
Influence de la crise sanitaire sur le bien-être au travail des soignants : Les capacités de résilience protègent-elles des effets négatifs de la pandémie ?

Auteur : Sassel, Tamara

Promoteur(s) : Nyssen, Anne-Sophie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie sociale, du travail et des organisations

Année académique : 2020-2021

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/13955>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



Influence de la crise sanitaire sur le bien-être au travail des soignants :

Les capacités de résilience protègent-elles des effets négatifs de la pandémie ?

Mémoire présenté pour l'obtention du grade de master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie sociale, du travail et des organisations

Université de Liège

Année académique : 2020-2021

Étudiante : SASSEL Tamara

Promotrice : Professeur NYSSSEN Anne-Sophie

Lecteurs :

Madame BABIC Audrey

Monsieur MESSOUDI Abderrazzak

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, j'aimerais remercier ma promotrice, le Professeur NYSSSEN Anne-Sophie, pour ses conseils et notamment pour la confiance en moi et m'avoir confié ce projet.

J'aimerais aussi remercier Monsieur JASPAR Mathieu pour son aide, ses relectures, ses conseils et surtout pour sa patience durant la rédaction de ce mémoire.

Je tiens à remercier Madame BABIC Audrey et Monsieur MESSOUDI Abderrazzak, pour l'intérêt qu'ils portent à ce projet en tant que lecteurs.

Je tiens également à remercier ISoSL, et notamment une seconde fois Monsieur MESSOUDI Abderrazzak pour la confiance en moi, de m'avoir autorisé de mener cette étude chez ISoSL, mais également pour toute l'aide qu'il m'a apportée dans le recrutement des soignants et la collecte de données. Un très grand merci aussi à tous les soignants qui ont pris le temps de participer à cette étude en ligne durant cette épreuve pandémique difficile pour eux.

Un très grand merci à Florence pour l'énorme aide qu'elle m'a apportée dans ce travail et pour ses conseils précieux, ainsi qu'à Madame DE PINA Lis pour la correction de ce mémoire.

Pour finir, j'aimerais bien remercier ma famille et tous mes amis proches, qui ont cru en moi et qui m'ont soutenu et encouragé durant ce travail, mais également durant toutes mes années d'études. Ceux qui ont partagé avec moi toutes les joies, tous mes sauts d'humeur et mes crises de panique face à cette belle épreuve de mon parcours universitaire. MERCI !

Je vous souhaite une bonne lecture !

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
Lexique.....	5
Introduction.....	6
Revue de la littérature	8
1. Chapitre 1 : Affects négatifs et travail : le rôle de la résilience.....	8
1.1. Le stress.....	8
1.2. La fatigue.....	10
1.3. L'anxiété et la dépression	13
1.4. L'épuisement professionnel ou « burnout ».....	16
1.5. La résilience.....	20
2. Chapitre 2 : La COVID-19.....	26
2.1. Les symptômes	27
2.2. Le mode de transmission de la COVID-19.....	28
2.3. Se protéger contre la COVID-19.....	29
3. Chapitre 3 : Influence de la crise « COVID-19 » sur le bien-être et le travail du personnel soignant.....	31
3.1. Les facteurs de stress psychologiques liés à la COVID-19.....	31
3.2. Les effets des facteurs de stress sur le bien-être des soignants	35
3.3. Le rôle de la résilience dans la pandémie dans le milieu des soins	39
Hypothèse / question de recherche.....	42
1. L'objectif	42
2. L'hypothèse	43
Méthodologie	44
1. Le recrutement des participants	44
2. La description de l'échantillon.....	44
3. Les instruments utilisés.....	45
3.1. Les données sociodémographiques	46
3.2. The Brief Resilience Scale - version française (BRS-F).....	46
3.3. La sous-échelle « épuisement émotionnel » du Maslach Burnout Inventory (MBI).....	46
3.4. The Three - Dimensional Work Fatigue Inventory (3D-WFI).....	47
3.5. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).....	48
3.6. Les questions ouvertes.....	49
4. Le traitement des données.....	49
Présentation des résultats.....	51
1. Description des résultats questionnaire par questionnaire	51
1.1. Les résultats de la BRS.....	51
1.2. Les résultats de l'épuisement émotionnel (MBI)	51
1.3. Les résultats du 3-D WFI.....	52
1.4. Les résultats de la HADS.....	53
2. Analyses de corrélations.....	55

3.	Analyses de régression des liens entre la BRS et les autres questionnaires	57
4.	Les résultats aux questions ouvertes	61
4.1.	Les modifications dans l'organisation du travail à la suite de la crise sanitaire	61
4.2.	L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des changements au travail des soignants.....	64
	Interprétation et discussion.....	68
1.	Discussion générale des résultats	68
2.	Discussion des résultats en regard avec la résilience	74
3.	Les limites de notre étude.....	77
	Conclusion et perspectives	80
1.	Conclusion	80
2.	Perspectives	81
	Bibliographie	82
	Table des illustrations.....	89
1.	Les illustrations	89
2.	Les tableaux.....	89
	Annexes	91
	Annexe 1 – L’affiche créée et utilisée pour le recrutement.....	91
	Annexe 2 – Notre questionnaire	92
	Annexe 3 – La matrice des corrélations de Bravais-Pearson	103
	Annexe 4 – Les comparaisons des résultats de la BRS avec les autres questionnaires	104
	Annexe 5 – les tableaux croisés dynamiques des questions ouvertes.....	107
	Résumé.....	111

LEXIQUE

BRS	The Brief Resilience Scale
EPI	L'équipement de protection individuelle
COVID-19	La maladie du coronavirus 19
HADS	The Hospital Anxiety and Depression Scale
ISoSL	L'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège
MBI	The Maslach Burnout Inventory
MERS	Le syndrome respiratoire du Moyen-Orient
OMS	L'Organisation mondiale de la Santé
SARS	Le syndrome respiratoire aigu sévère
SARS-CoV-2	Le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2
3-D WFI	The Tree-Dimensional Work Fatigue Inventory

INTRODUCTION

Découvert à la fin de l'année 2019 en Chine, un nouveau coronavirus s'est très rapidement répandu à l'échelle mondiale. Ce virus a entraîné une maladie : la maladie du coronavirus 2019 (COVID-19) qui se manifeste par un syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SARS-CoV-2), Moins de trois mois après sa première détection, la COVID-19 a été déclarée le 11 mars 2020 comme pandémie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (Berekaa, 2012 ; Huffman et al., 2020 ; Parasher, 2021). Fin 2021, soit deux ans après la première détection de la COVID-19, le monde entier est toujours touché par la pandémie.

Un virus « inconnu », contre lequel personne ne savait comment se protéger, comment il se transmettait, quelles étaient ses conséquences, ... (Dubey et al., 2020 ; Ho et al., 2020 ; Huffman et al., 2020). Cela a eu pour conséquence que des mesures sanitaires ont été mises en place très rapidement, afin de limiter cette propagation exponentielle d'un virus hautement contagieux (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Umakanthan et al., 2020).

Le secteur de soins a été fortement touché par la pandémie. Ce virus a entraîné de nombreuses contraintes pour le personnel soignant et les mesures sanitaires ont induit plusieurs modifications dans l'organisation de leur travail. En raison de la pandémie, les soignants ont été exposés à plusieurs facteurs de stress (Albott et al., 2020 ; Stelnicki et al., 2020) et ont été confrontés à une charge de travail accrue (Dubey et al., 2020 ; Guo et al., 2020).

Voici quelques facteurs de stress liés à la pandémie dans le secteur des soins :

- la crainte d'être infecté ou d'infecter un proche ou un collègue de travail (Albott et al., 2020 ; Huffman et al. 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020 ; Rangachari & Woods, 2020) ;
- le manque d'équipements de protection individuelle (EPI) (Guo et al., 2020 ; Ripp et al., 2020 ; Stelnicki et al., 2020 ; Turale et al., 2020) ;
- des réorganisations de toutes les procédures de travail, afin de maximiser la sécurité et de limiter la propagation dans l'établissement (Ripp et al., 2020) ;
- ...

Il a été démontré que certaines personnes développent des troubles psychologiques après une exposition prolongée à des facteurs de stress, d'autres non (Luceño-Moreno et al., 2020 ; Osório et al., 2017). Cela pourrait s'expliquer par la capacité de résilience psychologique (Soer et al., 2019). La résilience pourrait en effet agir comme un facteur de protection et prédire le développement de troubles psychologiques dans des situations très stressantes (Huffman et al., 2020).

L'objectif de cette recherche est donc de montrer dans quelle mesure la COVID-19 a influencé le travail du personnel soignant, et d'établir un lien entre la résilience, le stress et ces changements dans le travail. Plus précisément, il s'agit d'essayer d'établir s'il existe une relation entre les capacités de résilience et l'impact de la pandémie sur des facteurs psychologiques tels que la fatigue, l'anxiété, la dépression et l'épuisement émotionnel du personnel soignant. Nous allons également vérifier s'il existe une relation entre les capacités de résilience et les changements dans le travail dus à la pandémie, ainsi qu'un lien entre la résilience et l'impact (physique/émotionnel) ainsi que le ressenti des soignants face à ces changements.

Pour bien mener cette étude, nous avons réalisé une étude transversale à l'aide d'un questionnaire en ligne qui était destiné au personnel soignant travaillant chez l'Intercommunale des Soins Spécialisés de Liège (ISoSL). Ce questionnaire permettait de mesurer la résilience, les facteurs psychologiques cités ci-dessus, les modifications dans le travail dû à la crise sanitaire, ainsi que le ressenti face à ces modifications.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Chapitre 1 : Affects négatifs et travail : le rôle de la résilience

Dans ce chapitre plus théorique, nous nous pencherons sur les affects négatifs qui peuvent être causés par le travail. Nous nous intéresserons également à la notion de résilience et à son influence sur les affects négatifs du travail. Nous allons porter une attention particulière aux affects psychologiques tels que le stress, la fatigue, l'anxiété, la dépression, l'épuisement professionnel, ainsi que la résilience.

1.1. Le stress

De manière générale, le stress fait partie de la vie courante de l'homme et est un problème très courant dans les sociétés modernes (Salari et al., 2020). En effet, le stress lié au travail représente un grand problème de santé et de sécurité pour les travailleurs (Durand et al., 2019). Au cours des dernières décennies, le stress au travail représentait une inquiétude mondiale dans le milieu des soins en raison de son impact sur la santé mentale des soignants (Durand et al., 2019 ; Sun et al., 2017, cités par Kakemam et al., 2019).

La notion de **stress peut être définie** comme étant une « *réaction physiologique et psychologique du corps face à un événement ou une situation, communément appelé « facteur de stress »* ». Ce **facteur de stress** peut donc être perçu de manière générale comme étant un défi ou une menace (Osório et al., 2017, p.307).

Il existe un stress positif et un stress négatif¹ :

- Un facteur de stress perçu comme étant un défi exaltant et gérable est positif et bénéfique pour un individu, d'où son nom de **stress positif**, car il conduit à un accomplissement (Osório et al., 2017).
- Un facteur de stress perçu comme une menace, irritable ou qui impose un danger important, c'est ce qu'on appelle un **stress négatif**, car il peut entraîner des conséquences négatives sur la santé à court comme à long terme (Osório et al., 2017).

¹ Professeuse HANSEZ Isabelle – Cours de « Psychologie du bien-être au travail ». Université de Liège.

Le stress au travail peut être défini comme étant « *un modèle de réponse émotionnelle, perceptive, comportementale et physiologique à des aspects négatifs du travail, de l'organisation et de l'environnement de travail* » (Salari et al., 2020, p.10) et comme étant « *un état émotionnel et physique qui peut avoir des effets dommageables, et qui résulte souvent d'une incapacité à répondre aux besoins, aux ressources et aux capacités qui sont exigés d'un employé* » (Sarafis et al., 2016, cités par Kakemam et al., 2019, p.237).

1.1.1. L'impact du stress négatif

Il a été démontré que le stress négatif lié au travail exerce une influence significative et néfaste sur le physique ainsi que le mental (Salari et al., 2020). De plus, un niveau élevé de stress peut avoir un effet négatif sur les attitudes/comportements, et par conséquent nuire aux performances des employés (Kakemam et al., 2019 ; Salari et al., 2020), voire exercer une influence sur la concentration, l'attention et la prise de décision (Gao et al., 2017, cités par Kakemam et al., 2019). Il peut également réduire la satisfaction au travail, réduire la qualité de vie, altérer les relations et la capacité mentale à communiquer avec des clients, conduire à l'intention de quitter le lieu de travail jusqu'à arriver à des pensées suicidaires (Mosadeghrad et al, 2011, cités par Kakemam et al., 2020 ; Salari et al., 2020). Il peut aussi accroître l'anxiété et la dépression (Salari et al., 2020) et entraîner ainsi un épuisement professionnel (Hayes et al., 2015, cités par Kakemam et al., 2019).

1.1.2. Le stress dans le milieu des soins

Le stress professionnel peut être causé par des conditions difficiles au travail (Chou et al., 2014, cités par Kakemam et al., 2019). Kakemam et al. (2019) ont relevé **plusieurs facteurs de stress pour le personnel soignant** : une surcharge de travail, des longues journées de travail, un manque de personnel, le travail posté, une rémunération insuffisante, une mauvaise communication avec la direction, un manque de ressources adéquates pour faciliter le travail au quotidien ainsi que des politiques et règlements inappropriés.

Comme autres facteurs de stress nous pouvons également retrouver : l'exposition à la maladie et à la mort, des conflits entre collègues, des formations inadéquates, des troubles du sommeil, et un manque de soutien de la direction (Durand et al., 2019 ; Glazer et al., 2008, cités par Kakemam et al., 2019).

La surcharge de travail a été identifiée comme étant la source majeure du stress professionnel pour les soignants travaillant dans les services d'urgences comme cité dans l'étude de Durand et al. (2019). Elle était dû au fait que les urgentistes devaient réaliser beaucoup de tâches très rapidement, entraînant un sentiment d'être mis sous pression (Durand et al., 2019). De plus, il a été démontré qu'une augmentation de la charge de travail combiné à un manque de ressources (par exemple : un manque d'EPI) peut avoir un impact négatif sur le bien-être des soignants et ainsi avoir une influence sur leur performance et les soins prodigués aux patients (Kakemam et al., 2019).

Un sentiment d'inégalité s'impose face aux longues journées de travail combinées avec l'augmentation de la charge de travail. Ce genre de situation peut amener à la démission de certains urgentistes, entraînant à son tour une augmentation de la pénurie de personnel soignant (Kakemam et al., 2019). Ces facteurs réunis peuvent, selon Kakemam et al. (2019) diminuer le bien-être au travail. Or, il a été démontré que cela peut être un élément important pour les urgentistes. En effet, un travailleur qui est satisfait de son emploi saura aisément faire face au stress lié à sa profession (Durand et al. 2019). Ainsi Durand et al. (2019) ont affirmé que cette satisfaction peut soulager le stress professionnel et qu'elle procure donc un effet positif au travail.

Un stress professionnel dans le secteur médical peut entraîner des **conséquences sur les soins des patients** (Chou et al., 2014, cités par Kakemam et al., 2019). En effet, il peut avoir un impact négatif sur la qualité des actes pratiqués par le personnel (Teng et al., 2010, cités par Kakemam et al., 2019) et également sur les résultats des traitements prodigués aux patients (Adriaenssens et al., 2015, cités par Kakemam et al., 2019).

1.2. La fatigue

Il est tout à fait normal de ressentir une sensation de fatigue après une activité (physique, cognitive ou émotionnelle) prolongée (Johnston et al., 2019). Dans le monde du travail, la fatigue est une plainte très courante, et à première vue, cela n'a rien d'inquiétant au niveau de la santé (Van Dijk & Swaen, 2003).

Johnston et al. (2019) ont expliqué que la fatigue « normale » (non pathologique) peut s'installer pour deux raisons. Premièrement, ils précisent qu'elle peut s'installer à la suite d'un **épuisement des ressources** (physiques et/ou psychologiques) nécessaires pour maintenir la performance d'un individu. Deuxièmement, elle peut s'installer à la suite d'une **diminution**

progressive de la motivation liée aux émotions, aux objectifs, aux récompenses et aux efforts fournis.

Il n'existe pas de définition universelle de la fatigue au travail et il s'avère que chaque auteur la définit un peu « selon leur manière » et selon leur objectif poursuivi dans leur étude. Cependant, Frone & Tidwell (2015, p.2-3) ont relevé **trois points importants et nécessaires pour définir la fatigue au travail** :

- 1) Premièrement, la fatigue au travail doit être vue comme une **combinaison d'une fatigue extrême** (« *un manque d'énergie* ») et **d'une capacité fonctionnelle réduite** (« *une diminution de la capacité/motivation à répondre à certains stimuli ou à s'engager dans certains types d'activités/comportements* ») (Frone & Tidwell, 2015, p.2).
- 2) Deuxièmement, la fatigue extrême et la capacité fonctionnelle réduite peuvent survenir à la suite de **l'épuisement des ressources énergétiques suivantes** : physique (par des mouvements musculaires), mentale (par le traitement cognitif) ou émotionnelle (l'expression et la régulation des émotions) (Frone & Tidwell, 2015, p.2-3).
- 3) Troisièmement, la fatigue au travail n'est pas exclusivement le résultat de l'épuisement des ressources professionnelles et des exigences liées au travail. Elle peut également être **liée à des caractéristiques individuelles** (la personnalité, une maladie chronique, etc.) ou **à des facteurs liés à la vie privée** (des problèmes familiaux, etc.) qui épuisent les ressources énergétiques.

Ils ont conclu que la fatigue au travail doit être étudiée en tant que variable multidimensionnelle en tenant compte des trois ressources énergétiques. Ainsi ils ont défini **la fatigue générale** par « *la fatigue au travail représente une fatigue extrême et une réduction de la capacité fonctionnelle ressentie pendant et à la fin de la journée de travail* » (Frone & Tidwell, 2015, p.3).

En tenant compte des trois ressources énergétiques, ils définissent trois types de fatigue au travail : la **fatigue physique** du travail qui « *représente une fatigue physique extrême et une capacité réduite à s'engager dans une activité physique, ressenties pendant et à la fin de la journée de travail* », la **fatigue mentale** du travail qui « *représente une fatigue mentale extrême et une capacité réduite à s'engager dans une activité cognitive, ressenties pendant et à la fin de la journée de travail* » et la **fatigue émotionnelle** au travail qui « *représente une fatigue émotionnelle extrême et une capacité réduite à s'engager dans une activité émotionnelle, ressenties pendant et à la fin de la journée de travail* » (Frone & Tidwell, 2015, p.3).

1.2.1. La fatigue dans le milieu des soins et son impact

Travailler dans le milieu des soins signifie exercer un travail à la fois multidimensionnel et complexe (Min et al., 2019 ; Zhan et al, 2020), qui est à la fois physiquement et mentalement laborieux (Barker & Nussbaum, 2011, cités par Min et al., 2019). Comparé à d'autres secteurs de travail, le milieu des soins doit pouvoir garantir un suivi de 24 heures sur 24 afin d'assurer la continuité des soins (Bae & Fabry, 2014, cités par Min et al., 2019).

Cela implique que les soignants doivent souvent travailler au-delà des 40h/semaine (Ferri et al., 2016, cités par Min et al., 2019). En plus des heures supplémentaires prestées (Min et al., 2019), les soignants sont souvent confrontés à des journées de travail consécutives sans disposer d'assez de temps de repos entre celles-ci (Ferri et al., 2016, cités par Min et al., 2016).

Il est tout à fait normal de se sentir fatigué après une journée de travail, mais la fatigue peut tout de même devenir un facteur de risque de surmenage et d'épuisement lié au travail (Van Dijk & Swaen, 2003). Van Dijk & Swaen (2003) précisent que cela peut survenir lorsque les soignants ne disposent pas suffisamment de temps pour se reposer et récupérer entre les journées de travail consécutives.

L'insuffisance de repos entre les journées de travail peut être due à des rappels au travail lors des jours de repos (Min et al., 2019) dû à un manque de personnel (Kunaviktikul et al., 2015). Le manque de personnel entraîne quant à lui une augmentation de la charge de travail qui elle à son tour entraîne une plus grande fatigue sur une journée de travail (Kunaviktikul et al., 2015). Cela implique que **la fatigue est principalement liée aux caractéristiques des horaires de travail des soignants** (Kunaviktikul et al., 2015 ; Min et al., 2020).

La fatigue à long terme a des **conséquences pour les soignants**, mais également **pour leurs patients** (Kunaviktikul et al., 2015 ; Min et al., 2020 ; Zhan et al., 2020). D'une manière générale, la fatigue au travail peut diminuer la satisfaction au travail (Min et al., 2019).

