid)
Cas 9	29	femme	infirmière	Hopital d'amizour(s. covid)
Cas 10	40	Homme	infirmier	Frantz fanon (s. covid)
Cas 11	36	homme	Infirmier	Hopital d'amizour(s. covid)
Cas 12	30	homme	Infirmier	Frantz fanon (s. covid)
Cas 13	26	Homme	Infirmier	Hopital d'amizour (s. covid)
Cas 14	25	femme	Infirmière	Frantz fanon (s. covid)
Cas 15	32	femme	Infirmière	Frantz fanon (s. covid)
Cas 16	32	femme	Médecin	Frantz fanon (s. covid)
Cas 17	26	homme	Médecin	Frantz fanon (s. covid)
Cas 18	43	femme	Médecin	Hopital d'amizour (s. covid)
Cas 19	37	Femme	Médecin	Frantz fanon (s. covid)
Cas 20	42	Femme	Médecin	Frantz fanon (s. covid)
Cas 21	30	Femme	Médecin	Hopital d'amizour(s. covid)
Cas 22	31	femme	Médecin	Frantz fanon (s. covid)
Cas 23	39	Homme	Médecin	Frantz fanon (s. covid)
Cas 24	31	femme	Médecin	Frantz fanon (s. covid)
Cas 25	42	femme	Médecin	Frantz fanon (s. covid)
Cas 26	38	femme	Médecin	P. Sidi ahmed (urgences. H)
Cas 27	32	femme	Médecin	EPh kherrata (urgences. H)
Cas 28	41	homme	Médecin	Sidi ahmed (urgences. H)
Cas 29	38	femme	Médecin	Sidi ahmed (urgences. H)
Cas 30	35	Femme	Médecin	Sidi ahmed (urgences. H)
Cas 31	32	femme	Médecin	Sidi ahmed (urgences. H)

Cas 32	51	Homme	Infirmier	Epsp ihaddaden (urgences. H)
Cas 33	25	homme	Infirmier	Iheddaden (urgences. H)
Cas 34	36	Femme	Infirmière	Iheddaden (urgences. H)
Cas 35	53	homme	Infirmier	Iheddaden (urgences. H)
Cas 36	29	Femme	Infirmière	Sidi ahmed (urgences. H)
Cas 37	33	Femme	Infirmière	Sidi ahmed (urgences. H)
Cas 38	25	Femme	Infirmière	Sidi ahmed (urgences. H)
Cas 39	32	Femme	Infirmière	Sidi ahmed (urgences. H)
Cas 40	30	Femme	Infirmière	Sidi ahmed (urgences. H)
Cas 41	29	Femme	Infirmière	Eph kherrata (urgences. H)
Cas 42	26	Femme	Infirmière	EPh kherrata (urgences. H)
Cas 43	40	Femme	Infirmière	EPH kherrata (urgences. H)
Cas44	30	Femme	Infirmière	EPh kherrata (urgences. H)

On remarque que le groupe contient 15 infirmiers et 10 médecins intervenants au service Covid au niveau de chacun des deux établissements publics hospitaliers de « frantz fanon » à bejaia et « Ben MerradElmakki » à Amizour ; 6 médecins et 13 infirmiers travaillant aux urgences des polycliniques de sidi ahmed, iheddaden et E.P.H de kherrata. Les âges de nos cas sont entre 23 et 51 ans dont 31 femmes et 8 hommes.

- **Les critères d'inclusion :**

- médecins et infirmier(e)s sans limitation d'âge car le traumatisme peut survenir à tout âge.
- médecins généralistes et spécialistes (hommes et femmes)
- infirmiers (hommes et femmes)
- les intervenants au niveau du service des maladies infectieuses et ceux des urgences dans les autres services, pour faire une comparaison.
- Le groupe contient ceux qui ont travaillé durant la période de la pandémie.

- **Les critères d'exclusion :**

- Les soignants qui ont pas travaillé ou intervenus pendant la période de la pandémie.
- Les médecins en libéral vu que la plupart que nous avons vu, ont pas travaillé pendant la période de la Covid.
- D'autres personnes travaillantes au niveau des hôpitaux et établissements de santé (psychologues, secrétaire...) vu qu'ils interviennent différemment comparant aux infirmiers et aux médecins (contacte directe avec le malade).

4)-L'outil de la recherche :

Pour la réalisation de notre travail de recherche et la confirmation de nos hypothèses, nous avons choisit un outil psychométrique « le TRAUMAQ » qui est un outil intégratif et avec possibilité d'auto passation.

Le questionnaire TRAUMAQ permet de recueillir un grand nombre d'informations de façon à réaliser un bilan complet. Ces informations se présentent sous forme de rubriques sur les deux premières pages du questionnaire. (C. Damianie, M.Peria, 2009, p. 10)

Les items du questionnaire ont été rédigés par des psychologues cliniciens et des psychiatres spécialisés en victimologie. Les items et les échelles ont fait l'objet d'études pré-expérimentales afin de supprimer les ambiguïtés et les items non pertinents.

- **La première partie** se compos de deux échelles ; qui est la base du test qui permet le diagnostic :

- **Pendant l'évènement:**

Echelle A (8 items) : les réactions immédiates, physiques et psychiques Pendant l'évènement.

➤ **Depuis l'événement:**

Echelle B (4 items) : le symptôme pathognomonique et répétition : les réviviscences, l'impression de revivre l'évènement, les flashes et l'angoisse attachée à ces répétitions.

Echelle C (5 items) : les troubles du sommeil.

Echelle D (5 items) : l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.

Echelle E (6 items) : l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hyper vigilance et l'hypersensibilité.

Echelle F (5 items) : les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles additifs.

Echelle G (3 items) : les troubles cognitifs (mémoire, concentration, attention).

Echelle H (8 items) : les troubles dépressifs (désintérêt général, perte d'énergie et d'enthousiasme, tristesse, lassitude, envie de suicide).

Echelle I (7 items) : le vécu traumatique, culpabilité, honte, atteinte de l'estime de soi, sentiment violent et colère, impression d'avoir fondamentalement changé.

Echelle J (11 items) : la qualité de vie.

- **La deuxième partie** s'intéresse au délai d'apparition et durée de troubles des échelles, permettant ainsi la prise en considération de manifestation ayant disparu au temps d'administration du test, 13 items sont alors retrouvés, correspondant aux symptômes évalués dans la première partie ; ces derniers seront alors appréhendés à partir de critères, de délai d'apparition des troubles et un second, celui de la durée du trouble:

-L'impression de revivre l'évènement, les souvenirs et les images de l'évènement qui reviennent (Echelle B / partie 1).

-Les troubles du sommeil: difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et /ou nuits blanches (Echelle D/ partie 1)

-L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité (Echelle D/ partie 1)

-La crainte de retourner sur les lieux de l'évènement ou des lieux similaires (Echelle D/ partie 1)

-L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle (Echelle E/ partie 1)

- La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance (Echelle E/partie 1).
 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc. (Echelle F/partie 1).
 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique etc.(Echelle F/ partie 1).
 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).
 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire (Echelle G/ partie1).
 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude, et /ou les envies de suicide (Echelle H/partie 1).
 - Tendance à s'isoler (Echelle J/ partie 1).
 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte (Echelle I/partie 1)
- **La consigne générale du TRAUMAQ** :« vous devez répondre à toutes les questions, vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite » (C.Damiani, et M.Pereira-Fradin, 2006, p13-14).

5)- Stratégie de la recherche :

Le chercheur doit adopter la meilleure stratégie et méthode de recherche qui travaille sa thématique et choisir les outils et techniques qui peuvent servir pour la réalisation de cette dernière. Pour décrire l'impact traumatique de la covid, on a commencé par le choix de l'outil qui est intégratif et avec possibilité d'auto-passation vu l'accessibilité difficile et même interdite dans certains services médicaux à notre population d'étude qui est le personnel soignant, vu la situation sanitaire actuelle qui semble délicate. Comme on l'a déjà mentionné nous avons commencé par la vérification de la facilité d'administration du questionnaire « le TRAUMAQ » en individuelle auprès de cette population, ce sont des cas de notre entourage familial à qui on a demandé de répondre à toutes les questions en leurs laissant le questionnaire sans que nous serons présentes avec eux lors de l'auto-passation. C'était comme un

premier contacte préliminaire avec notre population d'étude, cela est fait lors de la pré enquête ;

« La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses ». (O. Aktouf, 1987, p.102).

Après que nous avons récupéré les quatre questionnaires, nous avons remarqué que nos cas ont répondu à toutes les questions et comme ils nous ont confirmé, ils n'ont pas trouvé de difficulté à y répondre.

Le choix du terrain est porté sur les deux hôpitaux « frantz fanon » et « Ben Merrad Elmekki » en raison de la disponibilité du « service covid » là où les soignants (médecins et infirmiers) avaient contacté avec des malades diagnostiqués positifs hospitalisés à leur niveau ; leur rôle est d'intervenir auprès de ces malades tout au long de leur hospitalisation, le médecin spécialiste lors de la venue du malade suspecté, il l'examine et lui fait un télé-thorax et un scanner et dans le cas de confirmation il passe au PCR comme un examen complémentaire ; le sujet positif sera hospitalisé et le médecin n'intervient qu'en cas d'aggravation ou bien pour accorder la fin du traitement donné auparavant ; les infirmiers du service donnent les soins aux malades comme les antibiotiques injectables, l'hygiène, la vérification de l'oxygène...etc,

Aussi nous nous sommes déplacées à l'EPSP d'Iheddaden, polyclinique de Sidi Ahmed ainsi que celle de Kherrata, en raison d'avoir une autre catégorie qui est les praticiens travaillant au service des urgences, les soignants ici reçoivent tout malade venu pour une consultation, le médecin examine le malade en faisant les examens nécessaires (TLT...) et prescrit une ordonnance ou bien oriente le malade suspecté atteint de coronavirus à l'hôpital pour un diagnostic et une prise en charge une fois le résultat est

positif ; quant aux infirmiers ils appliquent l'ordonnance prescrite par les médecins, celles qui nécessite une intervention interne (au niveau du service :injection..etc) ou bien en cas d'évacuation à l'hôpital, un infirmier accompagne le malade.

Le rôle de ces soignants diffère entre médecin et infirmier du même service ; d'autre part l'intervention de chacun des deux dépend du lieu de travail, ainsi nous avons des témoignages des sujets qu'aux urgences on est moins armés qu'au service Covid. De ce fait nous avons proposé une comparaison entre les médecins et les infirmiers et entre les praticiens des deux services.

Nous avons distribué nos questionnaires à l'aide d'un intermédiaire qui est la psychologue BEN MOUHOUB à Frantz Fanon et des chefs services de chacun des autres établissements cités auparavant, cela vu l'accès interdit aux stagiaires en raison de la situation sanitaire actuelle.