- Zhan et al. (2020) ont prouvé que la fatigue peut avoir des conséquences sur **la santé physique des soignants**. Ces conséquences peuvent être des troubles musculosquelettiques et cardiovasculaires (Min et al., 2019). Une autre conséquence de la fatigue au travail peut être le risque que les soignants se blessent (Min et al., 2019), par exemple : par une piqûre d'aiguille, etc.
- Il est primordial d'avoir **un bon fonctionnement cognitif** pour travailler dans le milieu des soins, mais ce dernier peut être **fortement réduit lorsqu'un soignant est trop fatigué**. Par conséquent, la fatigue peut réduire leur performance au travail (Min et al., 2019). Une performance réduite peut entraîner des erreurs au travail et ainsi réduire la qualité des soins

prodigués aux patients (Kunaviktikul et al., 2015 ; Min et al., 2020 ; Zhan et al., 2020). Cela pourrait en effet affecter la guérison des patients (Zhan et al., 2020), et mettre ces derniers en insécurité (Min et al., 2020 ; Kunaviktikul et al., 2015), voir mettre leur vie en danger (Kunaviktikul et al., 2015).

1.3. L'anxiété et la dépression

Le stress, l'anxiété et la dépression sont considérés comme étant de grands défis en matière de recherche en psychologie (Salari et al., 2020). **L'anxiété et la dépression sont également considérées comme les troubles psychologiques les plus fréquents** (Untas et al., 2009 ; Salari et al., 2020), avec une prévalence de 10-20 % dans la population générale (Salari et al., 2020). D'où l'importance d'évaluer la contribution de ces deux troubles de l'humeur pour pouvoir mieux comprendre la souffrance dans le milieu des soins (Snaith, 2003).

1.3.1. L'anxiété et son impact

L'anxiété peut être définie par un « *état de malaise ou d'appréhension résultant de l'anticipation d'un événement ou d'une situation menaçante, réelle ou perçue* » (Spielberger, 2010, cité par Labrague & De Los Santos, 2020 ; p.4-5). Ainsi elle est considérée comme un état qui peut affecter la vie d'un individu à plusieurs niveaux sans mode d'action prédéfini (Nechita et al., 2020). En effet, selon Nechita et al. (2018), tout le monde peut être touché par celle-ci, peu importe le genre, l'âge, la religion ou la culture. Elle n'a pas de limite temporelle : le sujet doit intentionnellement agir sur elle de manière spécifique et constante afin de favoriser sa disparition.

L'anxiété se caractérise par des **symptômes cognitifs** (sentiments de peur ou d'appréhension, hypervigilance, etc.) et **des symptômes somatiques/physiques** (palpitations, tremblements et douleurs, etc.) (Untas et al., 2009, p.194). Associée à la peur, l'anxiété peut se manifester par la fatigue, une agitation et des palpitations (Salari et al., 2020).

Une personne qui est exposée à une inquiétude permanente en ressentant de l'anxiété, va perdre sa confiance en elle, ce qui peut avoir comme conséquence d'avoir **des symptômes dépressifs**, car elle va se sentir humiliée (Salari et al., 2020). Ainsi ces auteurs mentionnent que le fait de se sentir humiliée va augmenter le stress et réduire sa performance au travail.

Un faible niveau d'anxiété peut être très utile pour motiver un individu (Labrague & De Los Santos, 2020). Ces auteurs font tout de même remarquer que lorsqu'un individu est exposé de manière permanente à l'anxiété, cela peut entraîner des conséquences sur ses performances professionnelles et sur sa santé psychologique.

Il existe de multiples conséquences de l'anxiété. D'une manière générale, elle est **un prédicteur de la dépression** (Nechita et al., 2018) et elle peut **diminuer la qualité de vie d'un individu** (Salari et al., 2020).

- L'anxiété peut exercer une **altération de certaines fonctions corporelles**, telles qu'une perte du désir de manger, des troubles du sommeil et des vomissements/nausées (Lee et al., 2020, cités par Labrague & De Los Santos, 2020). Elle peut également avoir un impact sur la tension artérielle, diminuer le seuil de la douleur d'un individu et elle est liée aux migraines (Nechita et al., 2018).
- **Du point de vue cognitif**, elle peut entraîner une diminution de l'attention et exercer une influence sur les apprentissages, le traitement de l'information et le processus décisionnel (Nechita et al., 2018). En conséquence, elle peut donc influencer la capacité de travail en impactant négativement le jugement, la résolution de nouveaux problèmes, la mémoire de travail et la capacité à utiliser des connaissances antérieures pour trouver des solutions (Nechita et al., 2018).
- L'anxiété peut influencer **la consommation d'alcool ou d'autres drogues** (Lee et al., 2020, cités par Labrague & De Los Santos, 2020 ; Nechita et al., 2018).
- Elle peut également être **liée à des idées suicidaires** (Lee et al., 2020, cités par Labrague & De Los Santos, 2020).

Dans le milieu des soins, il a été démontré que lorsque des soignants se sentent dépassés et anxieux, ils encourent un plus grand risque de **commettre des erreurs**, notamment des erreurs dans le traitement d'un nouveau patient (Rangachari & Woods, 2020).

1.3.2. La dépression et son impact

La dépression peut être définie comme étant « *un état de souffrance psychologique, qui se répercute sur les relations interpersonnelles* » (Vasconcelos et al., 2018, p.136). Le trouble dépressif est considéré comme étant le trouble mental le plus répandu mondialement parmi les maladies physiques et mentales (Salari et al., 2019). Ce trouble peut générer un handicap qui émerge des symptômes et entraîne ainsi des **dommages à la fois sur la vie personnelle et professionnelle d'un individu** (Silvia & Marcolan, 2020). Ce trouble peut survenir à tous les âges, mais il apparaît le plus fréquemment chez le jeune adulte².

La liste des symptômes du trouble dépressif est très longue. Nous n'allons pas lister tous les symptômes, mais nous allons nous concentrer sur les symptômes principaux. D'une manière générale, le trouble dépressif peut entraîner des perturbations psychoaffectives, des perturbations du psychomoteur et des perturbations physiologiques².

Ainsi, **ce trouble se caractérise** selon certains auteurs **par** : une humeur négative, de la tristesse, d'un découragement, de l'anhédonie³, de l'anxiété, des sentiments de culpabilité, d'un besoin d'isolement, de pensées négatives, des idées suicidaires, des difficultés de concentration, de la fatigue ou une perte d'énergie, des troubles du sommeil (exemple : des insomnies), des perturbations des conduites alimentaires (qui se montrent le plus souvent par une perte d'appétit, mais peut aussi se montrer par une augmentation de l'appétit) (Greenberg et al., 2012 ; Salari et al., 2020 ; Untas et al., 2009 ; Vasconcelos et al., 2018).

Un trouble dépressif peut avoir comme conséquences : de la violence, de la toxicomanie et des conflits familiaux (Greenberg et al., 2012).

Dans la littérature scientifique, il n'existe peu d'articles qui étudient la dépression du personnel de soins. La plupart des études réalisées sur la dépression qui se trouvent sur PubMed, traitent les sujets suivants : la dépression en adolescence, la dépression des personnes âgées, la dépression post-partum, etc. Par conséquent, nous avons peu d'éléments à évoquer du trouble dépressif dans le milieu des soins.

La souffrance psychique peut être causée par le travail (Silvia & Marcolan, 2020). Il s'avère que le travail des infirmiers est considéré comme étant une profession très pénible, puisqu'il implique un contact direct avec la souffrance humaine (Silvia & Marcolan, 2020).

² Professeur SCANTAMBURLO Gabrielle – Cours de « Psychiatrie et Psychopharmacologie clinique ». Université de Liège.

³ Le terme « **anhédonie** » peut être défini par « *une perte de plaisir* » (Untas et al., 2009, p.194).

Il a également été démontré que les soignants dans les unités de soins intensifs sont exposés à **plusieurs facteurs de stress** causés par le travail : une charge de travail épuisante, un manque de personnel et une complexité des procédures de travail (Vasconcelos et al., 2018). Un soignant, qui est exposé quotidiennement à un travail qui est à la fois épuisant et stressant, peut développer un stress professionnel (Vasconcelos et al., 2018). Alors que le stress professionnel est connu pour être un facteur déterminant de la dépression et de l'épuisement professionnel du personnel de soins (Vasconcelos et al., 2018).

Le travail des infirmiers peut déclencher de la douleur et de la tristesse, qui elle peut conduire à un détachement du soignant vis-à-vis de son travail (Silvia & Marcolan, 2020). Par conséquent, un soignant peut développer des maladies dues au stress vécu sur son travail (Silvia & Marcolan, 2020).

1.4. L'épuisement professionnel ou « burnout »

Le terme « **burnout** » a été pour la première fois utilisé par Freudenberger en 1974 (cité par Bridgeman et al., 2018) et avait vocation à décrire l'épuisement professionnel résultant d'un stress professionnel de longue durée perçu comme insurmontable (Bridgeman et al., 2018). Le terme « burnout » peut être traduit en français par « **épuisement professionnel** » (Dion et Tessier, 1994). L'épuisement professionnel est un syndrome multidimensionnel (Faye-Dumanget et al., 2017) et peut être défini par « *une réponse prolongée à des facteurs de stress émotionnels et interpersonnels chroniques* » (Maslach et al., 2011, cités par Friganović et al., 2018, p.21). L'exposition prolongée d'un travailleur à des facteurs de stress peut contribuer au développement d'un burnout. En effet, **ces facteurs de stress vont consommer, dépasser et épuiser ses ressources personnelles et sociales** (Maslach & Leiter, 2016, cités par Jacobs & Horsch, 2019).

1.4.1. L'impact de l'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel est causé par **du stress professionnel**. Ce stress est déterminé par 3 facteurs : une perte d'énergie (que ce soit émotionnel, physique ou cognitif), une plus faible capacité à s'adapter de manière efficace ainsi que des attitudes négatives et un désengagement envers son travail (Albott et al., 2020).

En 1974, Freudenberger a décrit les symptômes physiques et comportementaux de l'épuisement professionnel de la manière suivante : « *colère croissante, frustration, suspicion et paranoïa concernant l'influence des collègues sur ses propres ambitions de carrière, rigidité et inflexibilité excessives dans la pratique et apparition des caractéristiques d'une personne souffrant de dépression* » (cité par Bridgeman et al., 2018, p.147). Cependant, selon Maslach & Leiter, l'épuisement professionnel et la dépression sont deux concepts empiriquement liés, mais ils doivent être considérés comme étant deux concepts différents, car la dépression serait un concept lié à la santé mentale alors que le burnout serait plus spécifique au travail (2016, cités par Jacobs & Horsch, 2019).

L'épuisement professionnel se compose de trois dimensions : un épuisement émotionnel élevé, une dépersonnalisation élevée et une réduction de l'accomplissement personnel (Bridgeman et al., 2018 ; Faye-Dumanget et al., 2017 ; Luceño-Moreno et al., 2020).

- 1) **L'épuisement émotionnel** peut être caractérisé par « *un sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles* » (Faye-Dumanget et al., 2017, p.1247) ; par « *le sentiment d'être envahi ou épuisé par son travail* » (Dion & Tessier, 1994, p.211) ; et par « *le sentiment d'être épuisé et émotionnellement surmené par son travail* » (Maslach & Jackson, 1981, cités par Jacobs & Horsch, 2019, p.4).
- 2) La **dépersonnalisation** peut être caractérisée par « *des réactions cyniques ou excessivement détachées à l'égard des autres personnes au travail* » (Faye-Dumanget et al., 2017, p.1247) ; par « *des sentiments d'insensibilité et des réponses impersonnelles aux clients* » (Dion & Tessier, 1994, p.211) ; et par « *la réponse impersonnelle envers les bénéficiaires de son service* » (Maslach & Jackson, 1981, cités par Jacobs & Horsch, 2019, p.4).
- 3) La **diminution de l'accomplissement personnel** peut être caractérisée par « *une baisse du sentiment d'efficacité* » (Faye-Dumanget et al., 2017, p.1247) ; par une baisse « *des sentiments de compétence et de réalisation de soi au travail* » (Dion & Tessier, 1994, p.211) ; et par une baisse du « *sentiment d'être compétent et de réussir dans son travail* » (Maslach & Jackson, 1981, cités par Jacobs & Horsch, 2019, p.4).

L'épuisement professionnel est lié négativement à la santé psychologique d'un individu (García-Izquierdo et al., 2017, cités par Jacobs & Horsch, 2019) et positivement lié à la détresse psychologique (Zou et al., 2016, cités par Jacobs & Horsch, 2019). Il a **des effets durables sur le travailleur en impactant sa performance au travail** (Hayes et al., 2015, cités par Kakemam et al., 2019), et plus précisément, ce sont les comportements négatifs vis-à-vis du travail qui vont diminuer sa performance (Luceño-Moreno et al., 2020). C'est donc un processus de

désengagement accompagné de la perte d'existence du sens du travail (Faye-Dumanget et al., 2017).

Le burnout pathologique (autrement nommé trouble dysfonctionnel du burnout) apparaît lorsque la souffrance atteint son paroxysme et peut entraîner selon Faye-Dumanget et al. (2017, p.1248) des conséquences graves telles que « *des difficultés dans le rapport au travail (absentéisme et turnover), des problèmes de santé (anxiété, dépression, troubles somatiques chroniques et troubles du comportement), ou une diminution de la satisfaction globale de la vie* ».

1.4.2. L'épuisement professionnel dans le secteur des soins

L'épuisement professionnel est fréquent chez les soignants (Albott et al., 2020 ; Bridgeman et al., 2018 ; Stelnicki et al., 2020). En effet, le travail est souvent accompagné d'une grosse charge mentale (Rangachari & Woods, 2020) et l'environnement de travail est très difficile, ce qui constitue un risque plus élevé de développer un burnout (Henderson, 2015, cité par Friganović et al., 2018).

Travailler dans un secteur de soins est souvent accompagné d'une grosse charge mentale (Rangachari & Woods, 2020) et cela représente un environnement de travail très difficile et à haut risque de développer un burnout (Henderson, 2015, cité par Friganović et al., 2018).

Les facteurs de risque de développer un burnout pour les soignants peuvent être :

- une augmentation du nombre de patients nécessitant un soutien constant des soignants (Florin & Basham, 2000, cités par Friganović et al., 2018) ;
- une exposition à des pressions (Bridgeman et al., 2018) à la fois physiques et émotionnelles (Florin & Basham, 2000, cités par Friganović et al., 2018) qui peut être due aux contraintes de temps ou liée aux horaires de travail (Bridgeman et al., 2018) ;
- un manque d'autonomie de certains soignants (Friganović et al., 2018), ainsi qu'un manque de contrôle sur les processus de travail (Bridgeman et al., 2018), et le fait que très souvent les tâches et les responsabilités des soignants ne sont pas harmonisées avec les possibilités du lieu de travail (Selmanovic et al., 2012, cités par Friganović et al., 2018) ;
- une perception que la prestation de soins était inappropriée ou insuffisante (Albott et al., 2020) ;
- une formation insuffisante aux nouvelles tâches (Selmanovic et al., 2012, cités par Friganović et al., 2018) ;

- des relations conflictuelles avec la direction (Bridgeman et al., 2018) ou entre collègues de travail (Friganović et al., 2018) ;
- une exposition à la mort et à des traumatismes (Albott et al., 2020).

Pour rappel, l'épuisement professionnel se compose de trois dimensions : un épuisement émotionnel élevé, une dépersonnalisation élevée et une réduction de l'accomplissement personnel (Bridgeman et al., 2018 ; Faye-Dumanget et al., 2017 ; Luceño-Moreno et al., 2020).

Selon Bridgeman et al. (2018, p.147-148), dans le domaine des soins, ces trois dimensions sont liées. Le soignant commence à avoir un épuisement physique et émotionnel en raison du travail. Lorsqu'un soignant souffre d'épuisement émotionnel, il peut se sentir indifférent envers son travail. Ce sentiment d'indifférence peut conduire à un désinvestissement du soignant dans certaines situations au travail. La dépersonnalisation et le cynisme⁴ peuvent apparaître lorsque l'épuisement émotionnel s'agrandit. Ces deux peuvent avoir comme conséquence une attitude négative envers son travail et un détachement à l'égard de ce dernier. Le soignant va alors supprimer « l'aspect humain » et ne va plus se soucier de l'issue du patient. En étant épuisé émotionnellement et en étant détaché de son travail, le soignant va ressentir une diminution de l'accomplissement personnel. Il va alors ressentir un sentiment d'incompétence et une baisse de la productivité au travail. Même lorsqu'il réalise bien son travail, il va avoir l'impression que quoi qu'il fasse, ce ne sera pas suffisant. Il peut alors commencer à détester son travail. Dans cet état, il va être inconscient des conséquences qu'il peut avoir sur la vie des autres.

En effet, les soignants risquent de prendre de mauvaises décisions au travail (Bridgman et al., 2018) ce qui peut entraîner des conséquences sur la qualité des soins (Albott et al., 2020). Ainsi le syndrome de burnout est lié à une augmentation d'erreurs médicales (Bridgeman et al., 2018 ; Durand et al., 2019) et il a été démontré qu'il peut être en lien avec des suicides au travail (Albott et al., 2020).

⁴ Le terme « **cynisme** » peut être défini selon le dictionnaire LAROUSSE en ligne par « *une attitude cynique, mépris effronté des convenances et de l'option qui pousse à exprimer sans ménagements des principes contraires à la morale, à la norme sociale* » (Définitions : cynisme - Dictionnaire de français Larousse).

1.5. La résilience

La résilience est un concept, qui au cours des deux dernières décennies, a été beaucoup étudié dans les sciences psychologiques et médicales (Charney, 2004, cité par Smith et al., 2008 ; Chmitorz et al, 2018, cités par Jacobs & Horsch, 2019). Le terme original en anglais « resilience » signifie « *to bounce or spring back* » (Simpson, 2005, cité par Smith et al., 2013, p.167) et sa racine « resile » signifie « *revenir ou rebondir* » (Agnes, 2005, cité par Smith et al., 2013, p.167).

Il existe de multiples définitions sur la notion de résilience et le terme résilience peut être utilisé dans plusieurs domaines (Smith et al., 2013). Dans les sciences physiques, la résilience peut être utilisée, par exemple dans un contexte d'ingénierie, pour décrire une pièce de métal qui peut reprendre sa forme/position initiale (Smith et al., 2013). Dans les sciences humaines, elle peut encore être utilisée, par exemple dans un contexte humain, pour décrire « *une personne qui serait capable de rebondir et de retrouver sa force, son moral ou son humour après une adversité, un malheur ou un événement stressant* » (Smith et al., 2013, p.167). Selon Jacobs & Horsch (2019), la notion de résilience peut être divisée en résilience médicale et en résilience psychologique. Ainsi Jacobs & Horsch ont défini la résilience médicale comme étant « *le rétablissement physique objectif après une maladie ou une blessure* » et la résilience psychologique comme étant « *le rétablissement subjectif après des événements stressants défavorables, qui peuvent inclure la maladie* » (Jacobs & Horsch, 2019, p.1).

Nous allons nous concentrer pour les besoins de ce travail essentiellement sur la notion de **résilience psychologique**, qui peut être définie selon Smith et al. (2013, p.167) comme étant « *la capacité de rebondir ou de se remettre d'un stress* » et qui est selon les auteurs la définition qui se rapproche le plus de la signification originale du terme résilience.

Beaucoup de personnes pensent que la résilience est un trait fixe et stable (Windle et al., 2011, cités par Jacobs & Horsch, 2019), alors qu'elle est plutôt « *un processus dynamique par lequel un individu peut surmonter de manière adaptative un ou plusieurs événements stressants et/ou traumatisants, tout en conservant des fonctions physiques et psychologiques relativement normales dans le temps* » (Osório et al., 2017, p.308).

Elle est donc plutôt **un processus de réponse à des expériences difficiles** (Osório et al., 2017 ; Windle et al., 2011, cités par Jacobs & Horsch, 2019) qui est **façonné par les interactions entre des ressources individuelles et environnementales** (Luceño-Moreno et al., 2020), qui font en sorte que **les niveaux de résiliences sont susceptibles de changer tout au long de la**

vie (Windle et al., 2011, cités par Jacobs & Horsch, 2019). Dans ce contexte, Luceño-Moreno et al. (2020) ont également démontré que la résilience varie donc d'une personne à l'autre et qu'elle peut dépendre des facteurs individuels suivants : la personnalité, le contexte interpersonnel et social d'une personne.