Nous avons quand même rencontré des difficultés au cours de cette enquête, on cite à titre d'exemple :

- La situation sanitaire actuelle qui ne permet pas l'accès à la population de la recherche.
- L'auto-passation des questionnaires fait que certains cas n'ont pas compris la consigne et ils ont répondu à quelques items seulement ; d'autres ont répondu par rapport à d'autres événements traumatogènes (séisme, vol..).
- Plusieurs cas n'ont pas rendu leurs questionnaires.
- La courte durée et le temps donné pour la recherche qui ne permet pas de se déplacer aux autres établissements de notre région.

Conclusion :

La partie méthodologique nous a permis d'établir une démarche et une méthode à suivre dans notre recherche et d'assurer une bonne organisation de notre travail ; dans le chapitre suivant nous allons illustrer notre groupe de recherche et les résultats obtenus à partir de la récolte de données en utilisant le TRAUMAQ.

Chapitre IV

Présentation, analyse et discussion des résultats

1)-présentations de données :

1- les notes obtenues du Traumaq pour chaque cas:

Tableau N°5:Tableau récapitulatif des résultats du Traumaq pour tous les sujets du groupe

Cas	Note	Echelles										Total
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1	Brute	15	8	9	8	9	4	4	15	7	3	82
	Étalonnée	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3
2	Brute	12	4	4	2	4	1	2	10	6	1	46
	étalonnée	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2
3	Brute	14	3	6	9	6	3	2	5	1	2	51
	étalonnée	3	2	3	3	3	2	2	3	1	3	2
4	Brute	17	7	12	9	9	3	3	6	2	5	72
	étalonnée	3	3	4	3	3	2	3	3	2	3	3
5	Brute	16	5	8	8	6	1	0	5	2	5	56
	étalonnée	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	2
6	Brute	14	3	6	8	4	0	3	4	1	4	47
	étalonnée	3	2	3	3	2	1	3	3	1	3	2
7	Brute	7	3	3	3	6	5	2	4	1	5	39
	étalonnée	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	2
8	Brute	5	4	1	4	8	3	0	8	5	5	43
	étalonnée	1	2	2	2	3	2	1	3	2	3	2
9	Brute	14	2	0	1	1	0	1	7	5	3	34
	étalonnée	3	2	1	2	1	1	2	3	2	3	2
10	Brute	5	3	5	0	0	1	0	3	0	3	20
	étalonnée	1	2	3	1	1	3	1	3	3	3	1
11	Brute	13	11	9	10	12	3	2	2	9	4	75
	étalonnée	3	5	3	4	4	2	2	2	3	3	3
12	Brute	12	2	3	5	6	1	3	4	2	1	39
	étalonnée	2	2	2	3	3	2	3	3	2	2	2
13	Brute	5	5	8	5	9	8	4	12	7	4	67
	étalonnée	1	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3
14	Brute	17	7	5	4	4	4	3	8	7	5	64
	étalonnée	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
15	Brute	12	2	8	5	18	2	6	16	11	4	84
	étalonnée	2	2	3	3	5	2	4	4	4	3	3
16	Brute	5	1	0	3	1	0	0	0	2	2	14
	étalonnée	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1
17	Brute	12	1	0	4	12	2	1	6	4	3	45
	étalonnée	2	2	1	2	4	2	2	3	2	3	2
18	Brute	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	étalonnée	1	3	1								
19	Brute	3	2	1	1	1	0	4	3	2	2	19

	<i>étalonnée</i>	1	2	2	2	1	1	3	2	2	3	1
20	<i>Brute</i>	12	4	4	5	8	5	1	6	0	6	51
	<i>étalonnée</i>	2	2	3	3	3	3	2	3	1	4	2
21	<i>Brute</i>	4	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6
	<i>étalonnée</i>	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
22	<i>Brute</i>	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3
	<i>étalonnée</i>	1	3	1								
23	<i>Brute</i>	6	1	6	5	8	4	3	4	1	4	42
	<i>étalonnée</i>	1	2	3	3	3	3	3	3	1	3	2
24	<i>Brute</i>	13	5	2	10	1	1	0	2	0	2	36
	<i>étalonnée</i>	3	3	2	4	1	2	1	2	1	3	2
25	<i>Brute</i>	0	1	5	3	8	3	2	11	2	7	42
	<i>étalonnée</i>	1	2	3	2	3	2	2	3	2	4	2
26	<i>Brute</i>	12	7	5	10	12	10	6	9	1	2	74
	<i>étalonnée</i>	2	3	3	4	4	5	4	3	1	3	3
27	<i>Brute</i>	18	11	13	14	12	12	7	14	11	5	117
	<i>étalonnée</i>	3	5	4	5	4	5	4	4	4	3	5
28	<i>Brute</i>	8	5	0	4	8	2	4	7	1	4	43
	<i>étalonnée</i>	2	3	1	2	3	2	3	3	1	3	2
29	<i>Brute</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>étalonnée</i>	1										
30	<i>Brute</i>	5	1	2	4	2	2	0	2	0	1	19
	<i>étalonnée</i>	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1
31	<i>Brute</i>	6	1	2	3	7	1	0	4	2	5	31
	<i>étalonnée</i>	1	2	2	2	3	2	1	3	2	3	2
32	<i>Brute</i>	2	2	2	1	3	3	3	5	2	2	25
	<i>étalonnée</i>	1	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2
33	<i>Brute</i>	1	0	0	0	0	2	1	0	0	6	10
	<i>étalonnée</i>	1	1	1	1	1	2	2	1	1	4	1
34	<i>Brute</i>	13	7	2	2	11	0	6	12	10	6	69
	<i>étalonnée</i>	3	3	2	2	4	1	4	4	4	4	3
35	<i>Brute</i>	24	12	12	14	15	15	6	18	15	9	140
	<i>étalonnée</i>	5	5	4	5	5	5	4	5	4	5	5
36	<i>Brute</i>	17	3	6	9	6	3	3	4	2	7	60
	<i>étalonnée</i>	4	2	3	3	3	2	3	3	2	4	3
37	<i>Brute</i>	12	0	0	5	3	1	0	3	0	3	27
	<i>étalonnée</i>	2	1	1	3	2	2	1	2	1	3	2
38	<i>Brute</i>	16	5	4	8	16	1	3	9	10	6	78
	<i>étalonnée</i>	3	3	3	3	5	2	3	3	4	4	3
39	<i>Brute</i>	18	12	14	9	14	9	4	19	6	8	103
	<i>étalonnée</i>	3	5	5	3	4	4	3	5	3	5	4
40	<i>Brute</i>	15	8	9	10	10	6	5	11	9	8	91
	<i>étalonnée</i>	3	4	3	4	4	3	3	3	3	5	4
41	<i>Brute</i>	8	3	3	5	6	7	6	9	9	7	63
	<i>étalonnée</i>	2	2	2	3	3	4	4	3	3	4	3
42	<i>Brute</i>	17	9	10	8	16	6	3	13	10	7	99

	<i>étalonnée</i>	3	4	4	3	5	3	3	4	4	4	4
43	<i>Brute</i>	17	6	5	6	12	6	6	5	2	3	68
	<i>Étalonnée</i>	3	3	3	3	4	3	4	3	2	3	3
44	<i>Brute</i>	6	9	8	6	11	6	4	12	5	5	72
	<i>Étalonnée</i>	1	4	3	3	4	3	3	4	2	3	3

Dans ce tableau nous avons présenté les résultats obtenus à partir du Traumaq, nous avons donc les notes brutes et étalonnées pour chaque cas.

On remarque donc que les sujets présentent une réaction traumatique différente l'un de l'autre, selon l'intensité et la nature des symptômes, malgré qu'ils étaient victimes et témoins du même événement traumatogène.

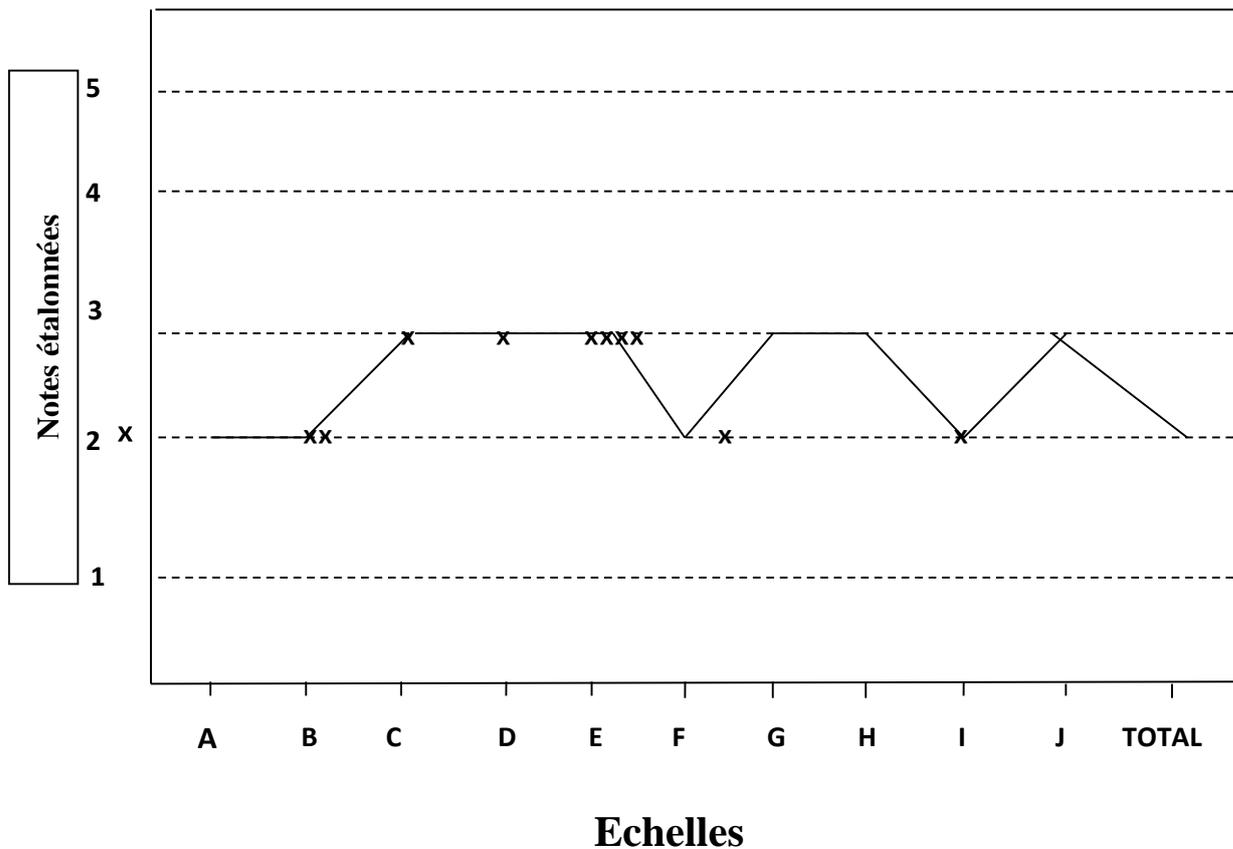
2- résultats du Traumaq de tout le groupe :

Tableau N°6: Tableau récapitulatif des résultats du Traumaq de tout le groupe.