1.5.1. La résilience en tant que capacité d'adaptation

Tous les individus réagissent d'une manière différente face au stress et à des situations extrêmes (Osório et al., 2017). En effet, il a été démontré que certaines personnes peuvent développer des troubles psychologiques (tels qu'un trouble de stress post-traumatique ou un trouble de dépression) face à l'exposition de situations stressantes/extrêmes, alors que d'autres personnes se montrent plutôt plus résistantes face à ces situations et vont se remettre d'expériences stressantes sans développer des symptômes psychiatriques (Luceño-Moreno et al., 2020 ; Osório et al., 2017).

Le fait que certains individus puissent faire face efficacement à des situations stressantes et d'autres pas peut s'expliquer par le concept de résilience (Soer et al., 2019). La résilience est une **caractéristique psychologique multidimensionnelle** (Huffman et al., 2020 ; Palacio et al., 2020) **qui permet aux individus de faire efficacement face au stress négatif et de maintenir un fonctionnement psychologique stable** (Huffman et al., 2020).

Elle permet donc d'expliquer la raison pour laquelle certains individus qui sont confrontés à des facteurs de stress puissent garder une bonne santé mentale, en s'adaptant aux situations perçues comme étant menaçantes (Palacio et al., 2020).

Soer et al. (2019, p.242) la définissent comme étant « *une réponse adaptative à l'adversité* » et elle joue donc un rôle très important dans l'adaptation positive à des événements stressants (Soer et al., 2019). Un individu résilient va développer des réactions à court terme à une situation stressante, mais sera capable de maintenir son niveau de fonctionnement, alors qu'un individu moins résilient peut également se remettre d'une situation stressante, mais son niveau de fonctionnement sera fortement impacté lors de son processus de récupération (Soer et al., 2019). Ainsi, les individus résilients qui sont **confrontés à une situation très stressante** perçoivent cette dernière donc plutôt comme **un défi à surmonter**, ce qui leur permet de s'épanouir face à l'adversité et de s'adapter au changement (Huffman et al., 2020). La résilience est donc essentielle pour faire face au stress en restant en équilibre (Vinkers et al., 2020) et agit ainsi comme un facteur de protection (Luceño-Moreno et al., 2020 ; Palacio et al., 2020) contre la détresse psychologique (Palacio et al., 2020).

Un des aspects les plus importants de la capacité de résilience à rebondir et à se remettre d'un stress négatif est qu'elle implique **une dimension temporelle** (Carver, 1998, cité par Smith et al., 2013 ; Soer et al., 2019). Smith et al. (2013, p. 169-170) ont montré que **le processus de rebondissement après un stress se réalise généralement en trois étapes temporelles** et ils ont lié des ressources/facteurs importantes à chaque étape. Ils précisent tout de même que ces étapes ne se dérouleront pas exclusivement dans cet ordre et qu'il serait également possible de faire des « allers-retours » entre ces étapes.

1) L'étape 1 : la confrontation effective à un événement stressant :

La première étape du processus nécessite donc qu'un individu soit confronté à un événement stressant. Pour affronter un événement stressant et de commencer ce processus de rebondissement, il serait important pour un individu de prêter attention aux expériences du moment présent (Kabat-Zinn, 1990, cité par Smith et al., 2013) et la capacité d'être clair sur son expérience émotionnelle (Feldman-Barrett et al., 2001, cités par Smith et al., 2013). Si un individu évite ou se met dans un déni pour amortir le choc d'un événement stressant, il se peut que des deux comportements empêcheraient l'individu d'assimiler toutes les informations nécessaires pour se rétablir avec succès à long terme (Lanius et al., 2010, cités par Smith et al., 2013).

2) L'étape 2 : l'orientation vers une issue positive de l'événement :

La deuxième étape consiste à exiger qu'un individu s'oriente vers un résultat futur positif de l'événement. Cette étape nécessite un sens de la direction et du but de la vie (Wong & Fry, 1998, cités par Smith et al., 2013) et un sentiment d'optimisme quant à la possibilité de se diriger vers la réalisation de ses objectifs et de ce but (Scheier & Carver, 2001, cités par Smith et al., 2013). Scheier & Carver (2003, cités par Smith et al., 2013) ont montré que le rôle de l'optimisme (qui serait dans ce contexte une attente d'un résultat favorable à un événement stressant) est essentiel, car elle donne la confiance nécessaire à l'individu pour que ce dernier commence à s'engager dans la réalisation d'efforts pour faire face à cet événement stressant.

3) L'étape 3 : l'engagement dans des efforts pour y faire face :

La troisième étape nécessite une implication de l'individu et des efforts pour s'engager activement dans des efforts pour y faire face. Dans cette étape il serait important d'adapter une approche active de coping⁵ (Scheier & Carver, 2003, cités par Smith et al., 2013) et le

⁵ Le terme « **coping** » peut être défini dans le contexte de la psychologie par le dictionnaire LAROUSSE en ligne comme étant « *une stratégie développée par l'individu pour faire face au stress* » (Définitions : coping - Dictionnaire de français Larousse).

soutien d'autres personnes (Cohen & Hoberman, 1983, cités par Smith et al., 2013). Il y a donc une plus grande probabilité de rétablissement après un événement stressant si un individu adopte une approche active pour y faire face au lieu de l'accepter passivement ou de l'éviter.

Pour Soer et al. (2019) elle comporte également trois dimensions : la récupération, la durabilité et la croissance. Ainsi l'adaptation positive de la résilience face au stress serait liée à la capacité à surmonter des situations stressantes, à se rétablir et à devenir plus fort malgré l'exposition à des situations perçus comme étant menaçantes (Palacio et al., 2020).

1.5.2. La résilience en tant que capacité de protection mentale

Soer et al. (2019) ont prouvé qu'il existe des liens négatifs entre la résilience et les plaintes psychologiques. En effet, il a été démontré que **la résilience influence positivement la qualité de vie** (Palacio et al., 2020) **et la santé psychologique/mentale** (Foster et al., 2020, cités par Labrague & De Los Santos, 2020 ; Palacio et al., 2020).

Ainsi **une résilience élevée** entraîne une diminution de stress (Huffman et al., 2020 ; Kakemam et al., 2019 ; Palacio et al., 2020), ainsi qu'une diminution des symptômes d'anxiété et de dépression (Huffman et al., 2020 ; Jacobs & Horsch, 2019 ; Palacio et al., 2020), une diminution de la fatigue (Huffman et al., 2020), une diminution des troubles du sommeil (Huffman et al., 2020), et une diminution de l'épuisement professionnel (Cooper et al., 2020, cités par Labrague & De Los Santos, 2020 ; Jacobs & Horsch, 2019).

En plus, les individus ayant un niveau élevé de résilience seraient moins irritables, moins préoccupés par des stimuli environnementaux, auraient moins de maux de tête, moins de douleurs musculosquelettiques, auraient de meilleures relations interpersonnelles (Luceño-Moreno et al., 2020). Une plus grande résilience serait également associée à une meilleure résolution de problèmes et une croissance personnelle (Palacio et al., 2020).

1.5.3. La résilience dans le milieu des soins

Il a été démontré que le travail dans le secteur de soins est extrêmement stressant et traumatisant, ce qui peut avoir comme conséquence un impact négatif sur le bien-être des soignants (Cooper et al., 2020). Il s'est avéré que la résilience est **un facteur de protection** (Lee et al., 2014, cités par Cooper et al., 2020) car elle **permet de prédire les conséquences que le stress négatif entraîne sur les soignants** (Huffman et al., 2020).

La résilience peut être définie dans le secteur des soins comme étant « *la capacité d'improviser avec le matériel disponible pour trouver des solutions à des problèmes inattendus, permettant ainsi de prodiguer des soins aux patients en toute sécurité malgré les obstacles* » (Rangachari & Woods, 2020, p.3).

Cooper et al. (2020) font remarquer que la résilience permet **de moduler et de gérer l'impact des « antécédents » qui peuvent causer un stress négatif, de l'anxiété et de la dépression.** Ils précisent donc que les antécédents sont les exigences et l'adversité rencontrées sur le lieu de travail. Ce sont les facteurs de stress dans le milieu des soins que nous avons expliqué dans ce chapitre : les horaires de travail, le manque de personnel, une rémunération perçue comme étant inadéquate, les conflits avec des collègues de travail, une violence des patients et la confrontation à la souffrance et la mort de ces derniers. Ainsi, l'influence de la résilience **en tant que facteur de protection entrainera des « conséquences » sur le travail des soignants.** Ces conséquences de l'impact de la résilience sont : une influence positive sur la santé psychologique des soignants, ainsi qu'une augmentation de leur satisfaction au travail et de la qualité des soins prodigués aux patients.

Ainsi, il a été démontré que la résilience des infirmiers a agi en tant que facteur de protection contre le développement de stress, d'épuisement émotionnel, de dépression, d'anxiété, et d'épuisement professionnel (Cooper et al., 2020 ; Manomenidis & al., 2019). **Malgré des situations défavorables vécues sur le lieu de travail,** la résilience a permis aux infirmiers à fournir des soins de qualité aux patients et a également contribué à une meilleure satisfaction des patients, ainsi qu'à une meilleure attitude des soignants envers les patients (Manomenidis & al., 2019).

Résumé du premier chapitre :

Comme nous avons pu le remarquer dans ce chapitre, le secteur des soins est reconnu comme étant un secteur très stressant, voire traumatisant (Cooper et al., 2020). Les travailleurs de la santé sont confrontés à de multiples facteurs de stress (une surcharge de travail, des conflits entre collègues de travail, des formations inadéquates, un manque de soutien de la direction, un manque de repos entre les journées de travail, etc. (Durand et al., 2020 ; Ferri et al., 2016, cités par Min et al., 2016 ; Glazer et al., 2008, cités par Kakemam et al., 2019)).

Dû à ces facteurs de stress, les soignants sont à risque de développer des symptômes d'anxiété, de dépression, de fatigue et voir développer un épuisement professionnel (Bridgeman et al., 2018 ; Chou et al., 2014, cités par Kakemam et al., 2019 ; Min et al., 2019 ; Rangachari & Woods, 2020 ; Vasconcelos et al., 2018). Par conséquent, cela peut avoir un impact négatif sur les soignants et sur leurs patients. En effet, un soignant « souffrant » peut être moins performant, mettre la vie des patients en danger et peut être à risque de commettre des erreurs lors de son travail (Kunaviktikul et al., 2015 ; Rangachari & Woods, 2020 ; Teng et al., 2010, cités par Kakemam et al., 2019).

Cependant, il s'avère que la résilience peut agir en tant que facteur de protection contre les facteurs de stress et qu'elle permet de moduler les conséquences de ces derniers (Cooper et al., 2020). Ainsi elle est liée négativement au stress, la dépression, l'anxiété, et l'épuisement professionnel (Cooper et al., 2020 ; Manomenidis & al., 2019). Elle permet donc aux soignants de s'adapter aux facteurs de stress de leur travail et leur permet à fournir des soins de qualité aux patients, contribue à une meilleure satisfaction des patients, ainsi qu'à une meilleure attitude des soignants envers les patients (Manomenidis & al., 2019).

Nous allons nous concentrer maintenant dans le deuxième chapitre sur la COVID-19. Ce chapitre a comme but d'expliquer ses symptômes, son mode de transmission et comment se protéger contre ce virus. Cette deuxième partie est importante, car nous allons voir dans la troisième partie de la revue de la littérature que le secteur des soins a été très touché par cette pandémie et que cette dernière a ajouté des facteurs de stress supplémentaires à ceux que nous venons de voir...

2. Chapitre 2 : La COVID-19

Depuis la fin de l'année 2019, un nouveau coronavirus a été détecté en Chine, plus précisément dans la ville de Wuhan qui est une province de Hubei (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Huffman et al., 2020 ; Parasher, 2021). Il y eu un nombre important d'admissions dans les hôpitaux en décembre 2019 à Wuhan et ce en raison de pneumonies⁶ (Adhikari et al., 2020 ; Hu et al., 2020 ; Kannan et al., 2020 ; Shereen et al., 2020) causées par un virus inconnu (Turale et al., 2020). La Chine a relativement vite réagi face à ce nombre inhabituel de cas et a prévenu, fin décembre 2019, l'OMS de ce constat (Hu et al., 2020 ; Turale et al., 2020). Il s'est avéré qu'il s'agissait en réalité d'une maladie respiratoire potentiellement dangereuse (Parasher, 2021 ; Turale et al. 2020) laquelle avait des symptômes semblables au syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) et au syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) (Adhikari et al., 2020 ; Hu et al., 2020 ; Kannan et al., 2020 ; Shereen et al., 2020).

En premier lieu, le nouveau coronavirus a été nommé « 2019 nouvel coronavirus » (2019-nCoV) (Guo et al., 2020 ; Kannan et al., 2020 ; Shereen et al., 2020 ; Turale et al., 2020). Ensuite, début 2020, l'OMS a nommé cette nouvelle maladie « Coronavirus Disease 2019 » (COVID-19) étant la cause d'une infection au coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Parasher, 2021).

Avant de passer aux symptômes et au mode de transmission de la COVID-19, nous voulions décrire brièvement l'ampleur de sa propagation.

- La COVID-19 s'est très vite, après sa première détection en Chine, propagée de manière exponentielle dans le monde entier (Adhikari et al., 2020 ; Huffman et al., 2020 ; Parasher, 2021 ; Vindegaard & Benros, 2020).
- L'OMS a déclaré que l'épidémie de la COVID-19 était une urgence de santé publique de portée internationale lorsque le nombre d'infections a dépassé le nombre de cas du SARS⁷ (Adhikari et al., 2020 ; Dubey et al., 2020 ; Parasher, 2021).
- Étant donné que le nombre d'infections et de décès n'a fait qu'augmenter, l'OMS a déclaré la COVID-19 comme étant une pandémie en mars 2020 (Berekaa, 2021 ; Hu et al., 2020 ; Parasher, 2021 ; Umakanthan et al., 2020).
- Fin de l'année 2021, la pandémie de la COVID-19 est toujours d'actualité...

⁶ Une « **pneumonie** » peut être définie, selon un extrait du Larousse Médical en ligne par une « *Infection du poumon provoquée par une bactérie ou par un virus* » (pneumonie - LAROUSSE).

⁷ Il y a eu 79000 infections du SARS en 2003 (Umakanthan et al., 2020).

2.1. Les symptômes

Les symptômes de la COVID-19 sont non spécifiques et **difficiles à distinguer d'autres maladies virales** (Ho et al., 2020). En effet, ceux-ci varient d'une personne à l'autre. Selon Umakanthan et al. (2020), les coronavirus peuvent entraîner des maladies d'intensité variables et sont à l'origine d'une série d'infections des voies respiratoires humaines, allant du simple rhume bénin au syndrome respiratoire grave, voire mortel. Cette maladie respiratoire peut donc prendre **des formes diverses**. En effet, elle peut soit se manifester sous forme **d'infection asymptomatique**⁸, soit par une **pneumonie légère à sévère voire mortelle** (Adhikari et al., 2020 ; Kannan et al., 2020 ; Parasher, 2021 ; Umakanthan 2020).

La littérature scientifique nous informe d'une **multitude de symptômes à ce nouveau virus** dont voici une liste non exhaustive⁹ : fièvre, toux (simple et/ou produisant du flegme), fatigue, production de mucus, maux de gorge, maux de crâne, pneumonie, myalgie (« *douleur musculaire* »), courbatures, difficultés à respirer, syndrome de détresse respiratoire aigüe, hémoptysie (« *rejet par la bouche de sang provenant de l'appareil respiratoire* »), dyspnée (« *difficulté à respirer, essoufflement* »), hypoxémie (« *diminution du taux d'oxygène dans le sang* »), frissons, malaises, écoulement nasal, diarrhée, nausées, vomissements, douleurs thoraciques, troubles olfactifs et gustatifs (perte du goût et de l'odorat) et anorexie (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Guo et al., 2020 ; Hu et al., 2020 ; Kannan et al., 2020 ; Parasher, 2021 ; Umakanthan et al., 2020).

Selon Adhikari et al. (2020), les personnes contaminées qui manifestent des symptômes légers peuvent se rétablir au bout d'une semaine, alors que les personnes ayant des symptômes plus graves peuvent souffrir d'une insuffisance respiratoire risquant ainsi la mort. Selon Parasher (2021), la plupart des personnes infectées sont soit des personnes asymptomatiques, lesquelles, comme dit plus haut, peuvent contaminer d'autres personnes sans avoir de symptômes, soit des personnes qui ont un état grippal avec une légère infection des voies respiratoires. Parasher précise que ce sont les cas modérés et graves qui nécessitent une hospitalisation et que ceux-ci sont peut-être avoir besoin d'une ventilation invasive.

⁸ L'adjectif « **asymptomatique** » peut être défini par le dictionnaire LAROUSSE en ligne, par « *se dit d'une maladie, d'un trouble qui ne s'accompagne pas de symptômes* » (Définitions : asymptomatique - Dictionnaire de français Larousse).

⁹ Certains symptômes sont suivis d'une définition entre parenthèses qui émanent du dictionnaire LAROUSSE en ligne.

2.2. Le mode de transmission de la COVID-19

La **transmission interhumaine** se fait principalement lorsqu'une personne saine est en contact direct avec une personne infectée (Adhikari et al., 2020, Guo et al., 2020, Shereen et al., 2020) ou avec une personne en période d'incubation¹⁰ (Shereen et al., 2020). Ce qui veut dire que si une personne se contamine avec le virus, les premiers symptômes (si la personne n'est pas asymptomatique) ne se manifestent pas directement. Cette personne contagieuse peut donc en contaminer d'autres sans le savoir. Cette période d'incubation peut également être nommée : **période présymptomatique** (Parasher, 2021).

La durée de la phase d'incubation n'a pas été définie exactement et varie selon les auteurs suivants. Selon Adhikari et al. (2020), cette durée a été estimée entre deux et onze jours alors que Guo et al. (2020) et Hu et al. (2020) l'estiment entre un et quatorze jours, le plus récurrent étant de trois à sept jours après avoir été infecté par le virus. Pour Kannan et al. (2020), la durée de la période d'incubation serait entre trois et quatorze jours. Berekaa (2021) a montré que les symptômes apparaissent, dans la majorité des cas, environ cinq à six jours après contamination. Parasher (2021) a avancé la même durée d'incubation que Berekaa (2021) et a certifié que la période pouvait s'étendre à quatorze jours. Umakanthan et al. (2020) mentionnent une phase d'incubation de cinq à treize jours avec une moyenne du temps de cinq jours.

Selon plusieurs auteurs il existe **trois principales modes de transmission interhumaine** : par gouttelettes, par contact et par aérosols (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Guo et al., 2020 ; Hu et al., 2020 ; Shereen et al., 2020 ; Parasher, 2021 ; Umakanthan et al., 2020).

- 1) **La transmission par gouttelettes** aurait lieu lorsqu'une personne infectée parle, tousse ou éternue. Ces gouttelettes respiratoires seraient alors inhalées par des personnes saines se trouvant à proximité (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Hu et al., 2020 ; Parasher, 2021).
- 2) **La transmission par contact** se ferait lorsqu'une personne infectée touche une surface ou un objet. Une personne saine toucherait alors cette surface contaminée par le virus et, ensuite, mettrait ses mains à sa bouche, son nez ou ses yeux (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Hu et al., 2020 ; Parasher, 2021).

¹⁰ Le terme « **incubation** » peut être défini selon le dictionnaire LAROUSSE en ligne, comme étant « *la période s'écoulant entre la contamination de l'organisme par un agent pathogène infectieux et l'apparition des premiers signes de la maladie* » (Définitions : incubation - Dictionnaire de français Larousse).

- 3) **La transmission par aérosols** aurait lieu lorsque des gouttelettes respiratoires (toux ou éternuements d'une personne infectée) se propagent dans l'air en formant des aérosols dans un environnement fermé et qu'une personne saine inhale ces derniers (Adhikari et al., 2020) à travers le nez ou la bouche (Shereen et al, 2020). Ces aérosols pénétreraient ainsi profondément dans les poumons (Hu et al., 2020).

En résumé, la transmission de la COVID-19 se fait donc principalement par **un contact direct d'une personne contaminée à une personne non infectée** (Adhikari et al., 2020, Guo et al., 2020, Shereen et al., 2020), par gouttelettes respiratoires lorsque la personne infectée parle, éternue ou tousse. Ensuite, il y aurait **une transmission soit directement sur un individu sain** (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Hu et al., 2020 ; Parasher, 2021) **ou soit par aérosols se propageant dans l'air** qui seront inhalés par un individu non contaminé (Adhikari et al., 2020 ; Hu et al., 2020 ; Shereen et al, 2020). **Les modes de transmission les plus courants** sont selon Umakanthan et al. (2020, p.754) : « *La toux, les éternuements, l'inhalation de gouttelettes, le contact avec les muqueuses buccales, nasales et oculaires* ». Il est également possible au virus de rentrer dans le corps **par contact d'objets contaminés**. En effet, si l'individu se touche le nez, les yeux ou la bouche après avoir été en contact avec une surface infectée, il peut facilement développer la maladie (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Hu et al., 2020 ; Parasher, 2021).

2.3. Se protéger contre la COVID-19

Dans le but de contrôler la pandémie et donc de limiter la transmission du virus, un protocole de règles strictes constitué de **mesures sanitaires** a été mis en place (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Umakanthan et al., 2020). Voici quelques mesures de prévention :

- 1) Tout d'abord, **le port du masque chirurgical**. Celui-ci empêcherait l'entrée du virus (par gouttelettes et aérosols) dans les voies respiratoires (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Hu et al., 2020 ; Parasher, 2021).
- 2) **Une bonne hygiène des mains** (Berekaa, 2021 ; Hu et al., 2020) ainsi **qu'une désinfection régulière des surfaces** (Adhikari et al., 2020) afin d'éviter une transmission du virus par contact direct avec des objets et des surfaces contaminées (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Hu et al., 2020 ; Parasher, 2021). Cela consiste à se laver les mains au savon plusieurs fois par jour ou en utilisant du désinfectant (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021). Il faut à tout prix éviter de se toucher les yeux, le nez et la bouche sans s'être lavé ses mains auparavant (Adhikari et al., 2020). De plus, il est conseillé d'éviter tout contact

physique avec des matières infectées telles que des excréments ou de l'urine (Berekaa, 2021).

- 3) **Bien aérer les pièces** voire mettre en place **une bonne ventilation** afin **d'enlever les aérosols de la pièce** (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021). De plus, pour éviter que ces particules se forment, il est conseillé de se couvrir lors d'une phase de toux ou d'éternuements (avec des mouchoirs ou son coude) (Adhikari et al., 2020).
- 4) **Des restrictions sociétales** (Hu et al., 2020) tel qu'une distance entre individus (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Hu et al., 2020 ; Vinkers et al., 2020) surtout avec des personnes infectées (Adhikari et al., 2020) ou encore la détection de ces personnes grâce à des tests de dépistages. Il est important que les individus ayant été en contact avec une personne contaminée se fassent dépister (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021). De plus, les gens suspectés d'être infectés se doivent de faire **une quarantaine** (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Vinkers et al., 2020). Et pour finir, **un confinement à grande échelle** (Berekaa, 2021 ; Umakanthan et al., 2020 ; Vinkers et al., 2020), **la fermeture de certaines entreprises** (Vinkers et al., 2020) **et magasins, le télétravail, ...**

Résumé du deuxième chapitre :

La COVID-19, causée par une infection du SARS-CoV-2, est apparu soudainement en fin de l'année 2019. Cette nouvelle maladie s'est propagée très rapidement dans le monde entier par une transmission interhumaine. Cette transmission interhumaine a eu lieu par gouttelettes, par contact et par aérosols (Berekaa, 2021 ; Parasher, 2021). Les symptômes de la COVID-19 sont non spécifiques et difficiles à distinguer d'autres maladies virales (Ho et al., 2020). En plus, il existe de multiples symptômes, qui varient d'une personne à l'autre ce qui rend la maladie difficilement détectable. Il existe plusieurs mesures sanitaires afin de limiter cette propagation mondiale du virus et pour se protéger d'une infection avec ce dernier. Ces mesures consistent à porter un masque chirurgical, à se laver ou à se désinfecter régulièrement les mains, à garder des distances sociales avec les autres personnes, etc. (Adhikari et al., 2020 ; Berekaa, 2021 ; Parasher, 2021 ; Umakanthan et al., 2020).

Le caractère soudain de l'apparition de cette maladie a bouleversé le monde entier, mais a impacté très fortement le milieu des soins. Nous allons voir dans le prochain chapitre que de multiples facteurs de stress au travail s'ajoutaient à ceux que ce secteur des soins connaissait déjà dans le cadre de leur métier. Nous allons voir également les conséquences que ces facteurs de stress ont sur leur bien-être, ainsi que le rôle joué de la résilience dans cette pandémie.

3. Chapitre 3 : Influence de la crise « COVID-19 » sur le bien-être et le travail du personnel soignant

Plusieurs études sur des épidémies dans le passé (exemple : SARS et MERS) ont montré que l'apparition soudaine d'une maladie mortelle peut entraîner une pression énorme sur le personnel soignant (Lui et al. 2012, cité par Pappa et al., 2020). Des catastrophes telles que les épidémies ont un impact considérable sur leur santé (Albott et al., 2020 ; Ho et al., 2020), y compris des effets psychologiques à long terme (Dubey et al., 2020 ; Huffman et al., 2020 ; Vindegaard & Benros, 2020). Une épidémie peut donc provoquer des symptômes psychologiques chez des personnes qui ne souffraient pas de maladies mentales auparavant, en raison de certains facteurs de risque pendant pandémie (Ho et al., 2020).

La propagation exponentielle du virus a non seulement entraîné une saturation des hôpitaux, mais aussi une modification des procédures de travail (Ripp et al., 2020). Ainsi les méthodes des prises en charge ont dû être modifiées et adaptées afin de protéger tant le personnel soignant que les patients d'une contamination avec le virus (Ripp et al., 2020). En plus de leur travail habituel, qui consiste à s'occuper des patients et à leur prodiguer des soins, ils doivent donc effectuer un travail supplémentaire, qui consiste à détecter les patients infectés le plus rapidement possible afin de limiter au maximum la propagation du virus sur leur lieu de travail (Turale et al., 2020).

Dans ce chapitre, nous nous concentrerons sur les effets psychologiques causés par la COVID-19 en raison des facteurs de stress et des changements dans le travail dans le secteur des soins. Nous nous concentrerons également sur le rôle de la résilience pendant cette pandémie. Elle peut en effet agir comme un facteur de protection contre les conséquences des facteurs de stress liés à la pandémie.

3.1. Les facteurs de stress psychologiques liés à la COVID-19

Certains auteurs ont expliqué que **la pandémie représente un certain nombre de facteurs de stress pour les soignants** (Albott et al., 2020 ; Salari et al., 2020 ; Stelnicki et al., 2020). Ces facteurs de stress affectent potentiellement leurs capacités professionnelles (Mo et al., 2020, cités par Labrague & De Los Santos, 2020) et ont certainement un impact négatif sur leur bien-être psychologique (Albott et al., 2020 ; Ripp et al., 2020 ; Salari et al., 2020).

En conséquence à l'apparition de la COVID-19, des auteurs ont relevé plusieurs changements dans le travail du personnel soignant qui pourraient avoir eu un effet négatif sur le bien-être de ces derniers (Dubey et al., 2020 ; Pappa et al., 2020). Tout d'abord, ils mentionnent l'augmentation soudaine de la charge de travail. Ensuite, ils évoquent l'insuffisance d'EPI contre la contamination. Pour finir, ils mentionnent la difficulté de devoir prendre plus souvent des décisions éthiquement compliquées concernant le rationnement des soins. Ce point est d'ailleurs particulièrement sensible puisqu'il est la source de frustrations liées à l'incapacité de garantir des soins optimaux pour tous.

De plus, les soignants sont quotidiennement exposés aux patients infectés par le virus (Dubey et al., 2020), à leurs souffrances ou à la mort de patients (Albott et al., 2020). Les soignants prennent quotidiennement des risques pour leur propre sécurité (Albott et al., 2020) et mettent ainsi leur propre vie en danger pour soigner les patients (Ripp et al., 2020).

Selon Albott et al. (2020), **deux catégories de facteurs de stress** jouent un rôle important pendant cette pandémie : **la crainte et l'incertitude**.

3.1.1. La crainte

La première catégorie de facteur de stress pendant cette pandémie pour le personnel soignant est **la crainte/peur de la contagion** (Vinkers et al., 2020). Les soignants courent un risque très élevé d'être infectés par le contact avec des patients infectés ou des objets/surfaces contaminés (Luceño-Moreno et al., 2020). Cependant, cette crainte ne concerne pas seulement leur propre santé, mais aussi **la peur de contaminer des membres de leur famille, des amis, des patients ou des collègues de travail** (Albott et al., 2020 ; Dubey et al., 2020 ; Huffman et al., 2020 ; Rangachari & Woods, 2020).

La peur de contaminer des collègues de travail était renforcée par le fait que les hôpitaux étaient submergés (Ripp et al., 2020) et qu'il y avait un manque de personnel soignant (Stelnicki et al., 2020 ; Turale et al., 2020). Ce manque de personnel était lié au fait que de nombreux soignants étaient isolés, soit parce qu'ils étaient infectés par le virus, soit parce qu'on les soupçonnait de l'avoir contracté (Dubey et al., 2020 ; Turale et al., 2020). La transmission du virus à un collègue qui tombe à son tour malade et s'absente du travail (parce qu'il est isolé) augmentera la pénurie de personnel soignant et la charge de travail.

Cependant, cette crainte est également liée à la peur et aux questions éthiques de **devoir soigner des collègues de travail** ou pire encore, de devoir les voir mourir. Les soignants peuvent en effet se sentir inadéquats parce qu'ils doivent s'occuper de collègues de travail (Albott et al. ; 2020). Lorsque ce dernier meurt, un sentiment de tristesse peut s'installer (Ripp et al., 2020), tout comme un sentiment de culpabilité de survie (Albott et al., 2020).

3.1.2. L'incertitude

La deuxième catégorie de facteurs de stress durant cette pandémie pour le personnel soignant est le **sentiment d'incertitude**. Cette catégorie comprend plusieurs incertitudes auxquelles les soignants sont confrontés. Il s'agit notamment d'incertitudes concernant le virus lui-même, les EPI, le manque d'équipement médical et leurs propres capacités.

Considérons tout d'abord **l'incertitude qui entoure ce virus**. Un virus inconnu et très contagieux est apparu, dont personne ne connaît son ampleur, sa durée et son impact sur le monde entier (Albott et al., 2020). L'incertitude quant à la nature de la transmission et à la vitesse de propagation a entraîné une anxiété croissante au sein de la population (Ho et al., 2020), dont fait partie le personnel soignant. Ce sentiment d'incertitude a été renforcé par la prise de conscience de l'augmentation exponentielle du nombre d'infections et de décès chaque jour (Vinkers et al., 2020) et de l'absence initiale de traitement médical ou de vaccin (Ho et al., 2020 ; Huffman et al., 2020 ; Vinkers et al., 2020). Le manque de connaissances sur ce virus très contagieux (Dubey et al., 2020 ; Ho et al., 2020 ; Huffman et al., 2020) a donc clairement entraîné une incertitude quant aux risques auxquels les soignants sont confrontés quotidiennement sur leur lieu de travail (Albott et al., 2020). Ils sont quotidiennement exposés au risque d'être infectés par le virus et de tomber malades ou de mourir (Guo et al., 2020 ; Huffman et al., 2020).

Ensuite, il y a aussi **l'incertitude des ressources et des EPI**, notamment un manque d'EPI (Guo et al., 2020 ; Ripp et al., 2020 ; Stelnicki et al., 2020 ; Turale et al., 2020). Étant donné que les soignants travaillent dans des conditions où la contagion est possible à tout moment pendant cette pandémie (Ripp et al., 2020), les EPI sont très importants pour que les soignants puissent non seulement se protéger eux-mêmes, mais aussi protéger les autres. Les soignants confrontés à un manque d'EPI (par exemple, masques chirurgicaux et blouses) ont plus de risques de contracter le virus, ce qui entraîne une incertitude quotidienne sur leur lieu de travail (Ripp et al., 2020). En outre, les soignants âgés sont donc fortement touchés par le manque d'EPI, car ils sont des personnes à risque et plus vulnérables au virus (Albott et al., 2020).

Puis, il y avait également une **incertitude causée par le manque d'équipement médical** pour soigner les patients (Albott et al., 2020 ; Ripp et al., 2020 ; Turale et al., 2020). Cela signifie que le personnel soignant se trouvait confronté à un nombre insuffisant de moyens techniques pour prendre en charge tous les patients (Vinkers et al., 2020). Compte tenu du nombre limité de lits et de ventilateurs dans les soins intensifs (Rangachari & Woods, 2020 ; Vinkers et al., 2020), les hôpitaux n'en avaient parfois tout simplement pas assez pour assurer des soins optimaux aux patients. Ce manque a obligé les infirmiers à prendre des décisions éthiquement difficiles sur le rationnement des soins (Dubey et al., 2020 ; Pappa et al., 2020). Ainsi, ils devaient appliquer un "protocole de tri" en filtrant les patients en raison d'un manque d'équipement pour le traitement (Rangachari & Woods, 2020 ; Turale et al., 2020). En d'autres termes, cela signifie que les soignants devaient décider qui avait le plus de chances de survivre et qui devait être soigné. Ainsi, les soignants souffraient d'une détresse morale lorsqu'un patient non traité mourait (Turale et al., 2020) et l'incertitude d'avoir pris le bon choix s'installe.

Enfin, il y a le sentiment d'**incertitude quant à leurs propres capacités** (Albott et al., 2020 ; Ripp et al., 2020). L'apparition soudaine de la pandémie a empêché les soignants de se préparer et de s'adapter à la pandémie (Vinkers et al., 2020). Les hôpitaux, submergés par les patients infectés, ont dépassé les capacités des soignants (Ripp et al., 2020). Pourtant, ils jouent un rôle très important dans cette pandémie, car ce sont eux qui doivent identifier et soigner les patients infectés, malgré le risque personnel très élevé (Ripp et al., 2020). Le fait que le personnel soignant n'ait pas pu se préparer à cette pandémie (Vinkers et al., 2020) peut entraîner un sentiment d'incompatibilité dû à ce manque de formation en matière de contrôle des infections (Dubey et al., 2020). La combinaison de l'augmentation de la charge de travail et du manque de personnel a eu pour conséquence que les soignants ont craint de devoir travailler dans un service ou une unité pour lesquels elles n'avaient pas les connaissances et les compétences nécessaires (Shanafelt et al., 2020, cités par Labrague & De Los Santos, 2020).

3.1.3. D'autres facteurs de stress et préoccupations des soignants liées à la COVID-19

Il existe de nombreux autres facteurs de stress auxquels le personnel soignant a été confronté au cours de cette pandémie. Nous allons citer quelques-uns qui nous ont semblé les plus pertinents dans le cadre de ce travail, mais il faut garder à l'esprit que la liste est très longue et bien sûr non exhaustive.

- L'infection ou le décès d'un proche constitue également un facteur de stress pour les soignants (Dubey et al., 2020).
- L'incertitude liée à l'accès à des garderies lorsque les écoles étaient fermées lors des confinements était un grand facteur de stress pour les soignants qui ont des enfants et qui ont dû travailler (Rangachari & Woods, 2020 ; Ripp et al., 2020).
- La combinaison du manque d'EPI et la peur de contracter le virus ou de le transmettre à des proches a conduit certains soignants à s'isoler socialement à leur domicile (Rangachari & Woods, 2020 ; Ripp et al., 2020). Cet isolement des proches peut être très inconfortable pour les soignants, car on se trouve dans une période où le soutien social est très important (Rangachari & Woods, 2020 ; Ripp et al., 2020 ; Vinkers et al., 2020).

3.2. Les effets des facteurs de stress sur le bien-être des soignants

Il est important de prêter attention à la détresse psychologique que les soignants, qui se trouvent en première ligne des soins, peuvent ressentir lorsqu'une catastrophe à grande échelle se produit. (Allsopp et al., 2019, cités par Luo et al., 2020). En fait, comme l'expliquent Allsopp et al., les blessures psychologiques durent plus longtemps et ont un impact plus important que les blessures physiques (2019, cité par Luo et al., 2020).

Des études sur les épidémies passées (exemple : SARS, MERS, etc.) ont montré l'impact que ces catastrophes à grande échelle peuvent avoir sur le bien-être mental des soignants. Il a été démontré dans ces études que les soignants présentaient des symptômes d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, des troubles du sommeil (insomnies, cauchemars), de l'épuisement, ainsi que de l'hyperexcitation, de la colère, une perte de motivation au travail, une difficulté à se concentrer, des souvenirs et des pensées envahissantes, des crises de panique ou les symptômes psychotiques et un comportement de consommation de substances (Albott et al., 2020 ; Cheng et al., 2004, cités par Vindegaard & Benros ; Goulia et al., 2010, cités par Stelnicki et al., 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020 ; Maunder et al., 2006, cités par Stelnicki et al., 2020 ; Wu et al., 2009, cités par Luo et al., 2020).

Au vu de ces conclusions tirées du passé, une attention particulière doit être accordée aux soignants, qui risquent de développer des symptômes psychiatriques pendant cette pandémie (Vindegard & Benros, 2020). Plusieurs auteurs¹¹ ont mené des études sur les effets de la COVID-19 sur le bien-être des soignants. Ils ont prouvé que les effets psychologiques de la COVID-19 seraient les mêmes que dans les études sur les épidémies du passé et que la pandémie entraîne par conséquent les mêmes symptômes que ceux mentionnés ci-dessus.

Les soignants qui sont constamment confrontés à un sentiment d'incertitude (concernant les ressources, leurs propres capacités, etc.) et à une exposition constante à la souffrance, à la mort, mais aussi aux risques pour leur propre sécurité, peuvent développer un niveau élevé d'anxiété et de peur à court terme et souffrir de burnout à long terme (Albott et al., 2020).

Nous allons maintenant nous intéresser de plus près aux effets de la COVID-19 sur l'anxiété, la dépression, la fatigue et le burnout.

3.2.1. L'anxiété et la dépression

Des études récentes sur la pandémie ont révélé que les soignants souffrent de symptômes d'anxiété et de dépression (Ho et al., 2020 ; Luo et al., 2020 ; Salari et al., 2020). Les épidémies et les pandémies sont des situations fortement anxiogènes (Labrague & De Los Santos, 2020).

En raison de son apparition soudaine et imprévisible et de sa propagation exponentielle dans le monde, la COVID-19 a provoqué de la détresse et de l'anxiété, qui sont des « *réactions psychologiques naturelles à une situation qui se développe de manière aléatoire* » (OMS, cité par Dubey et al., 2020, p. 780). Vinkers et al. (2020) soulignent tout de même que **ces réactions d'anxiété et de détresse sont tout à fait normales dans des situations qui sont à la fois menaçantes et imprévisibles**. La peur, le stress et l'inquiétude sont donc inévitables lorsqu'une maladie contagieuse peu connue se déclare (Dubey et al., 2020). En conséquence, il a été démontré que le personnel soignant fait partie des catégories de travailleurs les plus à risque de ressentir ces symptômes (Dubey et al., 2020). Ainsi que le fait que l'anxiété liée à la pandémie de la COVID-19 est prédominante dans le secteur de soins et peut avoir **un impact négatif sur les performances et le bien-être des soignants** (Labrague & De Los Santos 2020). Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils sont en contact direct avec des patients infectés lors des soins

¹¹ Dubey et al., 2020 ; Ho et al., 2020 ; Huffman et al., 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020 ; Mo et al., 2020, cité par Vindegard & Benros 2020 ; Oudyk & Smith, 2020, cité par Stelnicki et al., 2020 ; Pappa et al., 2020 ; Salari et al., 2020 ; Turale et al., 2020 ; Vinkers et al., 2020 ; Xiao et al., 2020, cité par Vindegard & Benros 2020.

(Labrague & De Los Santos, 2020) et qu'ils sont confrontés quotidiennement à la souffrance et à la mort des patients (Pappa et al., 2020).

Presque tous les facteurs de stress mentionnés au point 3.1 sont des sources d'anxiété pendant cette pandémie. Néanmoins, la principale source d'anxiété des soignants dans le cadre de cette pandémie est **l'exposition au COVID-19 sur le lieu de travail, qui entraîne la peur de s'infecter et d'infecter d'autres personnes à leur insu** (Ho et al., 2020 ; Mo et al., 2020, cités par Labrague & De Los Santos, 2020 ; Rangachari & Woods, 2020). Les soignants risquent donc de développer une profonde anxiété liée à la crainte de transmettre le virus à d'autres (Dubey et al., 2020).

Parmi les **autres sources d'anxiété et de dépression** chez les soignants en rapport avec le COVID-19, on peut citer :

- le manque d'informations précises sur la maladie (Ho et al., 2020) ;
- le manque d'EPI qui, jour après jour, leur donnait un sentiment d'incertitude quant à leur propre sécurité (Albott et al., 2020 ; Rangachari & Woods, 2020) ;
- la peur de devoir travailler dans un autre service/unité de soins, en doutant de posséder les capacités/compétences pour fournir des soins de qualité (Rangachari & Woods, 2020) ;
- la peur de ne pas pouvoir s'occuper d'un collègue de travail infecté par le virus, ce qui peut rendre les soignants plus vulnérables psychologiquement (Maunder et al., 2003, cités par Dubey et al., 2020) ;
- et l'incertitude de savoir s'ils auraient accès à des services de garde d'enfants lorsque les écoles étaient fermées (Ripp et al., 2020).