Echelle Note	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Brute	10,19	4,17	4,58	5,24	6,81	3,31	2,56	6,75	3,90	4,11	51,58
Étalonnée	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2

Nous avons additionné les notes brutes obtenues pour tout le groupe, les diviser par la suite sur le nombre total de cas (qui est 44) pour situer l'intensité du traumatisme psychique chez cette population ; et le tableau ci-dessus présente les notes obtenues à partir de ce fait.

Figure 3: Représentation graphique des résultats de Tout le groupe



Comme son titre l'indique, cette figure nous montre une représentation spécifique pour notre groupe, ce graphe indique un traumatisme léger par une note totale de 51,58 étalonnée de 2.

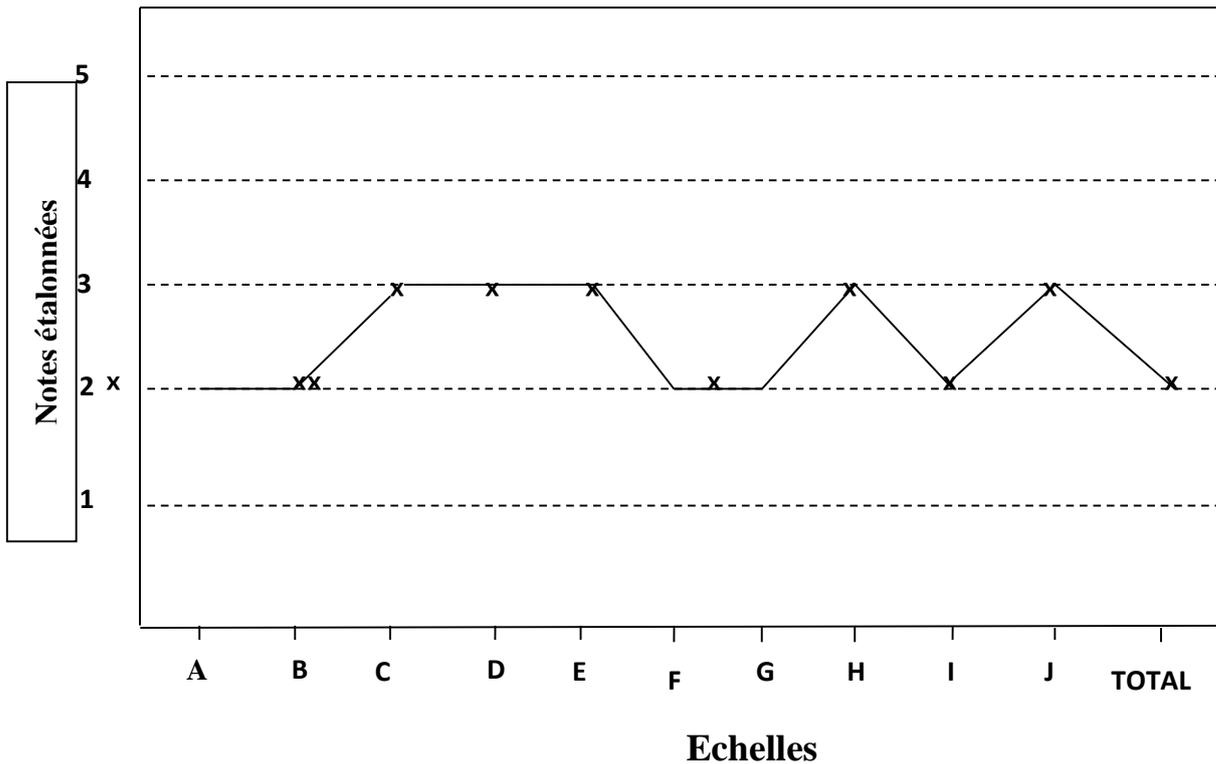
3- Résultats du Traumaq du groupe des praticiens du service Covid :

Tableau N°7: Tableau récapitulatif des résultats pour les praticiens au service Covid (groupe A)

Echelle Note	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Brute	9,36	3,36	4,2	4,52	5,64	2,16	1,84	5,64	3,08	3,48	43,24
Étalonnée	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2

Nous avons additionné les notes brutes obtenues pour tout les sujets de ce groupe, ensuite diviser le résultat sur le nombre de cas qui est 25 pour obtenir une seule note brute pour chaque échelle et enfin son étalonnage.

Figure 4 : représentation graphique des résultats de service covid



Ce graphe est une représentation des résultats obtenues auparavant ; La note totale est de 43,24 étalonné de 2 indique un traumatisme léger chez le groupe de soignants aux unités Covid.

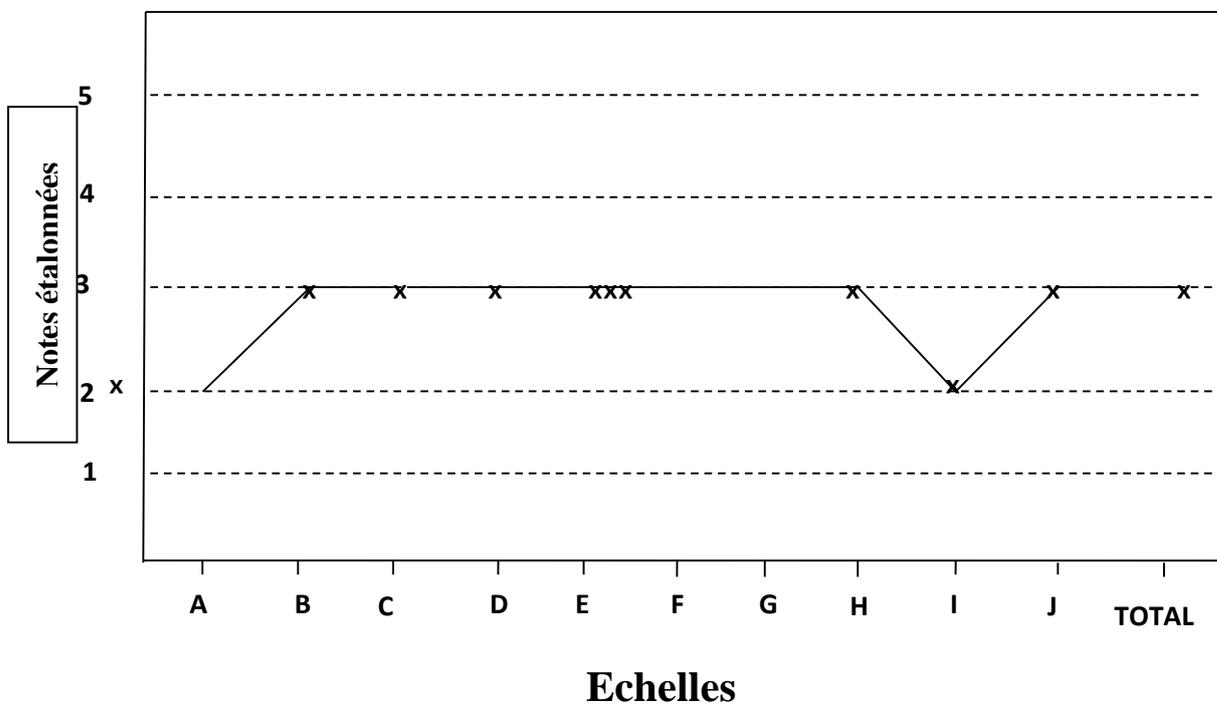
4- Résultats du Traumaq du groupe des praticiens des urgences hospitalière:

Tableau N°8:Tableaurécapitulatif des résultats du Traumaqpour les praticiens des urgences hospitalières (groupe B)

Echelle Note	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Brute	11,31	5,31	5,1	6,22	8,63	4,84	3,52	8,21	5	4,94	62,57
Étalonnée	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3

Pour obtenir la note brute de chaque échelle ainsi son étalonnage, nous avons additionné les notes brutes obtenues de tous les cas ensuite le diviser sur le nombre totale qui est 19

Figure 5 : représentation graphique des résultats du groupe de soignants des urgences



Cette figure est une représentation des résultats obtenus auparavant, la note totale de 62,57 étalonnée de 3 indique la présence d'un traumatisme psychique moyen chez ce groupe.

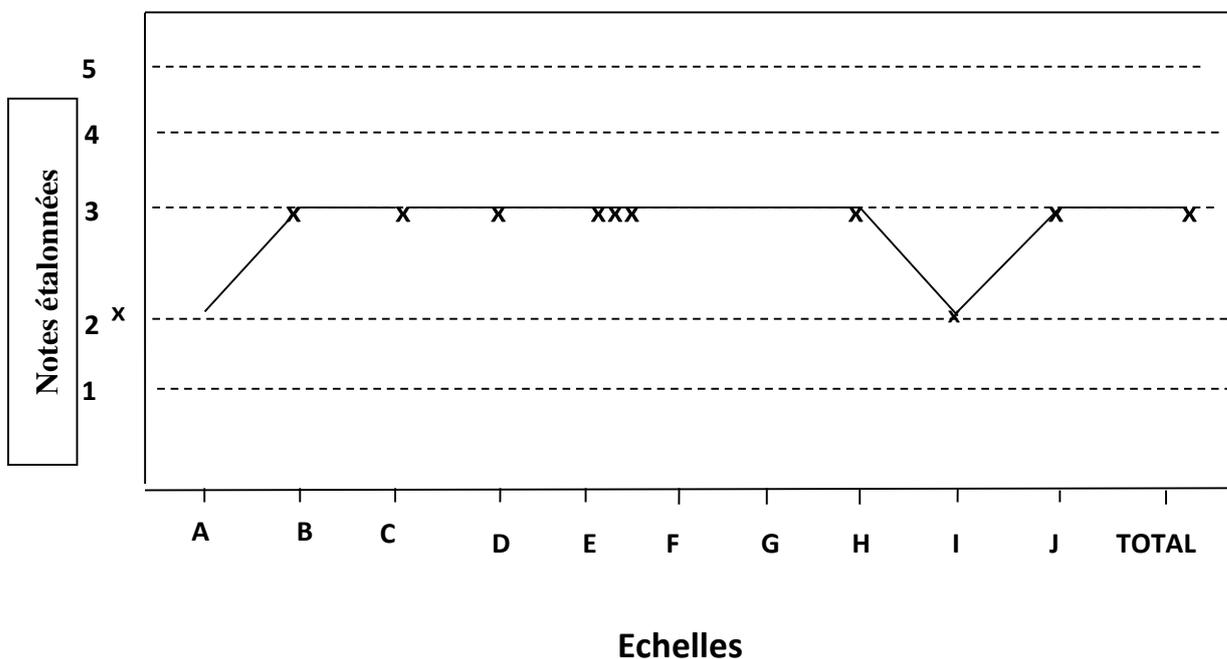
5- Résultats du Traumaq du groupe de médecins des deux services :

Tableau N°9: récapitulatif des résultats du Traumaqdu groupe de médecins (groupe M)

Echelle Note	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Brute	6,56	2,5	2,5	4,18	5	2,62	1,75	4,25	1,62	3,12	34,12
Étalonnée	1	2	2	2	3	2	2	3	1	3	2

Pour obtenir les notes brutes présentées dans le tableau ci-dessous nous avons additionné toutes les notes obtenues pour chaque échelle pour le groupe de médecins, et ensuite le diviser sur le nombre total qui est 16.

Figure 6 : représentation graphique des résultats du groupe de médecins



Cette figure représente graphiquement les résultats d'auparavant, la note brute de 34,12 étalonnée de 2 indique un présence d'un traumatisme psychique léger chez ce groupe.

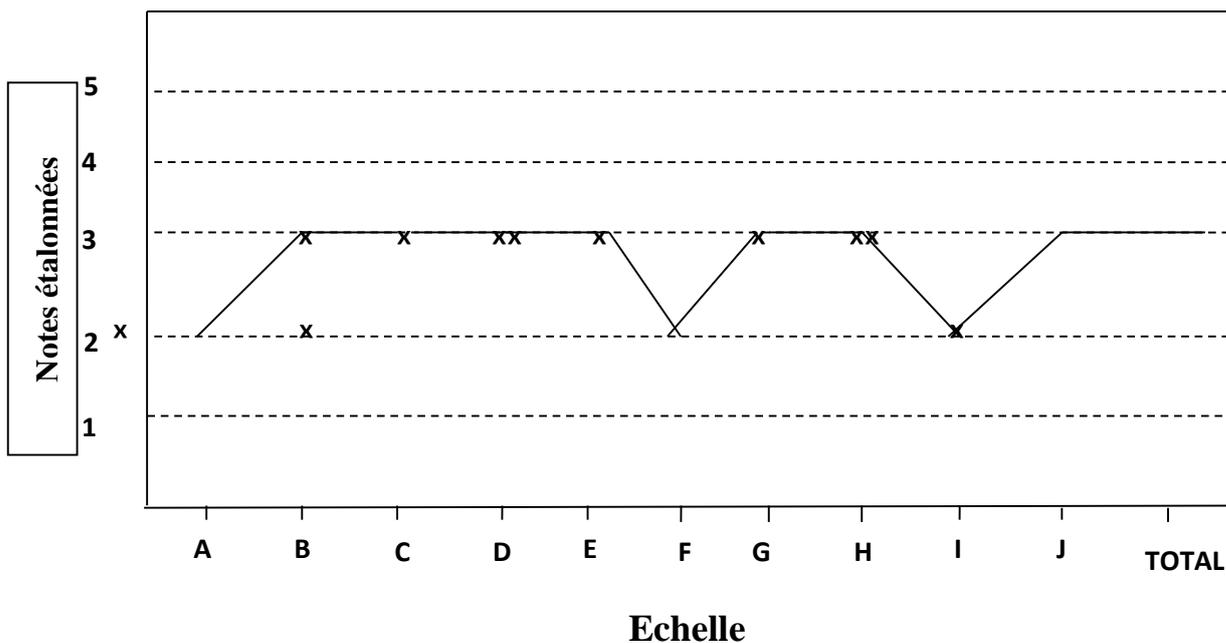
6- Résultats du Traumaq du groupe des infirmier(e)s des deux services :

Tableau N°10: récapitulatif des résultats du Traumaqdu groupe d’infirmiers (groupe I)

Echelle Note	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
Brute	12,28	5,17	5,78	5,85	8,03	3,71	3,03	8,17	5,21	4,67	61,57
Étalonnée	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3

Pour obtenir les notes brutes présentées dans le tableau ci-dessous nous avons additionné toutes les notes obtenues pour chaque échelle pour le groupe d’infirmiers, et ensuite le diviser sur le nombre total qui est 28.

Figure 7 : représentation graphique des résultats du groupe des infirmiers



Cette figure comme son titre l'indique, représente graphiquement les résultats du tableau, la note totale de 61,57 étalonnée de 3 indique la présence d'un traumatisme psychique moyen chez ce groupe.

2)- l'analyse de données :

1- Présentation et analyse des résultats du Traumaq de tout le groupe :

Echelle A : la note étalonnée obtenue est de 2, pendant l'événement notre groupe a eu une intensité légère pour les réactions immédiates physiques et psychiques.

Echelle B : la note étalonnée obtenue pour cette échelle est de 2, depuis l'événement les symptômes pathognomoniques de répétition sont présents avec une fréquence légère en parlant généralement du groupe.

Echelle C : la note étalonnée obtenue est de 3, une intensité moyenne pour la présence de troubles de sommeil.

Echelle D : cette échelle mesure l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques, la note étalonnée obtenue ici est de 3, ce qui signifie une intensité moyenne.

Echelle E : la note étalonnée obtenue est de 3, signifiant une intensité moyenne pour la présence de l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité.

Echelle F : la note étalonnée obtenue est de 2, les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs sont manifestés avec une fréquence légère.

Echelle G : une note de 3 est obtenue pour cette échelle, signifiant la fréquence moyenne de la présence de troubles cognitifs.

Echelle H : la note étalonnée est de 3, les troubles dépressifs sont présents avec une intensité moyenne.

Echelle I : la note étalonnée est de 2, et qui signifie une intensité légère pour le vécu traumatique.

Echelle J : la note étalonnée est de 3, la qualité de vie est affectée avec une intensité moyenne.

La synthèse des résultats du Traumaq :

Le traumatisme psychique est légèrement présent si on prend entièrement le groupe de soignants, la note totale brute obtenue est de 51,58 étalonnée de 2 ; les échelles (C,D,E, H,G et J) sont étalonnées de 3, l'intensité est moyenne pour la présence de troubles de sommeil, l'anxiété l'état d'insécurité et les évitements phobiques, l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité, les troubles dépressifs, les troubles cognitifs et la qualité de vie est moyennement affectée, comparant aux échelles (A,B,F et I) qui sont étalonnée de 2 pour les réactions immédiates physiques et psychiques, le symptôme pathognomonique de répétition, les réactions psychosomatiques, et vécu traumatique, qui sont présent avec intensité légère.

2- Comparaison entre les soignants du service Covid et les soignants des urgences :

Pour notre groupe nous avons deux catégories, les soignants travaillant dans les unités Covid et autres travaillant dans les urgences ; nous avons suivi la même procédure, que la première utilisée pour tout le groupe, pour décrire la présence des symptômes traumatiques chez chaque catégorie.

(Voir tableau n°7 et n° 8)

Groupe A : les soignants intervenants aux services Covid

Groupe B : les soignants des urgences hospitalières

Présentation et analyse des résultats du Traumaq des deux groupes :

Echelle A : la note étalonnée obtenue est de 2 pour les deux groupes, ce qui fait que la présence des réactions immédiates chez les deux groupes est avec la même intensité, légère.

Echelle B : la note étalonnée pour le groupe A est de 3 : intensité moyenne, et une note de 2 : intensité légère pour le groupe B, mesurant la présence du symptôme pathognomonique de répétition.

Echelle C : la note étalonnée de 3 est obtenue pour les troubles de sommeil chez les deux groupes.

Echelle D : intensité moyenne chez les deux groupes pour la présence de l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.

Echelle E : la même note étalonnée obtenue chez les deux groupes qui est de 3, pour une intensité moyenne de la présence de l'irritabilité, la perte de contrôle et l'hypervigilance et l'hypersensibilité.

Echelle F : la note étalonnée de 2, une fréquence légère, est obtenue pour le groupe A, et pour le groupe B la note étalonnée obtenue est de 3, fréquence moyenne, pour les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs.

Echelle G : la fréquence est plus élevée chez le groupe B avec une note étalonnée de 3, et chez le groupe A, la note étalonnée obtenue est de 2 ; pour les troubles cognitifs.

Echelle H : la même note étalonnée obtenue chez les deux groupes qui est de 3, pour une intensité moyenne de la présence des troubles dépressifs.

Echelle I : une note étalonnée de 2 est obtenue chez les deux groupes, signifiant une intensité légère de la présence d'un vécu traumatique.

Echelle J : une note étalonnée de 3 est obtenue pour les deux groupes, signifiant une qualité de vie moyennement affectée.

Synthèse des résultats et comparaison entre les groupes de soignants des deux services :

Le traumatisme psychique est moyennement présent chez le groupe B, avec une note totale étalonnée de 3 ; moins présent, avec une note étalonnée de 2, chez le groupe A ; les échelles (B, F, G) sont avec une fréquence élevée chez les soignants travaillant aux urgences (groupe B), les symptômes qui sont plus présents donc chez eux sont les symptômes pathognomoniques de répétition, les réactions psychosomatiques, les troubles addictifs et les troubles cognitifs.

Les deux groupes présentent, avec la même intensité, les réactions immédiates physiques et psychiques, les troubles du sommeil, l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité les troubles dépressifs et le vécu traumatique avec une qualité de vie moyennement affectée.

On synthétise que les soignants travaillant aux urgences présentent des symptômes psychotraumatiques plus que les soignants des unités Covid, dans la région de Bejaia.

3- Comparaison entre les infirmier(e)s et les médecins :

Comme nous avons fait pour avoir la première comparaison, nous avons partagé le même groupe sur deux autres catégories aussi, cette fois-ci nous obtenons un groupe d'infirmier(e)s et un autre groupe celui des médecins :

(Voir les tableaux n° 9 et n°10)

Groupe M : groupe de médecins

Groupe I : groupe d'infirmier(e)s

Présentation et analyse des résultats du Traumaq des deux groupes :

Echelle A : la note étalonnée obtenue pour les deux groupes est de 2, intensité légère pour les réactions immédiates physiques et psychiques.

Echelle B : une note étalonnée de 2 est obtenue pour le groupe M, intensité légère, et de 3 pour le groupe I, intensité moyenne pour les symptômes pathognomoniques.

Echelle C : une note étalonnée de 2 pour le groupe M, intensité légère, et une note étalonnée de 3 est obtenue pour le I, intensité moyenne, pour la présence de troubles de sommeil.

Echelle D : la note étalonnée obtenue chez le groupe M est de 2, intensité légère, et chez le groupe I, la note étalonnée obtenue est de 3, intensité moyenne, pour l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques.

Echelle E : une note étalonnée de 3, intensité moyenne, est obtenue chez les deux groupes pour l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité.