L'anxiété et la peur de s'infecter et de tomber malade, voire de mourir, associée à l'impuissance à aider les personnes malades, peuvent déclencher une dépression nerveuse (Ho et al., 2020). Selon Albott et al. (2020), les facteurs de stress permanents tels que l'incertitude quant au virus, le manque d'EPI, le manque d'équipement médical et la menace pour la santé personnelle et celle des proches entraînent des états d'anxiété très similaires aux conditions rencontrées sur un champ de bataille.

3.2.2. La fatigue

La fatigue peut être causée par une **mauvaise qualité de sommeil** ou par **des troubles du sommeil** chez le personnel soignant pendant la pandémie.

- La pandémie de la COVID-19 peut avoir un **impact négatif sur le sommeil** du personnel soignant (Vindegard & Benros, 2020). Des études sur la COVID-19 ont démontré que les soignants souffrent d'un manque de repos adéquat, d'un sommeil non-réparateur (Albott et al., 2020), et/ou d'un sommeil de mauvaise qualité (Xiao et al., 2020, cités par Vindegard & Benros, 2020). Cela peut être dû à la charge de travail très élevée (Dubey et al., 2020 ; Guo et al., 2020 ; Pappa et al., 2020) et à l'allongement des journées de travail (Stelnicki et al., 2020) causés par le manque de personnel soignant (Stelnicki et al., 2020 ; Turale et al., 2020). Min et al. (2019) ont prouvé que lorsqu'une personne souffre d'un manque de sommeil de manière répétée, cela peut affecter et réduire les performances cognitives et le niveau de vigilance au travail.
- Il a également été démontré que certains soignants ont développé **des troubles du sommeil** tels que l'insomnie (Huffman et al., 2020 ; Luo et al., 2020) ou des cauchemars (Luceño-Moreno et al., 2020) pendant la pandémie. Les troubles du sommeil ont des effets négatifs à la fois à long et à court terme sur un individu (Albott et al., 2020). Ainsi, les auteurs expliquent qu'à court terme, ils peuvent avoir un impact sur la concentration, la vitesse de traitement et la flexibilité mentale d'un soignant. Si ces troubles du sommeil se prolongent dans le temps, comme lors d'une pandémie, ils peuvent entraîner des effets cognitifs plus graves, une dérégulation émotionnelle, de la colère et de l'irritabilité.

La lutte contre une pandémie d'un virus hautement contagieux et mortel avec une pénurie d'EPI a un impact négatif sur la fatigue au travail, notamment la **fatigue émotionnelle** (Pappa et al., 2020 ; Rangachari & Woods, 2020). La combinaison des facteurs suivants a entraîné une **fatigue physique** chez les soignants pendant la pandémie : le manque de personnel (Stelnicki et al., 2020 ; Turale et al., 2020) dû à des hôpitaux surchargés (Ripp et al., 2020), un taux élevé de soignants infectés par le virus (Turale et al., 2020), une charge de travail élevée (Dubey et al., 2020 ; Guo et al., 2020 ; Pappa et al., 2020), et l'allongement des journées de travail (Stelnicki et al. 2020).

Kisely et al. ont fait remarquer qu'il est important que les soignants puissent bénéficier de périodes suffisantes pour s'absenter du travail et de périodes suffisantes pour se reposer, car si ces deux conditions ne sont pas remplies, cela aggravera les symptômes de fatigue et de stress des soignants qui sont constamment confrontés à des facteurs de stress (2020, cité par Huffman et al., 2020).

3.2.3. L'épuisement professionnel

Selon Albott et al. (2020), la combinaison d'un niveau élevé d'anxiété, d'un sentiment persistant d'incertitude et d'une capacité réduite à exercer un contrôle/des actions sur une situation est un **facteur de risque pour les soignants de développer un burnout**. Comme nous l'avons vu plus haut, l'anxiété peut être déclenchée par presque tous les facteurs de stress que nous avons énumérés à la section 3.1. En outre, la confrontation permanente avec des facteurs de stress et le risque personnel de s'infecter en soignant des patients hautement contagieux peuvent également entraîner un burnout chez un soignant. Luceño-Moreno et al. (2020) ont également démontré qu'un sentiment de manque de contrôle et un sentiment d'incertitude permanente sur le lieu de travail conduisent à l'épuisement professionnel.

Dubey et al. (2020) ont montré que **le sentiment d'incompatibilité** ainsi que le **sentiment d'inutilité dû au manque de formation** entraînent un épuisement et un fort désengagement des soignants. Le fait de travailler dans un service/une unité de soins pour lesquels un soignant n'est pas qualifié et d'être témoin d'un grand nombre d'infections, de décès et d'erreurs médicales entraîne une détresse émotionnelle (Rangachari & Woods, 2020) et entraînent un l'épuisement mental et émotionnel.

Le facteur de stress consistant à **devoir prendre des décisions éthiquement** difficiles sur le rationnement des soins aux patients (Dubey et al., 2020 ; Pappa et al., 2020) peut avoir des conséquences dramatiques sur le bien-être physique et mental des soignants (Pappa et al., 2020). Ces valeurs de conflit professionnel font en sorte que les soignants souffrent d'un énorme stress (physique et émotionnel) ainsi que d'une détresse morale (Turale et al., 2020).

D'autres facteurs de stress pouvant entraîner un burnout pendant la pandémie sont : le manque de personnel (Stelnicki et al., 2020), l'augmentation de la charge de travail (Dubey et al., 2020 ; Guo et al., 2020 ; Pappa et al., 2020) et la détresse émotionnelle, car les soignants ne peuvent guère trouver de réconfort auprès de leurs proches (Rangachari & Woods, 2020).

3.3. Le rôle de la résilience dans la pandémie dans le milieu des soins

Nous venons de voir les facteurs de stress ainsi que les effets négatifs que la pandémie pourrait avoir sur le bien-être des soignants, qui pourraient ainsi développer des symptômes d'anxiété, de dépression, de fatigue et de burnout. Cependant, certains soignants peuvent être moins affectés négativement par cette pandémie et développent donc en conséquence moins de symptômes psychiatriques que d'autres (Huffman et al., 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020).

Ce constat pourrait s'expliquer par la notion de résilience psychologique que nous avons abordée dans le premier chapitre.

Rappel de la notion de résilience que nous avons abordée dans le premier chapitre : La résilience peut être définie dans le secteur des soins comme étant « *la capacité d'improviser avec le matériel disponible pour trouver des solutions à des problèmes inattendus, permettant ainsi de prodiguer des soins aux patients en toute sécurité malgré les obstacles* » (Rangachari & Woods, 2020, p.3). Ainsi, un soignant résilient percevra les facteurs de stress comme des défis à surmonter, ce qui lui permettra de s'épanouir face à l'adversité et de s'adapter aux changements (Huffman et al., 2020). Bien qu'un soignant résilient développera des réactions à court terme face à une situation stressante, il sera néanmoins en mesure de maintenir son niveau de fonctionnement (Soer et al., 2019). Par conséquent, la résilience peut agir comme un facteur de protection (Luceño-Moreno et al., 2020 ; Palacio et al., 2020) contre les conséquences psychologiques causées par des facteurs de stress (Palacio et al., 2020).

La résilience est donc essentielle pour faire face au stress et rester en équilibre psychique (Vinkers et al., 2020) et joue donc un rôle important pour les soignants pendant la pandémie. En tenant compte de tous les facteurs de stress liés à la COVID-19 que nous avons vus dans ce chapitre, ainsi que de leurs conséquences, la résilience est donc un aspect central, étant donné qu'elle peut prédire le développement de troubles psychologiques. Huffman et al. (2020) ont démontré qu'elle peut agir comme **un facteur de protection psychologique** pour les soignants **dans la gestion de ces facteurs de stress causés par la pandémie.**

Des études récentes menées dans le secteur des soins ont prouvé que **la résilience est négativement liée** au stress, à l'anxiété, à la dépression, au stress post-traumatique, à l'épuisement émotionnel, à l'épuisement professionnel, aux troubles du sommeil et à la fatigue **issus des facteurs de stress de la pandémie** (Huffman et al., 2020 ; Labrague & De Los Santos, 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020). Ces trois études transversales ont été menées dans le secteur des soins au moyen d'enquêtes en ligne. Les auteurs de ces trois études ont donc créé des questionnaires mesurant la résilience, ainsi que les aspects psychologiques cités ci-dessus. Ils ont démontré, à l'aide d'analyses statistiques, qu'une plus grande résilience pendant la pandémie de la COVID-19 avait des effets bénéfiques sur les aspects psychologiques mentionnés ci-dessus. Ainsi, les soignants qui présentaient un niveau de résilience plus élevé pendant la pandémie étaient moins touchés par le stress lié au travail et présentaient moins de symptômes d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique, d'épuisement émotionnel, d'épuisement professionnel, de fatigue et de troubles du sommeil.

Résumé du troisième chapitre et conclusion de la revue de la littérature :

Dans ce dernier chapitre, nous avons vu que les deux catégories de facteurs de stress (la crainte et l'incertitude) identifiées par Albott et al. (2020) dans la pandémie ont un impact sur le bien-être psychologique des soignants (Dubey et al., 2020 ; Huffman et al., 2020). Ils peuvent entraîner des symptômes d'anxiété, de dépression, de fatigue et d'épuisement professionnel (Albott et al., 2020 ; Dubey et al., 2020 ; Pappa et al., 2020 ; Rangachari & Woods, 2020).

Comme nous l'avons expliqué dans le premier chapitre, les soignants qui présentent les symptômes mentionnés ci-dessus peuvent mettre en danger non seulement eux-mêmes, mais aussi leurs patients (Kunaviktikul et al., 2015 ; Min et al., 2020 ; Zhan et al., 2020). Ils risquent ainsi d'être moins performants, de mettre la vie des patients en danger ou de commettre des erreurs médicales (Kunaviktikul et al., 2015 ; Rangachari & Woods, 2020 ; Teng et al., 2010, cités par Kakemam et al., 2019). Il est donc important de prêter attention à ces aspects psychologiques pendant la pandémie, afin de garantir des soins de qualité, mais aussi de maintenir les soignants en bonne santé mentale.

La résilience, connue pour sa capacité à jouer un rôle protecteur dans des situations très stressantes, est donc un concept clé pendant cette pandémie. Comme nous l'avons vu dans ce chapitre, elle peut être capable de prédire le développement de troubles psychologiques (Huffman et al., 2020). En considérant qu'elle n'est pas un trait fixe et stable, mais un processus dynamique de réponse à des expériences difficiles (Osório et al., 2017) et qu'elle est façonnée par les interactions entre des ressources individuelles et environnementales (Luceño-Moreno et al., 2020), fait en sorte que les niveaux de résiliences sont susceptibles d'évoluer et de changer tout au long de la vie (Windle et al., 2011, cités par Jacobs & Horsch, 2019).

Il est donc important d'instaurer des possibilités sur le lieu de travail des soignants qui leur permettent d'augmenter leur niveau de résilience. Voici quelques exemples de mesures prises lors de la pandémie : la mise en place d'un soutien psychosocial (Ripp et al., 2020), des pauses médiatiques (OMS, cité par Vinkers et al., 2020) et la promotion des liens sociaux (Vinkers et al., 2020).

HYPOTHÈSE / QUESTION DE RECHERCHE

1. L'objectif

La pandémie de la COVID-19 a entraîné plusieurs changements au niveau de l'organisation du travail dans le milieu des soins. Les soignants ont été confrontés quotidiennement à des facteurs de stress qui pouvaient avoir un effet négatif sur leur bien-être psychologique. Plusieurs études ont évalué cet impact négatif chez les soignants durant la pandémie (Huffman et al., 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020 ; Labrague & De Los Santos, 2020). Cependant, peu d'études ont essayé d'établir un lien entre la résilience, les facteurs de stress et les modifications de l'organisation du travail dans le secteur des soins pendant la pandémie.

Étant donné que la résilience peut évoluer au fil du temps, les soignants peuvent être capables d'augmenter leur niveau de résilience. Comme il a été démontré que la résilience permet de prédire le développement des troubles psychologiques, il est important d'étudier ces liens afin de sensibiliser les directeurs des secteurs de soins.

L'objectif de ce mémoire sera donc de vérifier dans quelle mesure la COVID-19 a influencé le travail du personnel soignant, et d'essayer d'établir un lien entre la résilience, le stress et les changements dans le travail dans le secteur des soins. Nous allons donc vérifier s'il existe une relation entre les capacités de résilience et l'impact de la pandémie sur des facteurs psychologiques tels que la fatigue, l'anxiété, la dépression et l'épuisement émotionnel du personnel soignant. Nous allons également vérifier s'il existe une relation entre les capacités de résilience et les changements dans le travail dus à la pandémie, ainsi qu'un lien entre la résilience et l'impact (physique/émotionnel) ainsi que le ressenti des soignants face à ces changements.

En ce qui concerne **nos participants**, nous avons mené cette étude dans l'Intercommunale des Soins Spécialisés de Liège (ISoSL). Plus précisément nous avons recruté des soignants qui ont comme fonction : infirmier en chef, infirmier et aide-soignant.

Pour ce qui est **la procédure de notre étude**, nous avons créé un questionnaire en ligne, permettant de mesurer les données sociodémographiques, la résilience, l'épuisement émotionnel, les trois types de fatigue au travail, l'anxiété et la dépression. Ce questionnaire a également permis de récolter des données relatives aux modifications de l'organisation du

travail subséquent à la pandémie, ainsi que le ressenti des soignants par rapport à ces modifications.

2. L'hypothèse

Notre hypothèse principale est celle que les capacités de résilience des soignants auraient un impact positif sur différents facteurs psychologiques tels que la fatigue, l'épuisement émotionnel, l'anxiété et la dépression.

Plusieurs études ont prouvé qu'il existe un lien négatif entre la résilience et les facteurs psychologiques que nous étudierons dans cette étude durant la pandémie (Huffman et al., 2020 ; Labrague & De Los Santos, 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020). Nous nous attendons donc à obtenir une relation négative entre la résilience et différentes variables telles que la fatigue, l'épuisement émotionnel, l'anxiété et la dépression, c'est-à-dire qu'un plus haut niveau de résilience serait lié à un niveau plus bas au niveau des différentes variables citées.

De façon, plus qualitative, nous nous intéresserons aussi aux changements dans l'organisation du travail et sur le ressenti des soignants face à ceux-ci.

Afin de répondre à notre hypothèse de recherche, nous avons créé une enquête en ligne destinée au personnel de soins du groupe ISoSL (infirmier en chef, infirmier et aide-soignant). L'enquête avait pour objectif :

- de récolter des **données de type sociodémographiques** (le genre, l'âge, la fonction occupée au sein d'ISoSL et l'ancienneté) ;
- d'évaluer le **niveau de résilience, d'épuisement émotionnel, de fatigue, d'anxiété et de dépression** des répondants ;
- de récolter **des données** relatives aux **modifications de l'organisation du travail subséquent à la pandémie**, ainsi que le **ressenti des soignants par rapport à ces modifications**.

MÉTHODOLOGIE

1. Le recrutement des participants

Cette étude a été menée chez ISoSL qui se compose de trois secteurs, à savoir le Secteur A (santé mentale et psychiatrie), le Secteur B (gériatrie, psychogériatrie, revalidation et soins palliatifs) et le Secteur C (les maisons de repos).

Le recrutement a donc été effectué auprès du personnel soignant du groupe ISoSL. Après avoir reçu l'accord de la direction d'ISoSL et du Comité d'éthique de la faculté de psychologie, nous avons envoyé un mail de recrutement au Conseiller en prévention du service interne de prévention et de protection au travail d'ISoSL, qui lui par la suite l'a transféré aux directeurs des trois secteurs. Les directeurs de tous les bâtiments de ces trois secteurs ont, à leur tour, informé les soignants (occupant les fonctions d'infirmier en chef, infirmier et aide-soignant) par voie de mail de notre étude.

Une affiche, contenant une petite description de l'étude, le QR code de l'enquête en ligne et mes coordonnées personnelles en cas de questions, a également été créé avec l'aide du service interne de prévention et de protection au travail (voir annexe 1). Cette affiche a été envoyée aux directeurs dans le but de les afficher dans tous les bâtiments d'ISoSL.

2. La description de l'échantillon

Nous avons eu un total de 40 travailleurs d'ISoSL qui ont répondu à notre questionnaire en ligne. Nous avons dû exclure au total 12 participants pour les raisons suivantes : quatre participants n'avaient pas complété la totalité d'une des deux parties (questionnaires ou questions ouvertes) et huit participants n'occupaient pas la fonction souhaitée (exemples de fonctions exclues : logopède, directeur, éducateur, ...).

Notre taille d'échantillon pour cette étude est donc de 28 participants. Il se compose de 10 hommes (ce qui équivaut à 35,71% de l'échantillon) et de 18 femmes (ce qui équivaut à 64,29% de l'échantillon). L'âge moyen de nos participants est 38,72 années, allant de 27 ans à 54 ans, avec un écart-type de 9,12. L'ancienneté moyenne de nos participants est 10,72 années, allant de 3 ans à 24 ans, avec un écart-type de 6,21. Notre échantillon était composé de trois infirmiers en chef (ce qui équivaut à 10,71% de notre échantillon) et de 25 soignants, dont 14 infirmiers

(50%) et 11 aides-soignants (39,29%). Toutes les données socio-démographiques sont représentées dans le tableau ci-dessous (tableau 1).

Tableau 1 : Les données sociodémographiques des participants

Les données sociodémographiques des participants						
	Infirmier en chef		Infirmier		Aide-soignant	
	N	%	N	%	N	%
Genre du soignant						
Homme	2	7,14	6	21,43	2	7,14
Femme	1	3,57	8	28,57	9	32,14
L'âge du soignant						
Moyenne (en années)		50.66		41.07		38.72
L'écart-type		2.51		8.09		9.12
Minimum-maximum		48-53		30-57		27-54
L'ancienneté du soignant						
Moyenne (en années)		24.00		15.78		10.72
L'écart-type		3.60		9.07		6.21
Minimum-maximum		20-27		1-33		3-24

3. Les instruments utilisés

Pour mener cette étude, nous avons créé un questionnaire constitué de questions sociodémographiques, de questionnaires psychologiques courts et validés, ainsi que deux questions ouvertes. Ce questionnaire a été encodé sur la plateforme UDI-fplse de l'Université de Liège (voir annexe 2). La durée de ce questionnaire était estimée à approximativement 30 minutes et étant donné qu'il s'agissait d'une enquête en ligne, les soignants pouvaient remplir l'enquête sur un ordinateur ou leur téléphone portable à l'endroit où ils le souhaitaient. Ils avaient également la possibilité d'arrêter l'enquête et de la reprendre à l'endroit où ils étaient plus tard grâce à la mise à disposition d'un lien.

Nous n'avons à aucun moment demandé des informations personnelles permettant d'identifier les participants (nom, date de naissance, etc.). Tout participant a été encodé avec un code (exemple : 001) afin qu'aucun tiers ne puisse identifier un participant et pour que les données récoltées lors de ce mémoire restent strictement confidentielles. Nous avons également demandé aux participants d'utiliser des pseudonymes lorsqu'ils envisageaient de parler d'une personne en répondant aux questions ouvertes afin de garantir l'anonymat de ces personnes mentionnées.

3.1. Les données sociodémographiques

Les questions 1 à 4 de notre questionnaire sont constituées de **quatre questions sociodémographiques**, et plus précisément : **le genre, l'âge, la fonction occupée au sein d'ISoSL et l'ancienneté**. Ces quatre questions ont été ajoutées pour décrire la population qui a participé à notre étude, et dans le but de pouvoir faire des liens avec les autres questionnaires que nous utilisons.

3.2. The Brief Resilience Scale - version française (BRS-F)

Les questions 5 à 10 de notre questionnaire sont constituées du questionnaire « **The Brief Resilience Scale** » (BRS). La BRS originale (en version anglaise) a été construite et validée en 2008 par les auteurs Smith et al. (Jacobs & Horsch, 2019 ; Soer et al., 2019). Dans notre étude, nous avons utilisé la traduction française (BRS-F) qui a été validée par les auteurs Jacobs & Horsch en 2019.

La BRS permet de mesurer **la résilience psychologique** auto-perçue d'une personne, c'est-à-dire la perception d'un individu sur sa capacité à rebondir après un stress (Jacobs & Horsch, 2019 ; Smith et al., 2013) et donc sa capacité à faire face aux obstacles environnementaux et à se remettre de circonstances stressantes (Luceño-Moreno et al., 2020, p.4).