Echelle F : une note étalonnée de 2 est obtenue chez le groupe M, intensité légère, et une étalonnée de 3 chez le groupe I, intensité moyenne, pour les réactions psychosomatiques, physiques et troubles addictifs.

Echelle G : la note étalonnée obtenue pour le groupe M est de 2, intensité légère, et pour le groupe I la note étalonnée obtenue est de 3, intensité moyenne, pour les troubles cognitifs.

Echelle H : la note étalonnée de 3 est obtenue chez les deux groupes, intensité moyenne, pour les troubles dépressifs.

Echelle I : la note étalonnée de 2, intensité légère, obtenue chez les deux groupes pour la présence d'un vécu traumatique.

Echelle J : une note étalonnée de 3 est obtenue pour les deux groupes, signifiant une qualité de vie moyennement affectée.

Synthèse des résultats et comparaison entre les groupes de soignants des deux services :

Le traumatisme psychique est moyennement présent chez le groupe I avec une note totale étalonnée de 3, et légèrement présent chez le groupe M avec une note totale

étalonnée de 2. Pour les réactions immédiates physiques et psychiques la note étalonnée obtenue pour les deux groupes est de 2 signifiant une intensité légère, la même fréquence est retrouvée pour le vécu traumatique. La note étalonnée de 3 est obtenue pour les deux groupes, intensité moyenne, pour les échelles (E, H et J), l'irritabilité, la perte de contrôle, l'hypervigilance et l'hypersensibilité ; les troubles dépressifs ; et la qualité de vie.

Le groupe I obtient une note étalonnée de 3, intensité moyenne, et une fréquence plus élevée comparant au groupe M qui a obtenu une note étalonnée de 2, intensité légère, pour la présence des symptômes pathognomoniques de répétition ; les troubles du sommeil ; l'anxiété, l'état d'insécurité et les évitements phobiques ; les réactions psychosomatiques , physiques et les troubles addictifs ; et les troubles cognitifs.

3)- Illustration clinique de deux cas :

Dans ce qui suit nous allons illustrer deux cas de ce groupe, à l'aide des informations obtenues du Traumaq, nous avons choisi un médecin et infirmier avec des intensités différentes.

1-Premier cas :

Présentation du cas :

Il s'agit de madame « H » âgée de 32 ans, infirmière ; mariée sans enfants,, elle a travaillé pendant toute la périodes de la pandémie à compter du mois de mars 2020, pour ce qui est d'antécédent, madame « h » n'a rien mentionné.

Présentation et analyse du TRAUMAQ :

- **Première partie :**

Echelle A : elle a obtenue une note de 18 étalonnée de 3, madame « h », pendant l'événement, a présenté un très fort sentiment de frayeur, d'angoisse et d'impuissance, elle s'est sentie seule et abandonnée par les autres et qu'elle était dans un spectacle insoutenable, elle a eu très intensivement conviction qu'elle allait mourir. Un fort

sentiment d'être dans un état second et elle a faiblement présentée des manifestations physiques.

Echelle B : quant aux symptômes pathognomoniques de répétition depuis l'événement, madame « H » a obtenu une note de 12 étalonnée de 5 ; ici on constate que des reviviscences et flashbacks sont manifestés par madame « H » avec de très forte intensité, la même chose aux cauchemars liés à l'événement et aussi qu'elle ressent une très forte angoisse quand elle en repense.

Echelle C : elle a obtenu une note de 14 étalonné de 5, madame « H » présente des troubles de sommeil depuis l'événement, elle a répondu qu'elle a des difficultés d'endormissement, des cauchemars qu'elle est fatiguée au réveil (réponse 3 : très forte intensité). Et qu'elle a fortement l'impression de ne pas dormir la nuit.

Echelle D : elle a obtenu 9 étalonnée de 3, on constate que madame « H » manifeste un comportement d'évitement et un sentiment d'insécurité avec une très forte intensité, elle est fortement anxieuse et présente une faible manifestation d'angoisse.

Echelle E : madame « H » a obtenu une note de 14 étalonnée de 4, on note avec une très forte intensité que notre cas est hypervigilante et attentive aux bruits et qu'elle a présenté des comportements agressifs depuis l'événement, elle mentionne qu'elle est plus méfiante qu'auparavant et plus irritable, sinon l'intensité mentionnée de la perte du contrôle est faible.

Echelle F : la note obtenue est de 9 étalonnée de 4, les réactions physiques et des addictions sont manifestées chez madame « H » avec une très forte intensité sinon elle n'a pas de problèmes de santé ni des variations de poids observées.

Echelle G : note brute 4 étalonnée de 3, madame « H » n'a pas de difficulté à se remémorer des souvenirs de l'événement, mais de faibles trous de mémoire ; sinon elle a des difficultés de concentrations qu'auparavant, avec de très forte fréquence.

Echelle H : elle a obtenue une note brute 19 étalonnée de 5, pour le manque d'énergie et d'enthousiasme, l'impression de lassitude et d'épuisement, la tristesse et crises de larmes, l'isolement et le désintérêt de vivre sont présentés chez madame « H » avec une très forte intensité. Elle présente ainsi un fort désespoir mais elle n'a aucune difficulté dans les relations affectives.

Echelle I : madame « h » a obtenue 6 étalonnée de 3, apparait une très forte intensité d'impression d'avoir fondamentalement changée, aucune culpabilité ni honte ni dévalorisation ne se sont manifestées chez elle ; mais un fort sentiment de colère et de la haine avec un faible sentiment d'humiliation.

Echelle J : ici la note brute est de 8 étalonné de 5, la qualité de vie chez madame « H » est très touchée après l'événement, elle ne voit pas ses amis avec la même fréquence, elle se sent abandonnée et incomprise et n'est pas soutenue, pas de loisirs ni du même plaisir qu'auparavant ; elle se sent moins concernée par ce qui se passe autour d'elle.

- **La deuxième partie :**

Ce qui est de troubles de sommeil et la tendance à s'isoler, ils sont présents chez madame « H » plus d'un an et ont durés à ce jour; quant à l'impression de revivre l'événement et aux souvenirs de celui-ci, ils sont présents a partir de six mois persistants plus d'un an. Durant la première période de l'événement notre patiente a manifesté de l'anxiété, d'angoisse, d'agressivité, de la perte de contrôle, des réactions physiques, et des sentiments de culpabilités voire à l'augmentation de consommation de certaines substances.

Synthèse des données recueillis à partir du questionnaire TRAUMAQ de Mme H :

Madame « H » présente un syndrome psychotraumatique intense (très fort), par la note brute totale de 117 étalonnée de 5, pour les réactions physiques et psychiques au début de l'événement, elles sont moyennement présentes ; mais depuis, des notes maximales des échelles (B,C,H et J) étalonnées de 5, forte intensité, qui signifient une très forte présence de symptômes pathognomoniques de répétition, de troubles de sommeil, et de troubles dépressifs et qualité de vie très touchée (mauvaise), les notes obtenues dans les échelles (E et F) étalonnées de 4 signifient aussi une forte manifestation des réactions psychosomatiques avec une perte de contrôle, d'hypervigilance et aussi les troubles addictifs ; quant à l'anxiété, les troubles cognitifs et le vécu traumatique (échelles D, G et I) se sont aussi notées avec une intensité modérée (notes étalonnées de 3).

Après l'analyse des données du questionnaire on constate que la vie de madame « H », a vraiment été bouleversée depuis le commencement de la Covid-19, vu les symptômes présentés par cette dernière et qui demeurent à ce jour.

2- Deuxième cas :

Présentation du cas :

Il s'agit de madame «B » âgée de 32 ans, médecin dans un CHU, mariée et maman d'un enfant de trois ans, sans antécédents familiaux ; elle exerce au niveau du service covid depuis mars 2020 à ce jour.

Présentation et analyses des résultats du traumaq :

- **Première partie :**

Echelle A : elle a obtenue une note brute de 5 étalonné de 1, pendant les débuts de l'événement, le sentiment de frayeur et d'impuissance sont faiblement présentés chez madame « B » mais elle a ressenti une forte angoisse. Sinon elle n'a rien manifesté comme réactions physiques ni s'est sentie abandonnée ou bien seule, elle n'avait encore pas l'impression d'être paralysée.

Echelle B : elle a obtenue une note de 1 étalonnée de 2, depuis l'événement madame « B » ressent faiblement de l'angoisse sinon elle n'a pas signalé d'avoir revivre l'événement dans des rêves ou des cauchemars ni d'avoir des difficultés à parler de ce dernier.

Echelle C : notre cas n'a pas présenté des troubles du sommeil, elle a obtenue une note de 0 étalonnée 1.

Echelle D : note obtenue pour cette échelle est de 3 étalonnée de 2, madame « B » ne présente pas de l'anxiété ni d'angoisse, elle manifeste par contre avec une intensité faible des évitements phobiques et un sentiment d'insécurité.

Echelle E : madame « B » a obtenue une note de 1 étalonnée de 1, appart une faible intensité de sentiment d'hypersensibilité, elle n'a rien mentionné.

Echelle F : elle a obtenue 0, note étalonnée de 1 pour les réactions psychosomatiques, physiques et les troubles addictifs.

Echelle G : pas de troubles cognitifs, elle a obtenue une note de 0 étalonnée de 1.

Echelle H : elle a obtenue 0 étalonnée de 1, pas de troubles dépressifs.

Echelle I : elle a obtenue 2 étalonnée de 2 pour le vécu traumatique, elle n'a rien mentionné appart une faible intensité pour avoir un changement de la façon de voir la vie, elle-même et les autres.

Echelle J : madame « B » a obtenue une note de 2 étalonnée de 3, elle ne voit pas ses amis avec la même fréquence qu'auparavant et ne recherche non plus davantage la compagnie et la présence d'autrui.

- **Deuxième partie :**

Le début de l'événement madame « B » a sentit de la crainte, de l'anxiété et dans un état d'insécurité, avait des troubles de sommeil et des images qui reviennent mais qui n'ont pas duré plus que quelques instants immédiats après l'événement.

Synthèse des données recueillis à partir du questionnaire TRAUMAQ :

Madame « B » ne présente pas un syndrome psychotraumatique, par une note totale brute de 14 étalonnée de 1 ; les notes obtenues dans six échelles étalonnées de 1, très faible à une absence d'intensité, pour la présence de réactions immédiates, de troubles de sommeil, d'irritabilité, de la perte de contrôle, d'hypervigilance, des réactions psychosomatiques, des troubles cognitifs et de troubles dépressifs. on note une fréquence un peu plus élevée (notes étalonnées de 2) pour 3 échelles : le symptôme pathognomonique de répétition, l'anxiété et le vécu traumatique. Quant à la qualité de vie chez madame « B » elle est affectée avec un niveau d'intensité moyen, par la note brute de 2 étalonnée de 3.

Après l'analyse des données du questionnaire on constate que madame « B » a pu tenir le coup et s'en sortir avec moins de séquelles malgré qu'elle exerce toujours son métier.

4)- La discussion des hypothèses :

Dans ce qui suit nous illustrons d'abord ces tableaux et figures, qui complètent le même travail fait auparavant, et qui vont servir à faciliter la discussion de nos hypothèses.

Tableau N°11:Tableau récapitulatif des notes brutes converties en notes étalonnées et le niveau d'intensité de tout le groupe.

Groupe de recherche	Note brute du Traumaq	Note étalonnée du Traumaq	Niveau d'intensité
Cas 1	82	3	Moyen
Cas 2	46	2	Léger
Cas 3	51	2	Léger
Cas 4	72	3	Moyen
Cas 5	56	2	Léger
Cas 6	47	2	Léger
Cas 7	39	2	Léger
Cas 8	43	2	Léger
Cas 9	34	2	Léger
Cas 10	20	1	Absent
Cas 11	75	3	Moyen
Cas 12	39	2	Léger
Cas 13	67	3	Moyen
Cas 14	64	3	Moyen
Cas 15	84	3	Moyen
Cas 16	14	1	Absent
Cas 17	45	2	Léger
Cas 18	4	1	Absent
Cas 19	19	1	Absent
Cas 20	51	2	Léger
Cas 21	6	1	Absent
Cas 22	3	1	Absent
Cas 23	42	2	Léger
Cas 24	36	2	Léger
Cas 25	42	2	Léger
Cas 26	74	3	Moyen
Cas 27	117	5	Très fort
Cas28	43	2	Léger
Cas29	0	1	Absent
Cas 30	19	1	Absent
Cas 31	31	2	Léger
Cas 32	25	2	Léger
Cas 33	10	1	Absent
Cas 34	69	3	Moyen
Cas 35	140	5	Très fort
Cas 36	60	3	Moyen
Cas 37	27	2	Léger
Cas 38	78	3	Moyen
Cas 39	103	4	Fort
Cas 40	91	4	Fort

Cas 41	63	3	Moyen
Cas 42	99	4	Fort
Cas 43	68	3	Moyen
Cas 44	72	3	Moyen

Tableau N°12: Tableau explicatif des cinq niveaux d'intensité différents du traumatisme chez tout le groupe.

Niveau d'intensité du traumatisme	Nombres de cas	Pourcentages
Absent (Absence de traumatisme)	9	20 %
Léger	17	39 %
Moyen	13	29 %
Fort	3	7 %
Très fort	2	5 %

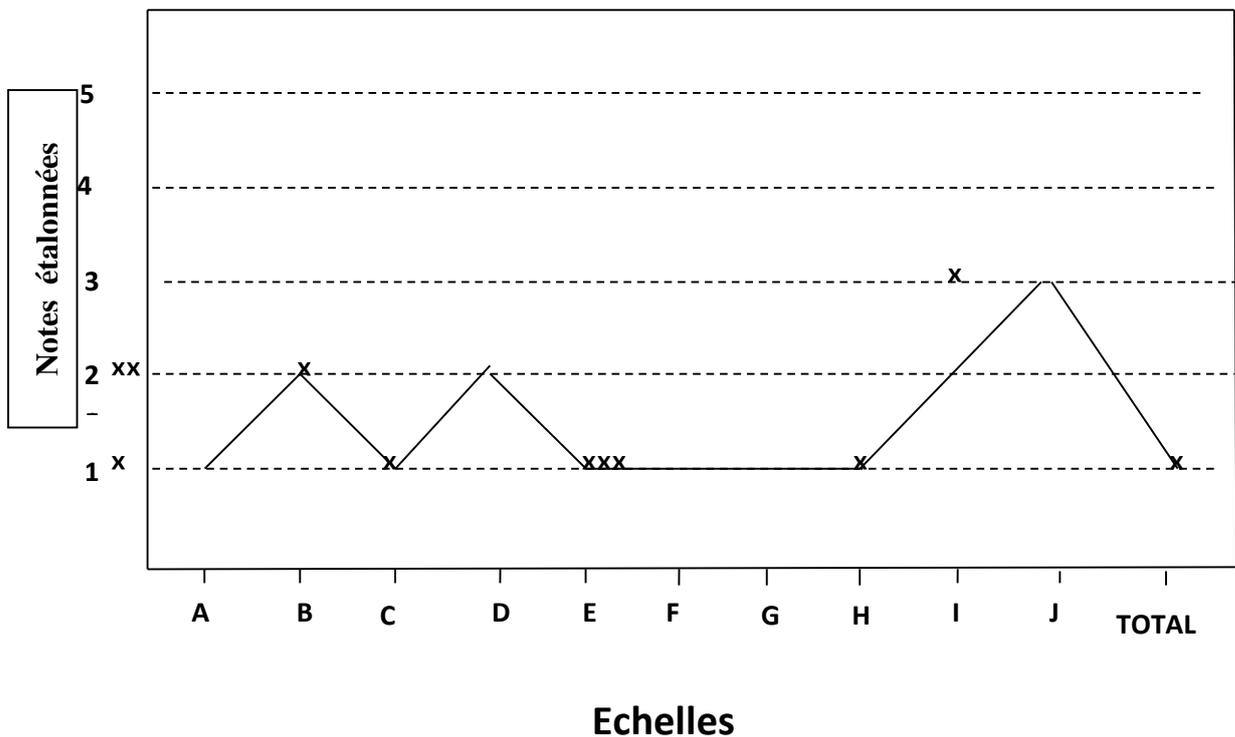
Tableau N°13 : Tableau comparatif des niveaux d'intensité des troubles psychotraumatiques entre le groupe A et le groupe B.

Echelles	Niveau d'intensité	
	Groupe A (Service Covid)	Groupe B (services des urgences)
Echelle A	Léger	Léger
Echelle B	Léger	Moyen
Echelle C	Moyen	Moyen
Echelle D	Moyen	Moyen
Echelle E	Moyen	Moyen
Echelle F	Léger	Moyen
Echelle G	Léger	Moyen
Echelle H	Moyen	Moyen
Echelle I	Léger	Léger
Echelle J	Moyen	Moyen
Totale	Léger	Moyen

Tableau N°14: Tableau comparatif entre infirmiers et les médecins

Echelles	Niveau d'intensité	
	Groupe M Médecins	Groupe I infirmier(e)s
Echelle A	Léger	Léger
Echelle B	Léger	Moyen
Echelle C	Léger	Moyen
Echelle D	Léger	Moyen
Echelle E	Moyen	Moyen
Echelle F	Léger	Moyen
Echelle G	Léger	Moyen
Echelle H	Moyen	Moyen
Echelle I	Léger	Léger
Echelle J	Moyen	Moyen
Totale	Léger	Moyen

Figure 8: représentation graphique du profil Madame B



Après avoir illustré les données obtenues pour les cas du groupe de recherche et l'analyse des résultats, dans cette partie nous allons recourir à nos hypothèses pour une discussion de celles-ci et leur compatibilité par rapport à ce groupe de soignants. Pour pouvoir le faire on va les reprendre une par une :

1- la première hypothèse :

Dans le tableau n°11, les résultats illustrés servent à confirmer la première hypothèse « **La covid19 a un impact traumatique sur les soignants de la région de Bejaia** », pour cela nous citerons les niveaux d'intensité selon les résultats du Traumaq.

A partir de ces données, nous remarquons cinq niveaux d'intensité différents de traumatisme psychique, voir le tableau n°12:

Les notes brutes obtenues pour le groupe sont de 0 à 140, de ce fait le groupe contient des sous-groupes, on remarque une absence de traumatisme chez certains (9 cas) et autres qui présentent un traumatisme avec des intensités différentes (légère, moyenne, forte et très forte) ; l'intensité la plus fréquente est bien la légère avec 17 cas, la moins fréquente est la très forte avec uniquement 2 cas.

***Absence de traumatisme**

Pour ceux qui ne présentent pas un traumatisme psychique selon l'étalonnage des notes totales de leurs réponses aux questionnaires, on remarque que quelques symptômes psychotraumatiques avec des légères, moyennes jusqu'à fortes intensités sont présents chez eux (voir le tableau n°11) : la qualité de vie est affectée chez sept cas, parmi un seul présente une intensité forte ; tous les cas n'ont pas présenté des réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement (note étalonnée de 1 à l'échelle A) mais depuis l'événement, des symptômes psychotraumatiques sont apparus chez eux de types différents d'un cas à un autre.

***Traumatisme léger**

La réaction traumatique chez ceux qui présentent un traumatisme psychique léger, se diffère d'un cas à un autre, on retrouve que la plus part ont présenté des réactions immédiates avec intensité légère à moyenne, et que chaque cas depuis l'événement présente des troubles psychotraumatiques différemment de l'autre par la nature (le type) et l'intensité de ceux-ci.

***Traumatisme moyen**

La réaction immédiate est présente avec intensité moyenne chez sept cas, légère chez trois, absence de réaction chez deux, et forte chez un seul, quant aux troubles psychotraumatiques depuis l'événement, la présence ainsi que le type de trouble varient d'un cas à un autre avec des intensités qui vont d'un niveau moyen au fort voire très fort. La qualité de vie est affectée chez ces cas avec presque une même fréquence : moyenne et forte chez quatre cas.

***Traumatisme fort**

La réaction immédiate est présente avec le même niveau d'intensité, moyen, chez les trois cas, la même chose pour les troubles cognitifs, la qualité de vie chez ces cas est affectée avec une intensité très forte chez deux cas et forte chez le troisième. Les autres troubles psychotraumatiques sont manifestés différemment chez chacun.

***Traumatisme très fort**

La manifestation des troubles psychotraumatiques est avec une fréquence forte à très forte chez les deux cas, sauf qu'un des deux cas présente une intensité moyenne pour les réactions immédiates physiques et psychiques et la qualité de vie.

De ce fait on synthétise que **la covid19 a un impact traumatique sur les soignants de la région de Bejaia**, et c'est la confirmation de notre première hypothèse, 35 cas qui présentent **80%** de notre groupe étudié manifestent un traumatisme psychique avec des niveaux d'intensité entre le léger et le très fort et que 9 cas le reste du groupe **20%**

avec absence de traumatisme manifestent quand même quelques symptômes psychotraumatiques avec des intensités considérables.

Pour les deux cas que nous avons illustrés, le premier de madame H qui s'inscrit dans les 80% manifestants un traumatisme psychique lié à la Covid, et le deuxième de madame B s'inscrit dans les 20% qui ne présentent pas un traumatisme psychique d'après l'étalonnage du résultat total du Traumaq, notre patiente présente quelques symptômes psychotraumatiques qui sont :

- Angoisse attachée aux répétitions
- Evitements phobiques
- Impression d'avoir fondamentalement changé.