La BRS-F est constituée de six items : trois items sont formés de manière positive (question 5, 7 et 9) et trois ont été inversés et sont donc formulés de manière négative (question 6, 8 et 10). L'évaluation des items se fait sur une échelle de Likert sur cinq points (1 : fortement en désaccord à 5 : fortement d'accord). (Jacobs & Horsch, 2019 ; Luceño-Moreno et al., 2020 ; Soer et al., 2019).

Le score final de la BRS-F d'une personne s'obtient en calculant la moyenne des six scores et ce score final de résilience peut être scindé en trois catégories : une catégorie « **faible** » pour les scores entre 1 et 2,99, une catégorie « **moyenne** » pour les scores entre 3 et 4,30, et une catégorie « **élevée** » pour les scores entre 4,31 et 5 (Smith et al., 2013).

3.3. La sous-échelle « épuisement émotionnel » du Maslach Burnout Inventory (MBI)

Les questions 11 à 19 de notre questionnaire sont constituées d'une des trois sous-échelles du **Maslach Burnout Inventory** (MBI). Le MBI original a été créé par Maslach & Jackson en 1986 (cité par Dion & Tessier, 1994) et permet de mesurer **un niveau de risque de burnout** avec trois échelles, à savoir : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et

l'accomplissement personnel (Jacobs & Horsch, 2019 ; Luceño-Moreno et al., 2020).

Nous avons utilisé dans notre questionnaire une des trois sous-échelles de questionnaire, et plus précisément la traduction française de **la sous-échelle de l'épuisement émotionnel** qui a été validée par Dion & Tessier en 1994.

Cette échelle est constituée de 9 items (Jacobs & Horsch, 2019) et l'évaluation des items se fait sur une échelle de Likert de fréquence de sept points (0 : jamais à 6 : tous les jours) (Dion & Tessier, 1994 ; Jacobs & Horsch, 2019 ; Luceño-Moreno et al., 2020). Le score total de cette échelle sera la somme des 9 items et varie donc entre 0 et 54. Ce score total indique une estimation de l'épuisement émotionnel, qui peut être scindé en trois catégories : un niveau « **bas** » pour les scores inférieurs à 17, un niveau « **modéré** » pour les scores entre 18 et 29, et un niveau « **élevé** » pour les scores supérieurs à 30¹².

Lors de l'encodage des questions avant la diffusion de l'enquête, une erreur a été commise. Il est donc important de mentionner à ce stade que la proposition 5 « **quelques fois par semaine** » n'a pas été proposée aux participants lors de cette étude ce qui pourrait interférer les résultats finaux de l'épuisement émotionnel.

3.4. The Three - Dimensional Work Fatigue Inventory (3D-WFI)

Les questions 20 à 37 de notre questionnaire sont constitués du **Three-Dimensional Work Fatigue Inventory** (3D-WFI), créé et validé par Frone et Tidwell en 2015. Nous avons utilisé dans ce mémoire une traduction française du questionnaire utilisée dans le cadre du mémoire de Madame Amoruso Lorraine en 2018¹³.

Le 3D-WFI est un questionnaire multidimensionnel de la **fatigue au travail** et compte au total 18 items en mesurant trois types de fatigues au travail, à savoir **la fatigue physique** (questions 20 – 25), **la fatigue mentale** (questions 26 – 31) et **la fatigue émotionnelle** (questions 32 – 37) au cours des 12 derniers mois. Pour chaque type de fatigue au travail, trois items sont constitués de questions sur la fatigue extrême au travail et trois items sont des questions sur la capacité fonctionnelle réduite de la fatigue au travail. L'évaluation des items se fait sur une échelle de Likert de fréquence sur cinq points (4 : tous les jours à 0 : jamais) (Frone & Tidwell, 2015).

¹² Professeur BLAVIER Adélaïde – Cours de « Psychopathologie du travail ». Université de Liège.

¹³ <http://hdl.handle.net/2268.2/5699>.

En ce qui concerne l'évaluation des trois scores obtenus de ce questionnaire, nous avons créé nous-mêmes des scores seuils afin de pouvoir les classer dans trois catégories. Nous avons donc pour les trois scores à chaque fois centré autour de la moyenne afin d'avoir une catégorie « moyen » du type de la fatigue et créé une catégorie « faible » pour les scores qui se trouvent en dessous et une catégorie « élevée » pour les scores au-dessus de ces seuils moyens.

Ainsi, les scores des trois échelles de fatigue : physique, mentale et émotionnelle, varient toutes les trois entre 0 et 24 (Frone & Tidwell, 2015) dont le score moyen est 12. Notre classification se constitue donc en un score « **faible** » pour les scores qui varient entre 0 et 7, un score « **moyen** » pour les scores entre 8 et 16, et d'un score « **élevé** » pour les scores entre 17 et 24.

3.5. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Les questions 38 à 51 de notre questionnaire sont constituées du questionnaire **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**, créé en 1983 par Zigmond et Snaith (Herrmann, 1997 ; Untas et al., 2009). Dans notre étude nous avons utilisé la version française qui a été validée par plusieurs auteurs, notamment en 1985 par Lépine et al. (cités par Untas et al., 2009).

L'HADS est un **outil de dépistage psychologique** (Herrmann, 1997 ; Snaith, 2003) qui permet de vérifier si le répondant présente un trouble anxio-dépressif, ainsi que de **mesurer à la fois un score d'anxiété et un score de dépression des participants** (Herrmann, 1997 ; Jacobs & Horsch, 2019 ; Luceño-Moreno et al., 2020 ; Snaith, 2003 ; Untas et al., 2009). Selon ces auteurs, le questionnaire compte au total 14 items et se compose de deux sous-échelles : l'anxiété et la dépression, dont chacune des deux sous-échelles compte sept items (anxiété : questions 38, 40, 42, 44, 46, 48 et 50 et dépression : questions 39, 41, 43, 45, 47, 49 et 51).

Selon Snaith (2003) **la sous-échelle de l'anxiété** se concentre sur des déclarations relatives à **l'anxiété généralisée** et **la sous-échelle de dépression** se concentre sur cinq déclarations des sept, sur **la notion d'anhédonie** (qui peut être défini comme « *la réaction de perte de plaisir* » (Snaith, 2003, p.2), qui est un élément important dans le dépistage d'un trouble dépressif (Klein, 1974, cité par Snaith, 2003).

L'évaluation des items se fait sur une échelle de Likert de quatre points qui va de 0 à 3 (Herrmann, 1997 ; Jacobs & Horsch, 2019 ; Luceño-Moreno et al., 2020 ; Snaith, 2003). Les scores des deux sous-échelles varient donc entre 0 et 21, et le score total du questionnaire varie entre 0 et 42 (Herrmann, 1997 ; Luceño-Moreno et al., 2020 ; Snaith, 2003 ; Untas et al., 2009).

Ce questionnaire nous permet de catégoriser trois scores :

- Le score total de la HADS peut être scindé en deux catégories : « **pas de troubles anxio-dépressifs** » pour les scores entre 0 et 14 et « **existence de troubles anxio-dépressifs** » pour les scores entre 15 et 42 (Bioni & Langevin, 2020).
- Et les deux scores des deux sous-échelles peuvent eux aussi être scindés en trois catégories : une catégorie « **absence de troubles anxieux et dépressifs** » pour les scores entre 0 et 7, une catégorie « **troubles anxieux ou dépressifs probables** » pour les scores entre 8 et 10, et une catégorie « **troubles anxieux et dépressifs sévères** » pour les scores entre 11 et 21 (Bioni & Langevin, 2020 ; Zigmond et Snaith, 1983, cités par Untas et al., 2009).

3.6. Les questions ouvertes

Les questions 52 et 53 de notre questionnaire sont composées de deux **questions ouvertes**. Les questions ouvertes posées dans notre questionnaire sont les suivantes :

- 1) Quelles modifications dans l'organisation de votre travail avez-vous observées suite à la crise sanitaire ?
- 2) Quel impact cela a-t-il eu sur vous d'un point de vue physique et/ou émotionnel ? Que ressentez-vous par rapport à ces changements ?

Elles permettent de découvrir la perception des soignants face aux **modifications dans l'organisation de travail et de l'impact** dû aux changements entraînés par les mesures sanitaires dû au COVID-19.

4. Le traitement des données

Après avoir procédé à un nettoyage des données¹⁴ sur le fichier sortant de la plateforme, nous avons calculé certains indices utiles à nos analyses.

Après avoir comparé les résultats avec les seuils des questionnaires, nous avons ensuite fait des **statistiques descriptives** avec le logiciel Excel à l'aide de tableaux croisés dynamiques sur les différents résultats des questionnaires.

¹⁴ Le nettoyage des données du fichier consistait à coter les questionnaires en fonction des seuils.

Ensuite, nous avons réalisé des **statistiques inférentielles** sur différents scores obtenus à l'aide des questionnaires suivants : la BRS, l'épuisement émotionnel du MBI, le 3-D WFI et la HADS. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel SAS (Statistical Analysis Software). Plus précisément, nous avons d'abord effectué des **corrélations de Bravais-Pearson** afin de voir dans quelle mesure nos différentes variables psychologiques évoluent conjointement. Ensuite, nous avons effectué **des analyses de régressions simples** en considérant le score de résilience de la BRS comme étant la variable indépendante pour tester dans quelle mesure elle influence les scores des autres questionnaires qui seront donc les variables dépendantes.

Par la suite, nous avons créé **des tableaux croisés dynamiques avec les données que nous avons collectées avec nos deux questions ouvertes** de sorte que chaque réponse des participants soit présentée dans un tableau relatif à chaque question. Nous avons donc créé des catégories qui nous semblaient pertinentes dans lesquelles nous avons classé chaque réponse des participants. Dans ces catégories, nous avons spécifié les réponses précises des participants. De cette façon, nous avons obtenu un aperçu des modifications au travail liées à la pandémie et du ressenti des soignants liés à ces changements.

Puis, nous avons **croisé ces tableaux croisés dynamiques** (contenant toutes les réponses des participants) **avec le niveau de résilience** des participants. Ces tableaux ont servi pour deux étapes :

- 1) Premièrement, cela nous a permis d'avoir un aperçu des niveaux de résilience des participants par rapport aux réponses les plus souvent obtenues concernant les changements au travail liés à la pandémie et comment ils se sentaient face à ces changements. Ainsi, nous avons ciblé les « réponses les plus souvent citées » par les participants à ces deux questions et nous avons exclu toutes les autres réponses de notre tableau.
- 2) Deuxièmement, cela nous a permis de voir la nature des réponses fournies par les soignants ayant un niveau faible de résilience. Pour cela, nous avons ciblé toutes les réponses des participants ayant un niveau faible de résilience et nous avons exclu toutes les réponses des personnes ayant un niveau moyen et élevé de résilience de notre tableau.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

1. Description des résultats questionnaire par questionnaire

Nous allons vous présenter en premier lieu les résultats obtenus aux questionnaires utilisés lors de cette étude. Nous avons donc créé, pour chaque questionnaire, un tableau avec le nombre de personnes qui se situait à chaque niveau de l'échelle.

1.1. Les résultats de la BRS

En ce qui concerne la résilience mesurée par la BRS, nous pouvons constater que la majorité des participants a rapporté un niveau moyen de résilience (qui se situe entre 3 et 4,3). De plus, nous pouvons également voir que sept participants avaient une résilience faible (qui se situe entre 1 et 2,99) et deux une résilience élevée (qui se situe entre 4,31 et 5). Afin d'avoir une idée de la répartition des scores, les résultats de la BRS se trouvent dans le tableau 2.

Tableau 2 : Distribution de l'échantillon aux différents niveaux de l'échelle de résilience (BRS)

Résultats de la BRS			
Faible	Moyen	Élevé	Total
7	19	2	28

1.2. Les résultats de l'épuisement émotionnel (MBI)

Par rapport à l'épuisement émotionnel mesuré par le MBI, nous pouvons constater que la majorité des participants avait un niveau bas d'épuisement émotionnel (qui se situe <17). En outre, nous pouvons également voir que six participants ont obtenu un score modéré (qui se situe entre 18 et 29) et six un score élevé (qui se situe >30) d'épuisement émotionnel. Il est à noter qu'il n'y a pas de différence entre les niveaux modéré et élevé d'épuisement émotionnel dans notre échantillon. Les résultats de l'épuisement émotionnel, sont rapportés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon aux différents niveaux de l'échelle de l'épuisement émotionnel (MBI)

Résultats de l'épuisement émotionnel (MBI)			
Bas	Modéré	Élevé	Total
16	6	6	28

1.3. Les résultats du 3-D WFI

1.3.1. Les résultats de la fatigue physique

Concernant la fatigue physique mesurée par le 3-D WFI, nous pouvons noter que la majorité des participants a obtenu un score moyen de fatigue physique (qui se situe entre 8 et 16). De plus, nous pouvons également voir que neuf participants ont obtenu un score faible (qui se situe entre 0 et 7) et huit un score élevé (qui se situe entre 17 et 24). Les résultats de la sous-échelle de la fatigue physique, sont rapportés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Distribution de notre échantillon aux niveaux de la sous-échelle de la fatigue physique (3-D WFI)

Résultats de la fatigue physique (3-D WFI)			
Faible	Moyen	Élevé	Total
9	11	8	28

1.3.2. Les résultats de la fatigue mentale

Pour la fatigue mentale mesurée par le 3-D WFI, nous avons obtenu les résultats suivants : la majorité des participants a obtenu un score faible de fatigue mentale (qui se situe entre 0 et 7), sept participants ont obtenu un score moyen (qui se situe entre 8 et 16) et dix un score élevé (qui se situe entre 17 et 24). Les résultats de la sous-échelle de la fatigue mentale, se trouvent dans le tableau 5.

Tableau 5 : Répartition de notre échantillon aux différents niveaux de la sous-échelle de la fatigue mentale (3-D WFI)

Résultats de la fatigue mentale (3D-WFI)			
Faible	Moyen	Élevé	Total
11	7	10	28

1.3.3. Les résultats de la fatigue émotionnelle

Par rapport à la fatigue émotionnelle mesurée par le 3-D WFI, nous pouvons constater que la majorité des participants a obtenu un score faible de fatigue émotionnelle (qui se situe entre 0 et 7). De plus, nous pouvons voir que six participants ont obtenu un score moyen (qui se situe entre 8 et 16) et huit un score élevé (qui se situe entre 17 et 24). Le tableau 6 montre les résultats de la sous-échelle de la fatigue émotionnelle.

Tableau 6 : Distribution de l'échantillon aux différents niveaux de la sous-échelle de la fatigue émotionnelle (3-D WFI)

Résultats de la fatigue émotionnelle (3-D WFI)			
Faible	Moyen	Élevé	Total
14	6	8	28

1.4. Les résultats de la HADS

1.4.1. Le score total de la HADS

En ce qui concerne le score total de la HADS, la majorité des participants peut être classée dans la catégorie « pas de troubles anxio-dépressifs » et dix participants dans la catégorie « existence de troubles anxio-dépressifs ». Le tableau 7 rapporte les résultats de la HADS.

Tableau 7 : Répartition de l'échantillon aux différents niveaux de l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS)

Résultats de la HADS		
Pas de troubles anxio-dépressifs	Existence de troubles anxio-dépressifs	Total
18	10	28

1.4.2. Les résultats de l'anxiété

L'anxiété mesurée par la HADS a fourni les résultats suivants : la majorité des participants se retrouvent dans la catégorie « absence de troubles anxieux » (leur score était donc entre 0 et 7), quatre se retrouvent dans la catégorie « troubles anxieux probables » (score entre 8 et 10) et sept ont été détectés comme ayant des « troubles anxieux sévères » (score entre 11 et 21). Les résultats de la sous-échelle anxiété se trouvent dans le tableau 8.

Tableau 8 : Distribution de notre échantillon aux différents niveaux de la sous-échelle d'anxiété (HADS)

Résultats de l'anxiété (HADS)			
Absence de troubles anxieux	Troubles anxieux probables	Troubles anxieux sévères	Total
17	4	7	28

1.4.3. Les résultats de la dépression

Au niveau de la dépression mesurée par la HADS, nous pouvons constater que la majorité des participants se retrouvent dans la catégorie « absence de troubles dépressifs » (leur score était donc entre 0 et 7). En outre, nous pouvons également voir que six participants se retrouvent dans la catégorie « troubles dépressifs probables » (score entre 8 et 10) et deux ont été détectés comme ayant des « troubles dépressifs sévères » (score entre 11 et 21). Dans le tableau 9, les résultats de la sous-échelle dépression.

Tableau 9 : Répartition de notre échantillon aux différents niveaux de la sous-échelle de dépression (HADS)

Résultats de la dépression (HADS)			
Absence de troubles dépressifs	Troubles dépressifs probables	Troubles dépressifs sévères	Total
20	6	2	28

2. Analyses de corrélations

Nous avons réalisé une matrice des corrélations de Bravais Pearson entre les questionnaires (voir tableau 11). De cette façon, nous avons pu vérifier si ceux-ci étaient associés entre eux. Dans le but d'interpréter au mieux les corrélations, nous avons utilisé les seuils des auteurs Dancey & Reidy (2007, cités par Akoglu, 2018). Ils ont défini des seuils servant à interpréter les coefficients de corrélation de Bravais Pearson dans le domaine de la psychologie (voir tableau 10).

Tableau 10 : Interprétation du coefficient de corrélation de Bravais Pearson (Akoglu, 2018)

Interprétation des coefficients de corrélation de Bravais - Pearson		
Le coefficient de corrélation		Interprétation (en psychologie)
+ 1	- 1	corrélacion parfaite
+ 0.9	- 0.9	corrélacion forte
+ 0.8	- 0.8	
+ 0.7	- 0.7	
+ 0.6	- 0.6	corrélacion modérée
+ 0.5	- 0.5	
+ 0.4	- 0.4	
+ 0.3	- 0.3	corrélacion faible
+ 0.2	- 0.2	
+ 0.1	- 0.1	
0	0	zéro
(Dancey & Reidy, 2007, cités par Akoglu, 2018, p.92)		

Les scores de **la résilience**, mesurés avec la BRS, montrent :

- des **corrélations néglatives modérées statistiquement significatives**, avec **la fatigue émotionnelle** ($r(28) = -.41$, $p = .03$) et la sous-échelle de **dépression** ($r(28) = -.55$, $p = 0.0023$) du questionnaire HADS ;
- et des **corrélations néglatives modérées à fortes statistiquement significatives** avec **la HADS** ($r(28) = -.66$, $p = 0.0002$), ainsi qu'avec une de ses deux sous-échelles, plus précisément celle de l'**anxiété** ($r(28) = -.65$, $p = 0.0002$).

L'**épuiement émotionnel**, mesuré avec le MBI, montre :

- des **corrélations positives modérées et statistiquement significatives** avec **la HADS** ($r(28) = .59$, $p = 0.0009$) et ses deux sous-échelles : l'**anxiété** ($r(28) = .59$, $p = 0.0010$) et **la dépression** ($r(28) = .50$, $p = 0.0069$).
- et des **corrélations positives fortes et statistiquement significatives** avec les trois fatigues du travail mesurées avec le 3-D WFI : **la fatigue physique** ($r(28) = .77$, $p < 0.0001$), **la fatigue mentale** ($r(28) = .84$, $p < 0.0001$) et **la fatigue émotionnelle** ($r(28) = .71$, $p < 0.0001$).

La **HADS** montre :

- une **corrélation positive modérée et statistiquement significative** avec **la fatigue physique** ($r(28) = .65$, $p = 0.0002$) mesurée par la 3-D WFI.
- et des **corrélations positives fortes et statistiquement significatives** avec **la fatigue mentale** ($r(28) = .75$, $p < 0.0001$) et **la fatigue émotionnelle** ($r(28) = .80$, $p < 0.0001$) mesurées avec le 3-D WFI.