Cela est synthétisé selon ses réponses sur le questionnaire Traumaq et l'étalonnage des notes brutes présentés dans le graphique (figure n°8)

Cette figure est une représentation graphique du profil de madame B qui manifeste des symptômes psychotraumatiques avec un niveau d'intensité léger pour les échelles B,D et I et un niveau d'intensité Moyen pour l'échelle J, cela fait appuyer la confirmation de notre première hypothèse.

2- Deuxième hypothèse :

Nous avons illustré dans le tableau n°13 les niveaux d'intensité des troubles psychotraumatiques par échelle, et chez chaque groupe de soignants (A et B), les soignants qui travaillent au service Covid et autres qui travaillent aux urgences pour une discussion de la deuxième hypothèse « **La Covid19 a un impact traumatique plus élevé sur les soignants des urgences que les soignants des services Covid** »

Les réactions immédiates physiques et psychiques pendant l'événement (échelle A) sont de la même intensité, moyenne, chez les deux groupes; même depuis l'événement on remarque des convergences concernant les échelles (C, D, E, H, I et J)

Cependant on voit clairement le niveau d'intensité moyen résulte huit échelles chez le groupe de soignants des urgences et cinq échelles chez les soignants du service Covid, et ceci est plus remarquable dans le totale qui est avec une intensité plus fréquente chez les soignants des urgences aussi (moyen), cela confirme notre deuxième hypothèse que **La Covid19 a un impact traumatique plus élevé sur les soignants des urgences que les soignants des services Covid.**

D'après les témoignages des soignants, nous suggérons que cette différence dans l'intensité du traumatisme psychique est dû au fait que aux unités Covid les soignants sont plus armés concernant les moyens du travail (sous-blouses, cagoules jetables, combinaisons, masque FFP2...) et cela, peut être, leurs a présenté une sorte de sécurité et de contenance qui a fait que le taux d'anxiété et d'angoisse se rabaisse, d'un autre coté aux urgences on intervient auprès de tout venants, et donc si on se rend compte après une consultation ou un don de soins qu'on a eu un contacte avec une personne suspect, peut déstabiliser le soignant et lui fait ressentir et vivre un état d'insécurité, quant aux unités Covid, malgré le danger d'être directement exposé, on est déjà préparé, psychiquement surtout, pour recevoir et intervenir avec les patients atteints le Covid.

3- la troisième hypothèse:

Pour pouvoir discuter notre troisième hypothèse **La Covid19 a un impact traumatique plus élevé sur les infirmiers que les médecins**, nous avons illustré dans le tableau n°14 les niveaux d'intensités par échelles, par rapport aux résultats du Traumaq des deux groupes, infirmier(e)s et médecins

Le même niveau d'intensité est retrouvé chez les deux groupes pour les réactions immédiates physiques et psychiques (léger à l'échelle A) puis on remarque une différence et que le niveau d'intensité léger est répétés pour représenter huit échelles sur neuf chez le groupe des infirmiers et juste trois échelles chez le groupe de médecins,

et même le totale on voit clairement qu'il est avec un niveau d'intensité moyen chez le groupe des infirmiers et léger, moins fréquent, chez le groupe de médecins.

De ce fait on confirme notre troisième hypothèse que **La Covid19 a un impact traumatique plus élevé sur les infirmiers que les médecins**, notons qu'on a pris le nombre existant de médecins et d'infirmiers qui n'est pas homogène.

Nous avons choisi de faire cette comparaison pour le fait que l'intervention des infirmiers auprès des patients atteints de la Covid exige un contact physique et aussi répété, par les soins qu'ils donnent, comparant aux médecins qui ne sont pas autant en contact avec les patients surtout dans le cas d'hospitalisation ; alors que pour se protéger de cette pandémie il faut en premier lieu éviter tout contact physique, cette situation d'être en danger mais aussi qu'on peut pas éviter, par le devoir qu'il impose son métier, semble difficile.

Conclusion générale

La Covid19 demeure encor à ce jour et on se retrouve qu'on vit avec, cet ennemi invisible qui a fait bouleverser la vie de tous les humains, il semble que le monde actuellement rencontre une troisième vague depuis les mois derniers.

Dans notre mémoire nous avons cherché l'impact traumatique de la Covid19 sur les soignants, cette population qui a été à la première ligne pour la confrontation contre cette pandémie, et en contact direct avec les malades pour leur prise en charge. Nous avons suggéré des réponses à partir de la revue littérature et nos observations faites dans la pré enquête.

Nous avons alors choisis les soignants vu qu'ils étaient les premiers qui doivent, par l'exigence de leur travail ainsi que la crise est sanitaire, faire face à cette pandémie nouvelle et inconnue ; ils reçoivent les malades chaque instant et ne peuvent que prendre ce risque, avec peu de moyens, pour diagnostiquer, donner les soins nécessaires pour ces derniers, alors que la protection de ce virus exige l'évitement de tout contact social et plus précisément avec les personnes atteintes.

Pour ce faire nous nous sommes appuyées sur l'abord du traumatisme psychique qui intègre plusieurs points de vue (psychanalytique, phénoménologique, et symptomatologique), en offrant un arrière plan théorique intégratif à notre recherche ; cela nous a menés à l'utilisation du Traumaq en adoptant une méthode clinique descriptive.

Notre région, Bejaia, est parmi les wilayas les plus touchées en Algérie par la Covid19; notre recherche a été effectuée au sein de l'EPH Frantz Fanon de Bejaia plus exactement au service Covid (service des maladie infectieuses) et aussi nous avons distribué le Traumaq, à l'aide des chefs services, au niveau de : l'hôpital d'Amizour, la polyclinique de sidi Ahmed, EPSP d'Iheddadene et aussi l'hôpital de Kherrata, notre groupe est composé de quarante quatre cas entre médecins et infirmiers, qu'ils soient hommes ou femmes, nos cas ont travaillé pendant la période de la pandémie, dans les services Covid ou bien des urgences hospitalières.

Après la récolte et l'analyse de données, nous avons confirmé que la covid19 a un impact traumatique chez les soignants, l'intensité du traumatisme se diffère. Nous avons aussi fait deux comparaisons, la première entre les soignants intervenants dans deux services différents (urgences hospitalières et service Covid) et la deuxième entre les médecins et les infirmiers ; nous avons constaté que l'intensité du traumatisme peut dépendre de la nature de l'intervention auprès des malades et même du service de travail, tenant en compte que les moyens et les mesures prises sont pas les mêmes dans les deux lieux.

En effet, la prise en charge psychologique est donc indispensable pour les soignants, et les situations pareilles exigent la disposition des établissements de santé de psychologues formés pour cette intervention.

Pour conclure notre recherche, nous espérons que nous avons posé la première pierre concernant le vécu psychologique des soignants, pour cela nous avons tentés d'ouvrir d'autres fenêtres aux prochains étudiants pour explorer en profondeur cette symptomatologie traumatique chez ces soignants avec des études plutôt qualitatives que quantitative, ainsi, chercher et étudier et de mettre en questions : « la résilience chez les soignants », « quel est le devenir des soignants après un an depuis la pandémie ? », « comment la Covid19 a influencé la qualité de vie des soignants ? » .

Liste bibliographique :

1. A Somogyi, P Brazille, C leclerc (2010) *Maladie infectieuses tome 1. Infection parasitaires virales et mycosiques.*
2. Abdelkrim Boudoukha (2009) *Burn out et traumatisme psychologiques*, Dunod.
3. Agnès Ladois-do Pilar Rei (2012) *Réactions péritraumatiques et symptômes de troubles de stress post-traumatique (TSPT) après une admission en psychiatrie.*
4. Aktouf (1987) *méthodologie des sciences sociales et approches qualitative des organisations – une introduction a la démarche classique et une critique.* Presses univ de Québec.
5. AmercianPsychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5 (5 e éd ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq).* Paris, France : Masson
6. C Bouatta (2007) *les traumatismes collectifs en Algérie.* Casbah.
7. C Bouatta. (2020) *Du confinement et de ses conséquences (article publier dans la page SARP).*
8. Christopes Pasquier, StéphanesBertagnoli, Daniel Dunia, Jaque Izopet. (2013) *Virologie humaines et zoonoses, cours et fichiers de synthèses.*
9. Claude Barrois (1998) *les névroses traumatiques.*
10. Damianie, Pereira-Fradin (2009) *manuel TRAUMAQ questionnaire d'évaluation du traumatisme.* Creapsy Alger
11. Diamenie, PAreira-Fradin (2006) *manuel traumaq,* ecpa Paris
12. F Lebigot (2005) *traiter les traumatismes psychiques, clinique et prises en charge)*
13. F Lebigot (2009) *stress et trauma.* Revue francophone p203.204.
14. Florence Robin (2020) *quelques réflexions sur la souffrances des soignants français dans la crises sanitaire de la Covid19.* <https://www.cairn.info/revue-psn-2020-3-page-107.htm>
15. Gaëlle Penhoat (2016) *la boîte à outils de la gestion du stress.* Cairn.info.
16. Ghislaine capogna-barder (2014) *clinique du trauma.* Eres.
17. H Bloch (1999) *Grand dictionnaire de la psychologie.*
18. J Laplanche , J B Pantalís dirigé par D Lagache (1996) *Vocabulaire de la psychanalyse.*
19. Julien-Daniel Guelfi, Frédéric Rouillon (2002) *Manuel de psychiaterie.*
20. KhadidjaChahraoui, HervéBénony (2003) *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique.*

21. L. Crocq (2007) traumatisme psychique : prise en charge des victimes. Masson.
22. Larousse (2009) Dictionnaire de la psychanalyse.
23. Les Echos.fr
24. Levèque Baptiste (2017) a propos des thérapies précoces adaptées aux traumatismes psychiques. intérêt de l'EMDR
25. Louis Crocq (2014) traumatisme psychique.
26. MarianeKédia,
27. MarianeKédia, Aurore Sabouraud-Seguin (2013). L'aide-mémoire de psycho-traumatologie Paris, Dunod
28. Murelde Rome (2020) conséquences psychologiques de la crise du covid19 sur les soignants. <https://www.cairn.info/revue-laennec-2020-4-page-21.htm>
29. Phillippe Burn (2015) enfance. Cairn.info <http://www.cairn.info/doi.org/10.4074/S0013754515002013>.
30. Seban Ionescu, Alain Blanchet (2013) Méthodologie de la recherche en psychologie clinique.
31. -<http://www.covid19.sante.gov.dz>.
32. <https://www.who.int>.
33. <http://www.sante.gov.dz>.
34. <https://apps.who.int>.