Tableau 11 : Matrice des corrélations entre les questionnaires de résilience (BRS), d'épuisement émotionnel (MBI), de fatigue (3-D WFI), d'anxiété et de dépression (HADS)

Pearson Correlation Coefficients, N = 28								
Prob > r under H0: Rho=0								
	BRS	MBI	fatphy	fatiment	fatemo	HADS	anx	depr
BRS	1.00							
MBI	-.22	1.00						
fatphy	-.32	.77 **	1.00					
fatiment	-.35	.84 **	.83 **	1.00				
fatemo	-.41 *	.71 **	.64*	.83 **	1.00			
HADS	-.66 *	.59 *	.65 *	.75 **	.79 **	1.00		
anx	-.65 *	.59 *	.67 *	.74 **	.79 **		1.00	
depr	-.55 *	.50 *	.52 *	.65 **	.66 *		.70 **	1.00

Note. * = $p < .05$; ** = $p < .0001$; BRS = résilience ; MBI = épuisement émotionnel ; fatphy = fatigue physique ; fatiment = fatigue mentale ; fatemo = fatigue émotionnelle ; HADS = score total de la HADS ; anx = anxiété ; depr = dépression.¹⁵

3. Analyses de régression des liens entre la BRS et les autres questionnaires

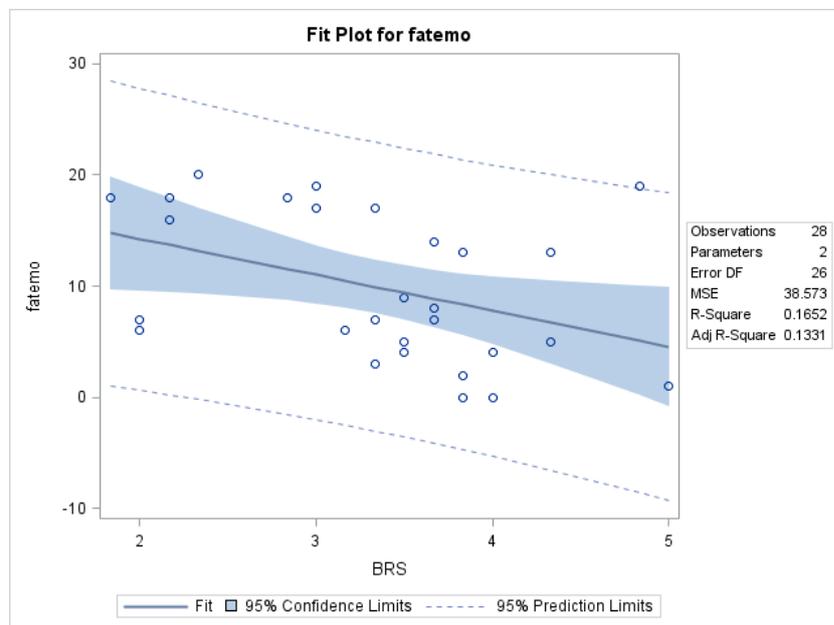
Nous allons maintenant vous présenter les analyses statistiques portant sur le lien entre la résilience (BRS) et les autres variables psychologiques évaluées. Nous avons réalisé des régressions simples afin de vérifier si la résilience (**variable indépendante**) permet d'expliquer et de prédire une part de la variance du niveau d'épuisement émotionnel, de fatigue, d'anxiété et de dépression (**variables dépendantes**). Vous trouverez en annexe des tableaux croisés dynamiques pour chaque régression simple effectuée. Ces tableaux montrent la distribution de l'échantillon aux différents niveaux de l'échelle de la BRS croisés, un par un, avec les répartitions aux différents niveaux des autres échelles utilisées : la sous-échelle d'épuisement émotionnel du questionnaire MBI, la 3-D WFI et la HADS (voir annexe 4).

¹⁵ Vous pouvez trouver la matrice des corrélations, contenant les valeurs du coefficient de corrélation et des probabilités de dépassement exactes, dans l'annexe 3 (voir tableau A3-1).

À la suite des résultats obtenus de nos analyses statistiques, nous pouvons affirmer que **la résilience** permet d'expliquer significativement une part de la variance des variables dépendantes suivantes :

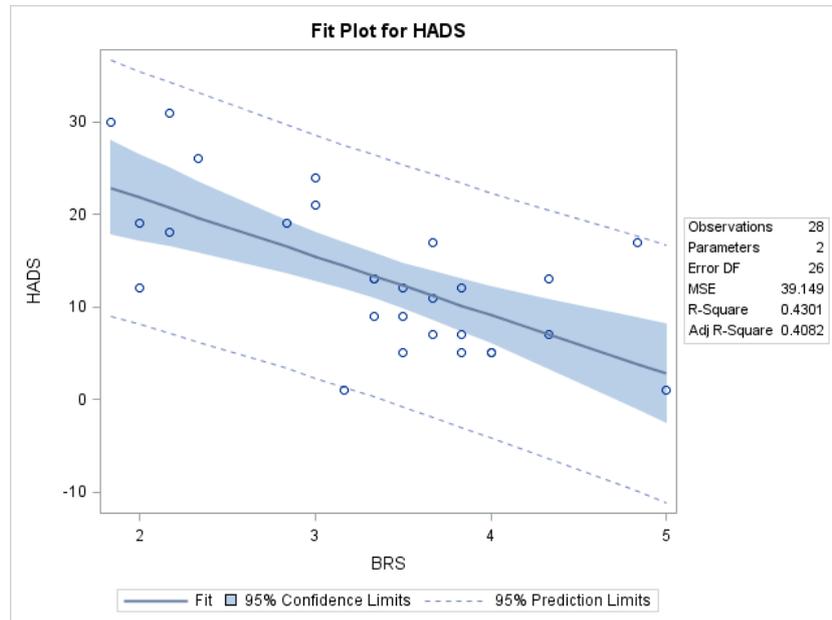
- **La fatigue émotionnelle**, $F(1,26) = 5.15$, $p = .03$, $R^2 = .17$, $R^2_{ajusté} = .13$. Le coefficient de régression prédit qu'une augmentation d'un point sur l'échelle de résilience correspond à une diminution en moyenne ($B = -3.22$) de 3.22 points du score de la sous-échelle de la fatigue émotionnelle du 3-D WFI. L'illustration 1 montre ce résultat. Nous pouvons effectivement constater qu'un score de résilience élevé est plutôt associé à un niveau de fatigue bas, et vice versa.

Illustration 1 : Lien entre la résilience (BRS) et la fatigue émotionnelle (3-D WFI)



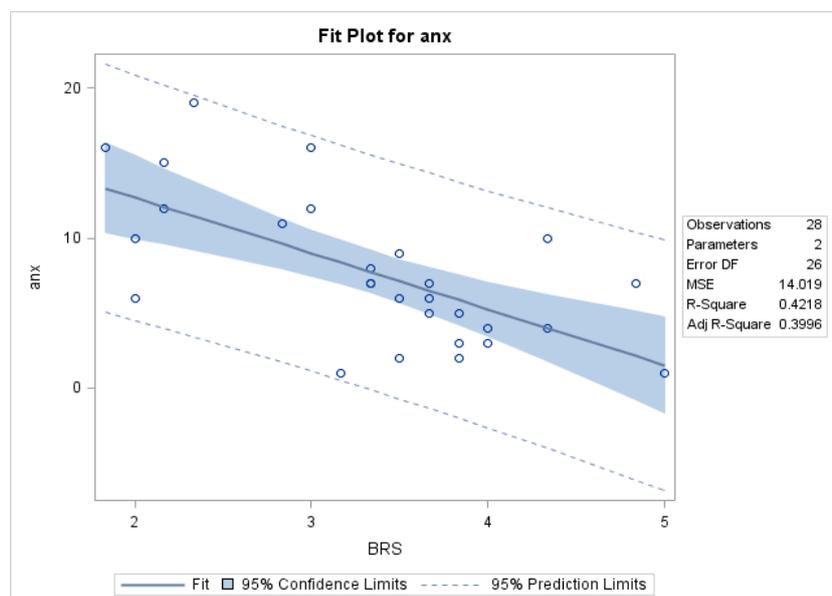
- **Le score total de la HADS**, $F(1,26) = 19.62$, $p = 0.0002$, $R^2 = .43$, $R^2_{ajusté} = .41$. Le coefficient de régression prédit qu'une augmentation d'un point sur l'échelle de résilience correspond à une diminution en moyenne ($B = -6.34$) de 6.34 points du score total de la HADS. Vous pouvez voir ce résultat dans l'illustration 2. En effet, cette illustration montre qu'un score bas sur l'échelle HADS, et donc le fait de ne pas présenter de troubles anxio-dépressifs est associé à un score élevé de résilience (BRS) et inversement.

Illustration 2 : Lien entre la résilience (BRS) et le score total d'anxiété et de dépression (HADS)



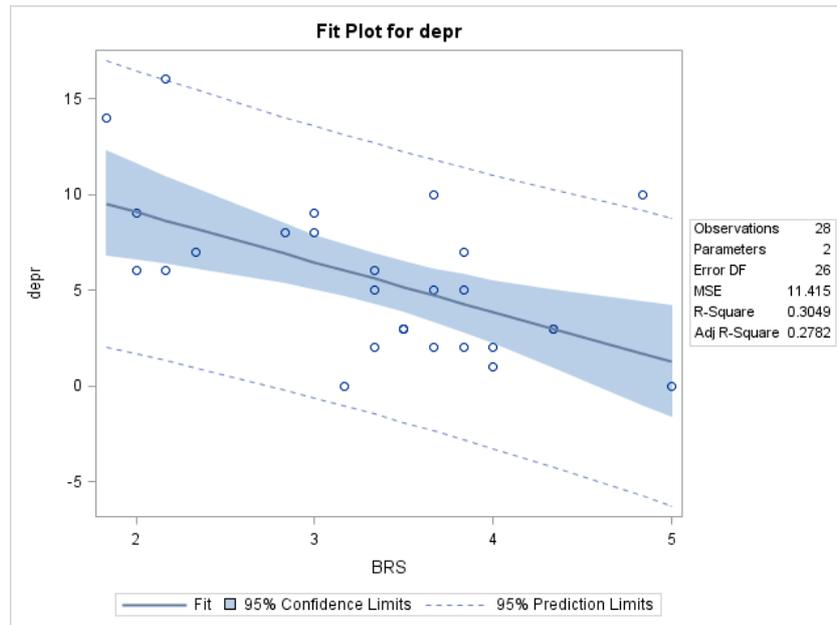
- **L'anxiété**, $F(1,26) = 18.97$, $p = 0.0002$, $R^2 = .42$, $R^2_{ajusté} = .40$. Le coefficient de régression prédit qu'une augmentation d'un point sur l'échelle de résilience correspond à une diminution en moyenne ($B = -3.73$) de 3.73 points du score de la sous-échelle de l'anxiété de la HADS. Comme nous pouvons le voir dans l'illustration 3, un score de résilience élevé est associé à un score bas sur l'échelle d'anxiété (HADS), et donc au fait de ne pas présenter de trouble anxieux et vice versa.

Illustration 3 : Lien entre la résilience (BRS) et l'anxiété (HADS)



- Et **la dépression**, $F(1,26) = 11.40$, $p = 0.0023$, $R^2 = .30$, $R^2_{ajusté} = .28$. Le coefficient de régression prédit qu'une augmentation d'un point sur l'échelle de résilience correspond à une diminution en moyenne ($B = -2.61$) de 2.61 points du score de la sous-échelle de dépression de la HADS. Nous pouvons constater dans l'illustration 4, qu'un score bas sur l'échelle de dépression (HADS), et donc le fait de ne pas présenter de troubles dépressifs est associé à un score élevé de résilience (BRS), et inversement.

Illustration 4 : Lien entre la résilience (BRS) et la dépression (HADS)



Ainsi nous avons trouvé que la résilience ne permet pas d'expliquer et donc non plus de prédire une part de la variance des variables dépendantes suivantes :

- l'épuisement émotionnel, $F(1,26) = 1.35$, $p = .26$, $R^2 = .05$, $R^2_{ajusté} = .01$;
- la fatigue physique, $F(1,26) = 3.03$, $p = .09$, $R^2 = .10$, $R^2_{ajusté} = .07$;
- et la fatigue mentale, $F(1,26) = 3.53$, $p = .07$, $R^2 = .12$, $R^2_{ajusté} = .09$.

4. Les résultats aux questions ouvertes

D'abord, nous avons créé des **tableaux croisés dynamiques** avec les données que nous avons collectées avec nos deux questions ouvertes, afin d'avoir un aperçu des modifications au travail liées à la pandémie et du ressenti des soignants liés à ces changements.

Ensuite, nous nous sommes intéressés à **l'influence du niveau de résilience sur le type de réponse obtenu à chaque question**. Pour cela, nous avons croisé nos deux tableaux croisés dynamiques des réponses obtenues pour chaque question avec le niveau de résilience des participants. Ces tableaux croisés dynamiques ont servi pour deux étapes :

- 1) Premièrement, cela nous a permis d'avoir un aperçu des niveaux de résilience des participants par rapport aux réponses les plus souvent obtenues concernant les changements au travail liés à la pandémie et comment ils se sentaient face à ces changements. Nous avons donc conservé que les « réponses les plus souvent citées » par les participants à ces deux questions et nous avons exclu toutes les autres réponses de notre tableau.
- 2) Deuxièmement, cela nous a permis de voir la nature des réponses fournies par les soignants ayant un niveau faible de résilience. Pour cela, nous avons ciblé toutes les réponses des participants ayant un niveau faible de résilience et nous avons exclu toutes les réponses des personnes ayant un niveau moyen et élevé de résilience de notre tableau.

4.1. Les modifications dans l'organisation du travail à la suite de la crise sanitaire

Nous nous sommes intéressés aux réponses à cette première question « **Quelles modifications dans l'organisation de travail avez-vous observées à la suite de la crise sanitaire ?** » (Voir le tableau A5-1a dans l'annexe 5). Nous avons décidé de ne présenter ici qu'une part de ces résultats, à savoir les réponses qui ressortaient avec la plus grande occurrence.

Les réponses concernant les modifications dans l'organisation du travail dues à la crise sanitaire étaient liées aux catégories suivantes : (1) Facteurs liés à l'institution, (2) Facteurs liés aux mesures sanitaires, (3) Facteurs sociaux, (4) Facteurs liés à la réorganisation du travail et (5) Influence de ces modifications sur le bien-être au travail. Nous avons décidé de présenter les catégories les plus citées c'est-à-dire : les facteurs liés à l'institution, les facteurs liés aux mesures sanitaires, les facteurs liés à la réorganisation du travail et l'influence de ces modifications sur le bien-être au travail.

La majorité des réponses étaient liées avec la catégorie « **Facteurs liés à l'institution** ».

- Cinq participants ont indiqué qu'il y avait un manque de personnel depuis le début de la crise sanitaire. Deux parmi ces cinq participants ont mentionné que ce manque de personnel était dû à un haut taux d'absentéisme. Dans le même contexte, un de ces cinq participants a également évoqué le fait que les soignants étaient régulièrement rappelés pour travailler lors de leurs jours de repos et un autre a mentionné qu'il ressentait un sentiment d'abandon des collègues de travail, car il s'était aperçu que peu de soignants remplaçaient les collègues absents.
- Trois participants ont perçu une augmentation de la charge de travail comparé à avant la crise sanitaire, dont une personne qui mentionnait que cette augmentation de la charge de travail était due au manque de personnel.
- Un de ces participants cité ci-dessus a précisé que le manque de personnel et l'augmentation de la charge de travail avaient comme conséquence un encadrement difficile des patients.

Ensuite, nous avons également obtenu quelques réponses liées à la catégorie « **Facteurs liés aux mesures sanitaires** ».

- En effet, deux participants ont répondu qu'un des changements majeurs selon eux était un contact humain plus faible comparé à avant la pandémie.
- Deux personnes ont évoqué le fait de devoir porter le masque constamment, dont une qui a précisé que cela était très pénible.

Dans la catégorie « **Facteurs liés à la réorganisation du travail** », la mise en place de deux circuits d'hygiène nous a relevée :

- un circuit pour le personnel (qui consiste à appliquer un protocole de mesures sanitaires avant, pendant et en finissant le travail) ;
- et un pour les colis (étant donné que le virus survit sur les surfaces, les colis des proches adressés aux patients/résidents des maisons de repos devaient être mis de côté durant un certain temps avant qu'ils ne soient donnés aux destinataires).

Dans la catégorie « **Influence de ces modifications sur le bien-être au travail** », différentes réponses sont ressorties.

- Quatre participants ont indiqué qu'ils ressentait une augmentation du stress durant la pandémie. Selon trois de ces quatre participants, cette augmentation du stress était liée au manque de personnel. Pour une de ces trois personnes, cette augmentation était liée au fait d'être rappelé régulièrement au travail lors des journées de repos. Pour une autre de ces trois personnes, elle était également liée à une augmentation de la charge de travail.

- Toujours dans cette catégorie, deux sujets ont évoqué le fait d'avoir une perte de motivation. Pour un, cette perte de motivation était liée à une augmentation du stress et de la fatigue mentale ; pour l'autre elle était liée au manque de personnel.

4.1.1. Relation entre le niveau de résilience des participants et les réponses à cette première question

Ensuite, nous nous sommes intéressés à l'influence du niveau de résilience sur la propension donner un même type de réponse à cette première question. Nous avons donc croisé notre tableau de la section précédente avec les niveaux de résilience. Nous avons décidé de nous baser sur les réponses qui étaient le plus souvent citées à cette question, mais vous pouvez trouver le tableau de toutes les réponses des sujets croisé avec le niveau de résilience dans l'annexe 5 (voir tableau A5-1b).

En ce qui concerne les réponses liées aux modifications dans l'organisation du travail les plus souvent citées par les participants, nous pouvons constater que la majorité des sujets ont un niveau de résilience moyen. Deux réponses, à savoir l'augmentation de la charge de travail et le manque de personnel ont été fournis par deux participants ayant un niveau de résilience faible. Aucune des réponses les plus souvent citées n'émane d'un participant ayant une résilience élevée (voir tableau 12).

Tableau 12 : Les modifications dans l'organisation du travail croisés avec le niveau de résilience (BRS)

Les modifications dans l'organisation du travail croisés avec le niveau de résilience (BRS)				
Les modifications dans l'organisation du travail	Niveau de résilience (BRS)			Total général
	Faible	Moyen	Élevé	
Augmentation de la charge de travail	1	2		3
Augmentation du stress		4		4
Manque de personnel	1	4		5
Mise en place de circuits d'hygiène		3		3
Pas/moins de contacts humains		2		2
Perte de motivation		2		2
Port du masque		2		2
Total général	2	19	0	21

En filtrant notre premier tableau croisé dynamique de cette première question (contenant toutes les réponses des participants et leur niveau de résilience) de manière que nous ne conservons que les réponses obtenues par les sujets ayant un niveau faible de résilience, nous pouvons constater les résultats suivants (voir tableau 13).

- la majorité des réponses se trouve dans la catégorie « **Facteurs liés à l'institution** » : l'augmentation de la charge de travail, les informations perçues comme étant peu claires et le manque de personnel ;
- le sentiment d'abandon se trouvant dans la catégorie « **Influence de ces facteurs sur le bien-être au travail** » ;
- le travail considéré comme étant plus complexe à cause des règles sanitaires sur le lieu de travail dans la catégorie « **Facteurs liés aux mesures sanitaires** »
- et la perception d'un manque de communication se trouvant dans la catégorie « **Facteurs sociaux** ».

Tableau 13 : Les modifications dans l'organisation du travail croisés avec le « faible » niveau de résilience (BRS)

Les modifications dans l'organisation du travail croisés avec le « faible » niveau de résilience (BRS)	
Les modifications dans l'organisation du travail	Nombre de participants ayant un faible niveau de résilience
Augmentation de la charge de travail	1
Informations peu claires	1
Manque de communication	1
Manque de personnel	1
Sentiment d'abandon	1
Travail plus complexe à cause des règles sanitaires	1
Total général	6

4.2. L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des changements au travail des soignants

Nous nous sommes intéressés aux réponses à cette deuxième question « **Quel impact ces modifications dans l'organisation ont-elles eu sur vous d'un point de vue physique et/ou émotionnel ? Que ressentez-vous par rapport à ces changements ?** » (Voir le tableau A5-2a dans l'annexe 5). Nous avons décidé de ne présenter ici qu'une part de ces résultats, à savoir les réponses qui ressortaient avec la plus grande occurrence.

Les réponses concernant l'impact physique/émotionnel et le ressenti des soignants par rapport à ces changements dû à la crise sanitaire ont été classées dans les catégories suivantes : (1) Bien-être en général, (2) Engagement vis-à-vis du travail, (3) Facteurs liés à l'institution, (4) Facteurs sociaux, (5) Impact sur la vie privée, (6) Réorganisation du travail et (7) Sentiment d'épuisement. Nous avons décidé de présenter les catégories les plus citées c'est-à-dire : le sentiment d'épuisement, les facteurs liés à l'institution, l'engagement vis-à-vis du travail, la réorganisation du travail et le bien-être en général.

La majorité des réponses étaient liées à la catégorie « **Sentiment d'épuisement** ».