Annexes

Traumaq

Questionnaire d'évaluation du traumatisme

Carole Damiani
Maria Pereira-Fradin

- Passation individuelle
- Collective
- Victime directe de l'événement
- Témoïn

Nom : _____
Prénom : _____
 F M Age : _____
Date de passation : _____
Lieu de passation : _____

Informations concernant l'événement :

Événement individuel Collectif Nature* : _____

Lieu (domicile, voie publique, etc.) : _____

Date : _____

Durée : _____

Blessures physiques : Non Oui Description : _____
Séquelles actuelles : _____

Avez-vous bénéficié de l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique sur les lieux ?
 Non Oui

ITT¹ Non Oui Nombre de jours : _____ Arrêt de travail Non Oui Durée : _____

IPP² Non Oui Pourcentage : _____

* Nature de l'événement

En fonction de la réponse recueillie, cocher une ou plusieurs cases ci-dessous :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Catastrophe naturelle | <input type="checkbox"/> Coups et blessures volontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe technologique | <input type="checkbox"/> Coups et blessures involontaires |
| <input type="checkbox"/> Catastrophe aérienne, maritime ou ferroviaire | <input type="checkbox"/> Tentative d'homicide |
| <input type="checkbox"/> Accident de la voie publique | <input type="checkbox"/> Agression sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Attentat | <input type="checkbox"/> Viol |
| <input type="checkbox"/> Explosion de gaz | <input type="checkbox"/> Racket |
| <input type="checkbox"/> Accident domestique | <input type="checkbox"/> Conflit armé |
| <input type="checkbox"/> Prise d'otage ou séquestration | <input type="checkbox"/> Tortures |
| <input type="checkbox"/> Hold-up ou vol à main armée | <input type="checkbox"/> Autres |

¹ ITT = Interruption Temporaire de Travail

² IPP = Incapacité Permanente Partielle

Renseignements généraux concernant la période antérieure à l'événement :

Situation familiale

Marié(e) ou en concubinage Divorcé(e) ou séparé(e) Célibataire Veuf/Veuve

Nombre d'enfants (préciser leur âge) : _____

Situation professionnelle

Etudiant(e)

Salarié(e) : plein temps temps partiel

Sans emploi : homme ou femme au foyer chômage congé parental
 en stage formation congé maladie retraité(e)

Etat de santé

Avez-vous des problèmes de santé : Non Oui lesquels : _____

Suiviez-vous un traitement médical : Non Oui de quelle nature : _____

Avez-vous déjà consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Avez-vous suivi une psychothérapie : Non Oui sous quelle forme : _____

Date : _____ Durée : _____

Avez-vous vécu d'autres événements qui vous ont profondément marqué(e) :

Non Oui Nature : _____

Date : _____

Renseignements concernant la période postérieure à l'événement :

Avez-vous consulté un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute : Non Oui

Suivi d'une psychothérapie : Non Oui Sous quelle forme : _____

Date de la première séance : _____

Nombre de consultations (à ce jour) : _____

Traitement médical : Non Oui Lequel : _____

Durée : _____

PREMIERE PARTIE

Vous devez répondre à toutes les questions. Vous pouvez revenir en arrière, passer une question si vous avez du mal à y répondre sur le moment mais il faudra y revenir par la suite. Le temps de passation n'est pas limité.

Pour toutes les questions suivantes, utiliser l'échelle ci-dessous et cocher la case correspondante.

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
----- ----- -----			
nulle	faible	forte	très forte

Pendant l'événement

Nous allons aborder ce que vous avez ressenti pendant le déroulement de l'événement.

		0	1	2	3
A1	Avez-vous ressenti de la frayeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2	Avez-vous ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3	Avez-vous eu le sentiment d'être dans un état second ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4	Avez-vous eu des manifestations physiques comme, par exemple, des tremblements, des suees, une augmentation de la tension, des nausées ou une accélération des battements du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5	Avez-vous eu l'impression d'être paralysé(e), incapable de réactions adaptées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6	Avez-vous eu la conviction que vous alliez mourir et/ou d'assister à un spectacle insoutenable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7	Vous êtes-vous senti seul(e), abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8	Vous êtes-vous senti impuissant(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total A					

Depuis l'événement

Nous allons maintenant aborder ce que vous ressentez actuellement.

		0	1	2	3
B1	Est-ce que des souvenirs ou des images reproduisant l'événement s'imposent à vous durant la journée ou la soirée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2	Revivez-vous l'événement dans des rêves ou des cauchemars ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3	Est-il difficile pour vous de parler de l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4	Ressentez-vous de l'angoisse lorsque vous repensez à ces événements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total B					

		0	1	2	3
C1	Depuis l'événement, avez-vous plus de difficultés d'endormissement qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2	Faites-vous davantage de cauchemars ou de rêves terrifiants (au contenu sans rapport direct avec l'événement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3	Avez-vous plus de réveils nocturnes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4	Avez-vous l'impression de ne pas dormir du tout ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C5	Êtes-vous fatigué(e) au réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total C					

Intensité (ou fréquence) de la manifestation			
0	1	2	3
—	—	—	—
nulle	faible	forte	très forte

		0	1	2	3
H1	Avez-vous perdu de l'intérêt pour des choses qui étaient importantes pour vous avant l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	Manquez-vous d'énergie et d'enthousiasme depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3	Avez-vous des impressions de lassitude, de fatigue, d'épuisement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	Etes-vous d'humeur triste et/ou avez-vous des crises de larmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H5	Avez-vous l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, voire des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H6	Eprouvez-vous des difficultés dans vos relations affectives et/ou sexuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H7	Depuis l'événement votre avenir vous a-t-il paru ruiné ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H8	Avez-vous tendance à vous isoler ou à refuser les contacts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total H					<input type="text"/>

		0	1	2	3
I1	Vous arrive-t-il de penser que vous êtes responsable de la façon dont les événements se sont déroulés ou que vous auriez pu agir autrement pour en éviter certaines conséquences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I2	Vous sentez-vous coupable de ce que vous avez pensé ou fait durant l'événement, et/ou d'avoir survécu alors que d'autres ont disparu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I3	Vous sentez-vous humilié(e) par ce qui s'est passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I4	Depuis l'événement vous sentez-vous dévalorisé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I5	Ressentez-vous depuis l'événement de la colère violente ou de la haine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I6	Avez-vous changé votre façon de voir la vie, de vous voir vous-même ou de voir les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I7	Pensez-vous que vous n'êtes plus comme avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total I					<input type="text"/>

		oui	non
J1	Poursuivez-vous votre activité scolaire ou professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J2	Avez-vous l'impression que vos performances scolaires ou professionnelles sont équivalentes à avant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J3	Continuez-vous à rencontrer vos amis avec la même fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J4	Avez-vous rompu des relations avec des proches (conjoint, enfant, parent, etc.) depuis l'événement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J5	Vous sentez-vous incompris(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J6	Vous sentez-vous abandonné(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J7	Avez-vous trouvé un soutien auprès de vos proches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J8	Recherchez-vous davantage la compagnie ou la présence d'autrui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J9	Pratiquez-vous autant de loisirs qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J10	Y trouvez-vous le même plaisir qu'auparavant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J11	Avez-vous l'impression d'être moins concerné(e) par les événements qui touchent votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total J			<input type="text"/>

DEUXIEME PARTIE

Vous venez de terminer le bilan de ce que vous vivez aujourd'hui. Or, depuis l'événement, il est possible qu'il y ait eu une évolution : certains troubles ont disparu alors que d'autres durent encore.

En utilisant les échelles ci-dessous, préciser le délai d'apparition des troubles décrits, ainsi que leur durée :

Délai d'apparition des troubles depuis l'événement

- 0 : Pas concerné
- 1 : Le jour même de l'événement
- 2 : Entre 24 heures et 3 jours
- 3 : Entre 4 jours et 1 semaine
- 4 : Entre 1 semaine et 1 mois
- 5 : Entre 1 et 3 mois
- 6 : Entre 3 et 6 mois
- 7 : Entre 6 mois et un an
- 8 : Plus d'un an

Durée des troubles

- 0 : Pas concerné
- 1 : Immédiatement après l'événement
- 2 : Moins d'une semaine
- 3 : De 1 semaine à 1 mois
- 4 : De 1 à 3 mois
- 5 : De 3 à 6 mois
- 6 : De 6 mois à un an
- 7 : Plus d'un an
- 8 : Trouble toujours présent à ce jour

Troubles	Délai d'apparition	Durée
1 - L'impression de revivre l'événement, les souvenirs et les images de l'événement qui reviennent.		
2 - Les troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, réveils nocturnes et/ou nuits blanches.		
3 - L'anxiété et/ou les crises d'angoisse, l'état d'insécurité.		
4 - La crainte de retourner sur les lieux de l'événement ou des lieux similaires.		
5 - L'agressivité, l'irritabilité et/ou la perte de contrôle.		
6 - La vigilance, l'hypersensibilité aux bruits et/ou la méfiance.		
7 - Les réactions physiques telles que : sueurs, tremblements, maux de tête, palpitations, nausées, etc.		
8 - Les problèmes de santé : perte d'appétit, boulimie, aggravation de l'état physique.		
9 - L'augmentation de la consommation de certaines substances (café, cigarettes, alcool, nourriture, etc.).		
10 - Les difficultés de concentration et/ou de mémoire.		
11 - Le désintérêt général, la perte d'énergie et d'enthousiasme, la tristesse, la lassitude et/ou les envies de suicide.		
12 - La tendance à s'isoler.		
13 - Les sentiments de culpabilité et/ou de honte.		

L'impact traumatique de la covid19 sur les soignants de la région de Bejaia

Résumé

Ce qui fait d'un événement traumatogène c'est qu'il soit soudain inattendu et touche à l'intégrité physique ou/et psychique d'une personne ; La Covid19 s'est propagée rapidement dans le monde depuis le début de l'année 2020, cette pandémie était et demeure encore une menace à la vie de tout le monde et les soignants sont à la première ligne pour affronter ce virus.

Le traumatisme psychique qui résulte de la confrontation avec le réel de la mort, après être victime ou bien témoin direct d'un événement traumatique.

Pour répondre à la question : la covid19 a-t-elle un impact traumatique sur les soignants de la région de Bejaia, nous avons recouru au TRAUMAQ, un questionnaire d'évaluation de traumatisme et à la méthode clinique descriptive.

Cette étude nous a confirmé la présence des symptômes traumatiques chez les soignants et aussi cette symptomatologie peut dépendre de la nature de l'intervention ainsi que le service (lieu) de travail.

Mots clés : Covid19 ; soignants ; traumatisme psychique ; TRAUMAQ.

Abstract

What makes a traumatic event is that it is suddenly, unexpected and affects the physical and psychological integrity of a person: the Covid19 has spread rapidly in the world since the beginning of the year 2020, this pandemic was and still remains a threat to everyone's life and caregivers are on the front line to confront this virus. The psychological trauma, which results from the confrontation to the reality of death, after being a victim of a direct witness of an event.

To answer the question: does covid19 have a traumatic impact on caregivers in Bejaia region? We used the TRAUMAQ to assess trauma and the clinical descriptive method. This study confirmed the presence of traumatic symptoms of caregivers and also this symptomatology can depend on the intervention as well as the service (place) of work.

Key words: covid19; caregivers; psychological trauma; TRAUMAQ.