- En effet, six participants ressentaient une augmentation de la fatigue physique. Deux de ces six participants ont évoqué que, depuis la pandémie, ils avaient plus de tâches à réaliser (des tâches qui selon eux n'avaient pas de lien avec des soins) et que cela les épuisait sur le plan physique (par exemple, gérer les visites familiales). Un de ces six participants a mentionné qu'il se sentait physiquement épuisé à la fin des journées de travail.
- Il y a également six participants qui ressentaient plus de lassitude. Quatre de ces six participants ont simplement répondu qu'ils ressentaient plus de lassitude ou qu'ils se sentaient fatigués sans préciser le type de fatigue. Un autre de ces six participants a mentionné que le changement régulier sur son lieu de travail le fatiguait. Et le dernier de ces six participants a relié la lassitude qu'il ressentait au manque de reconnaissance et à la démotivation à travailler.

Ensuite, nous avons également constaté un grand nombre de réponses liées à la catégorie « **Facteurs liés à l'institution** ».

- Quatre participants ont rapporté avoir ressenti un manque de reconnaissance (de leur supérieur ou de l'institution en général) et un de ces quatre participants se sentait dans ce contexte comme « *une roue de secours abandonné* ».

Nous avons également, dans la catégorie « **Engagement vis-à-vis du travail** » :

- Trois participants qui ressentaient une perte de l'envie de travailler. Selon deux de ces trois participants, cette perte de l'envie de travailler était liée au manque de reconnaissance. Le premier de ces trois participants a évoqué qu'il préférerait le travail qu'il faisait avant, car « *la philosophie du service a changé* ». Le deuxième a mentionné qu'il avait l'impression qu'il n'effectuait pas correctement son travail dû au manque de reconnaissance ressenti, et le troisième avait perdu l'envie de travailler dans l'équipe et avec les patients.

L'augmentation du stress a été relevée trois fois lors de cette question. Deux réponses ont été attribuées à la catégorie « **Réorganisation du travail** », car ces réponses étaient en lien soit avec des changements réguliers sur le lieu de travail, ou soit avec du travail supplémentaire dû à la pandémie. Une réponse a été attribuée à la catégorie « **Bien-être en général** », car ce participant a combiné ce stress ressenti à l'épuisement.

4.2.1. Relation entre le niveau de résilience des participants et les réponses à cette deuxième question

Ensuite, nous nous sommes intéressés à l'influence du niveau de résilience sur la propension à donner un même type de réponse à cette deuxième question. Nous avons donc croisé notre tableau de la section précédente avec les niveaux de résilience. Nous avons décidé de nous baser sur les réponses qui étaient le plus souvent citées à cette question, mais vous pouvez trouver le tableau de toutes les réponses des sujets croisé avec le niveau de résilience dans l'annexe 5 (voir tableau A5-2b).

En ce qui concerne les réponses les plus citées sur l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail des participants, nous pouvons constater que la majorité des participants ont également un niveau de résilience moyen. Sept réponses émanent de participants ayant un niveau faible de résilience, à savoir l'augmentation de la fatigue physique, le manque de reconnaissance, la perte de l'envie de travailler et le fait de ressentir plus de lassitude. Aucune des réponses les plus souvent citées n'émane d'un participant ayant une résilience élevée (voir tableau 14).

Tableau 14 : L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail croisés avec le niveau de résilience (BRS)

L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail croisés avec le niveau de résilience (BRS)				
L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail	Niveaux de résilience (BRS)			Total général
	Faible	Moyen	Élevé	
Augmentation de la fatigue physique	2	4		6
Augmentation du stress		3		3
Manque de reconnaissance	3	1		4
Perte de l'envie de travailler	1	2		3
Plus de lassitude	1	5		6
Total général	7	15	0	22

En filtrant notre premier tableau croisé dynamique de cette deuxième question (contenant toutes les réponses des participants et leur niveau de résilience) de manière que nous ne conservons que les réponses obtenues par les sujets ayant un niveau faible de résilience, nous pouvons constater les résultats suivants (voir tableau 15).

- la majorité des réponses est liée à catégorie « **Sentiment d'épuisement** » avec les réponses suivantes : l'augmentation de la fatigue émotionnelle, mentale et physique, ainsi que le fait de ressentir plus de lassitude comparé à avant la crise sanitaire ;
- deux réponses données sont liées à la catégorie « **Engagement vis-à-vis du travail** », à savoir la difficulté à réaliser un travail de qualité et la perte de l'envie de travailler,
- deux réponses, ressentir un vide et ressentir de la tristesse, ont été liées à la catégorie « **Bien-être en général** » ;
- et une réponse a été liée à la catégorie « **Facteurs liés à l'institution** », notamment le manque de reconnaissance.

Tableau 15 : L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail croisés avec le niveau « faible » de résilience

L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail croisés avec le niveau « faible » de résilience	
L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail	Nombre de participants ayant un faible niveau de résilience
Augmentation de la fatigue émotionnelle	1
Augmentation de la fatigue mentale	1
Augmentation de la fatigue physique	2
Difficulté à réaliser un travail de qualité	1
Manque de reconnaissance	3
Perte de l'envie de travailler	1
Plus de lassitude	1
Ressentir un vide	1
Ressentir de la tristesse	1
Total général	12

INTERPRÉTATION ET DISCUSSION

Plusieurs études ont évalué l'impact des facteurs de stress causés par la pandémie sur le personnel soignant (Huffman et al., 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020, Labrague & De Los Santos, 2020). Cependant, très peu d'études ont essayé d'établir un lien entre la résilience, les facteurs de stress et les modifications dans l'organisation du travail dans le secteur des soins pendant la pandémie.

L'objectif de cette recherche était de vérifier dans quelle mesure la COVID-19 a affecté le travail du personnel soignant et d'établir un lien entre la résilience, le stress et les changements dans leur travail. Nous voulions donc déterminer s'il existait un lien entre les capacités de résilience et l'impact de la pandémie sur des facteurs psychologiques tels que la fatigue, l'anxiété, la dépression et l'épuisement émotionnel du personnel soignant. Nous voulions également vérifier s'il existe une relation entre les capacités de résilience et les changements dans le travail dus à la pandémie, ainsi qu'un lien entre la résilience et l'impact (physique/émotionnel) ainsi que le ressenti des soignants face à ces changements. Pour cela, nous avons donc mené une étude transversale à l'aide d'un questionnaire en ligne qui était destiné au personnel soignant d'ISoSL. Ce questionnaire en ligne nous a permis de mesurer la résilience, les facteurs psychologiques cités ci-dessus, les modifications dans le travail dû à la crise sanitaire, ainsi que le ressenti face à ces modifications.

1. Discussion générale des résultats

Nous nous sommes d'abord intéressés aux réponses obtenues aux deux questions ouvertes et aux résultats obtenus aux différents questionnaires psychologiques utilisés. En ce qui concerne les modifications dans l'organisation du travail, ainsi que l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces derniers, nous avons identifié plusieurs réponses qui peuvent avoir un impact sur le bien-être des soignants, ainsi que sur les soins prodigués aux patients.

Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, le stress est induit par les facteurs de stress auxquels les soignants sont confrontés (Osório et al., 2017). De manière générale, le **stress** peut être induit par une charge de travail accrue et par un manque de personnel dans le milieu des soins (Kakemam et al, 2020). Dans la situation pandémique dans laquelle nous nous trouvons, **le stress est induit** par deux catégories de facteurs de stress : **la crainte et l'incertitude** (Albott et al., 2020).

Une **augmentation soudaine de la charge de travail** peut avoir un impact négatif sur le bien-être des soignants (Dubey et al., 2020 ; Pappa et al., 2020). **Elle est fortement liée au manque de personnel** dans le contexte de la pandémie du COVID-19. **Le manque de personnel** peut être causé par l'isolement de beaucoup de soignants : soit parce qu'ils étaient infectés par le virus, soit parce qu'on les soupçonnait de l'avoir contracté (Dubey et al., 2020 ; Turale et al., 2020).

Ces deux variables sont liées à certains facteurs de stress de la pandémie. Ainsi, elles sont liées à la crainte de transmettre le virus à un collègue de travail (Albott et al., 2020 ; Rangachari & Woods, 2020). En effet, la peur d'infecter un collègue de travail augmente le manque de personnel (Stelnicki et al., 2020 ; Turale et al., 2020) et par conséquent la charge de travail qui est déjà très élevée (Dubey et al., 2020 ; Guo et al., 2020). Cela accroît aussi l'incertitude et la peur de devoir aller travailler dans un autre service. Devoir travailler dans un autre service entraîne une incertitude quant à leurs performances, notamment un doute de disposer les compétences nécessaires (Shanafelt et al., 2020, cités par Labrague & De Los Santos, 2020).

Par conséquent, l'augmentation du stress, la surcharge de travail et le manque de personnel soignant peuvent entraîner plusieurs **conséquences psychologiques** sur les soignants dans le milieu des soins lors de la pandémie.

(1) Une première conséquence psychologique est **la fatigue accrue** (Pappa et al., 2020 ; Rangachari & Woods, 2020).

Plusieurs participants ont indiqué qu'ils avaient ressenti une fatigue physique accrue depuis le début de la pandémie. Certains ont signalé une augmentation de la fatigue mentale et émotionnelle, ainsi qu'une augmentation de la lassitude. En outre, nous avons identifié dans les réponses de nos participants d'autres facteurs susceptibles d'entraîner de la fatigue : la surcharge de travail, le manque de personnel, le fait qu'ils soient régulièrement rappelés au travail pendant leurs jours de congé et la perception que les journées sont plus longues en raison des consignes sanitaires.

Une fatigue physique peut survenir chez les soignants dans la pandémie à la suite des facteurs suivants : le manque de personnel (Stelnicki et al., 2020 ; Turale et al., 2020) une charge de travail élevée (Dubey et al., 2020 ; Guo et al., 2020 ; Pappa et al., 2020), et l'allongement des journées de travail (Stelnicki et al. 2020).

En ce qui concerne les scores obtenus sur les trois sous-échelles de la 3-D WFI, nous pouvons affirmer que les trois types de fatigues au travail, identifiés par Frone & Tidwell (2015), sont présents chez nos participants. Ainsi, nous avons identifié huit sujets avec **un score élevé de fatigue physique**, huit avec **un score élevé de fatigue émotionnelle** et dix participants avec **un score élevé de fatigue mentale**.

Il est surprenant de constater que les réponses obtenues aux questions ouvertes ne reflètent pas du tout les résultats de la 3-D WFI. En effet, les participants ont relevé ressentir plus une fatigue physique que mentale et émotionnelle dans les questions ouvertes, alors que nous avons vu ci-dessus qu'il n'y a pas de différence remarquable entre ces trois types de fatigue dans notre échantillon.

Étant donné que les études récentes n'ont pas réellement fait une distinction de ces trois types de fatigue au travail, mais ont simplement mesuré la fatigue comme une notion entière, nous ne sommes pas en mesure de comparer nos résultats avec ceux issus de la littérature consultée. Cependant, les auteurs de ces études ont prouvé que les soignants ressentaient une augmentation de la fatigue pendant la pandémie (Huffman et al., 2020 ; Zhan et al., 2020).

- (2) Une deuxième conséquence psychologique est le **développement de symptômes d'anxiété et/ou de dépression** chez les travailleurs des soins (Ho et al., 2020 ; Luo et al., 2020 ; Salari et al., 2020).

Avant d'aborder les facteurs identifiés dans les réponses des participants qui pourraient être liés à l'anxiété et la dépression, il est important de rappeler qu'il existe une multitude de facteurs de stress liés à la pandémie qui conduisent au développement de symptômes de ces deux derniers (voir section 3.1). De manière générale, le stress peut **accroître l'anxiété et la dépression** (Salari et al., 2020).

L'élément de réponse suivant a été identifié et pourrait être associé à l'**anxiété** : la détresse physique comprenant les éléments rapportés par un sujet : « *une irritabilité, des douleurs de tension, une sensation d'avoir la tête régulièrement prise dans un étau* ». Les résultats de la sous-échelle anxiété de l'échelle HADS ont relevé que quatre participants **susceptibles** de présenter **un trouble anxieux** et sept **un trouble anxieux sévère**. Ce résultat est en accord avec les résultats des études de Salari et al. (2020) et Labrague & De Los Santos (2020), qui ont démontré que les soignants souffraient d'une anxiété accrue en raison de la pandémie.

Les réponses suivantes peuvent être en lien avec **la dépression** : ressentir un vide, de la tristesse, se sentir cadencé de l'intérieur, le sentiment d'abandon, se sentir comme « une roue de secours abandonné » et la perte de plaisir. Les résultats de la sous-échelle dépression de la HADS a identifié six participants **susceptibles** de présenter **un trouble dépressif** et deux qui présentent **un trouble dépressif sévère**. Ce résultat ne reflète pas vraiment ce que nous avons trouvé dans la littérature. Salari et al. (2020) ont en effet démontré que les soignants souffrent de symptômes dépressifs accrus en raison de la pandémie, alors que dans notre échantillon, seuls deux participants sur 28 ont été détectés comme souffrant d'un trouble dépressif sévère.

Les résultats de la HADS sont un peu surprenants. En effet, si l'on regarde les réponses des sujets et si l'on considère qu'ils ont rapporté plusieurs éléments en rapport avec la dépression et très peu en rapport avec l'anxiété, nous nous serions attendus à avoir plus de personnes dépressives qu'anxieuses.

- (3) Une troisième conséquence psychologique est **le développement de symptômes d'épuisement professionnel** (Pappa et al., 2020 ; Stelnicki et al., 2020).

Avant d'aborder les facteurs identifiés dans les réponses des participants qui pourraient être liés à l'épuisement professionnel, il est important de rappeler que la combinaison d'un niveau élevé d'anxiété, d'un sentiment persistant d'incertitude et d'une capacité réduite à exercer un contrôle/des actions sur une situation est un **facteur de risque pour les soignants de développer un burnout** pendant la pandémie (Albott et al., 2020).

Étant donné que l'exposition prolongée d'un travailleur à des facteurs de stress peut contribuer au développement d'un burnout (Maslach & Leiter, 2016, cités par Jacobs & Horsch, 2019), les facteurs de stress mentionnés dans la section 3.1 peuvent en effet contribuer à un développement d'un épuisement professionnel.

En ce qui concerne les réponses obtenues par les participants, nous avons identifié plusieurs facteurs qui peuvent conduire à un développement d'un épuisement professionnel : l'augmentation du stress, l'augmentation de la charge de travail, le manque de personnel, la perte de l'envie de travailler, la perte de motivation, l'envie de changer de métier, le manque de reconnaissance, le fait de ressentir un vide, se sentir comme « une roue de secours abandonné », et la perception de la difficulté à réaliser un travail de qualité.

Lors de la pandémie, l'augmentation de la charge de travail (Dubey et al, 2020 ; Pappa et al., 2020) et le manque de personnel (Stelnicki et al., 2020) ont été identifiés comme étant des facteurs de risque pouvant entraîner un burnout chez les soignants.

La réponse « ressentir un vide » peut être liée à la dimension « **épuisement émotionnel** » qui peut être caractérisée par « *un sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles* » (Faye-Dumanget et al., 2017, p.1247). L'épuisement émotionnel peut alors survenir lorsqu'un soignant commence à avoir un épuisement physique et émotionnel en raison du travail (Bridgeman et al., 2018).

Les éléments identifiés chez les participants tels que : la perte de motivation et la perte de l'envie de travailler peuvent être liés au processus de **désengagement du travail** (Faye-Dumanget et al., 2017) qui est une caractéristique de l'épuisement professionnel (Albott et al., 2020). En 2018, Bridgman et al. ont relevé qu'un soignant qui souffre d'un épuisement émotionnel peut se sentir indifférent envers son travail. Ce sentiment d'indifférence peut, selon ces auteurs, conduire à un désinvestissement du soignant dans certaines situations au travail. En plus, l'envie de changer de métier, mentionné par un de nos participants, peut avoir été induite par le stress accru au travail, qui lui peut **réduire la satisfaction au travail et conduire à l'intention de quitter le lieu de travail** (Mosadeghrad et al, 2011, cités par Kakemam et al., 2020 ; Salari et al., 2020).

Les éléments tels que : le manque de reconnaissance, se sentir comme « *une roue de secours abandonné* » et la perception de la difficulté à réaliser un travail de qualité sont entre autres liées. En effet, ces trois notions peuvent être liées à la dimension « **accomplissement personnel** » de l'épuisement professionnel (Faye-Dumanget et al., 2017 ; Luceño-Moreno et al., 2020). Comme Bridgeman et al. (2018) l'ont mentionné, un soignant qui ressent une diminution de l'accomplissement personnel va ressentir un sentiment d'incompétence et une baisse de la productivité au travail. Même lorsqu'il réalise bien son travail, il va avoir l'impression que quoi qu'il fasse, ce ne sera pas suffisant. Il peut alors commencer à détester son travail. Ainsi le soignant peut avoir la perception que la prestation de soins est inappropriée ou insuffisante (Albott et al., 2020). Le manque de reconnaissance par la hiérarchie d'un travail bien fait peut dévaloriser la contribution de l'employé et contribuer à renforcer le sentiment d'inefficacité (Bridgeman et al., 2018).

En ce qui concerne les résultats obtenus de l'épuisement émotionnel, six participants ont été identifiés comme ayant un **épuisement émotionnel modéré** et six un **épuisement émotionnel élevé**. Luceño-Moreno et al. (2020) ont en effet démontré que les soignants

souffrent d'une augmentation d'épuisement professionnel lors de la pandémie. Étant donné que cela implique d'avoir un score élevé d'épuisement émotionnel (Bridgeman et al., 2018 ; Faye-Dumanget et al., 2017), nous pouvons constater que nos résultats sont moyennement en lien avec la littérature scientifique et que presque la moitié de nos participants souffrent d'un épuisement émotionnel (modéré à élevé).

Il est important de rappeler qu'une erreur a été commise lors de l'encodage des questions de la sous-échelle de l'épuisement émotionnel du MBI et que la proposition 5 « **quelques fois par semaine** » n'a pas été proposée aux participants. Les résultats sont donc à prendre avec beaucoup de précaution. De plus, afin de ne pas surcharger les soignants, nous n'avons utilisé que cette sous-échelle de la MBI. Ce choix a été renforcé par l'article de Zhang et al. (2014, cités par Friganović et al., 2018) dans lequel il est démontré que, sur les trois dimensions qui contribuent au burnout, la dimension « **épuisement émotionnel** » aurait un plus grand poids que les deux autres dimensions, à savoir la « dépersonnalisation » et « l'accomplissement personnel ». Ce constat a également été mis en avant dans l'article de Luceño-Moreno et al. (2020) qui se focalisait sur le burnout chez les soignants durant la pandémie. Par contre, étant donné que les 3 dimensions n'ont pas été mesurées, nous ne sommes pas en mesure d'affirmer la présence de burnout chez nos sujets. Pour rappel, le burnout se caractérise de trois dimensions, à savoir un score élevé d'épuisement émotionnel, un score élevé de dépersonnalisation et un score faible d'accomplissement personnel (Bridgeman et al., 2018 ; Faye-Dumanget et al., 2017 ; Luceño-Moreno et al., 2020).

Conclusion de la première partie de la discussion :

En regard avec cette première partie de la discussion, nous avons pu démontrer qu'il existait un lien entre le développement de symptômes des variables psychologiques (l'épuisement émotionnel, l'anxiété, la dépression et la fatigue au travail) et les deux questions ouvertes, à savoir « les modifications dans l'organisation du travail dues à la pandémie » et « l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces changements ».

2. Discussion des résultats en regard avec la résilience

Nous allons maintenant nous intéresser à voir s'il existe un lien entre la résilience et les conséquences psychologiques identifiées chez les participants. Nous allons donc d'abord nous intéresser aux résultats obtenus dans nos analyses statistiques interférentielles. Par la suite, nous allons nous intéresser aux changements au travail, ainsi qu'à l'impact (physique/émotionnel) et au ressenti de ces changements des soignants en lien avec leur niveau de résilience.

Premièrement, nous avons effectué des **corrélations de Bravais-Pearson** afin de voir dans quelle mesure nos différentes variables psychologiques évoluent conjointement. Les résultats de nos analyses de corrélations nous permettent de confirmer qu'il existe (1) une **association négative** entre la résilience et certaines variables psychologiques étudiées, (2) une **association positive** entre l'épuisement émotionnel et toutes les variables psychologiques évaluées à l'exception de la résilience et (3) une **association positive** entre la HADS et les trois types de fatigue au travail.

(1) En ce qui concerne **la résilience**, nos résultats montrent qu'elle a une association négative avec **la fatigue émotionnelle** et **l'ensemble de l'échelle HADS**, et de façon plus spécifique, également avec **l'anxiété** et avec la **dépression** qui ont été analysées séparément. Les corrélations négatives les plus fortes ($r=-.66$) se marquent avec l'ensemble de l'échelle HADS mais également avec l'anxiété analysée séparément ($r=-.65$). Ces associations ont été moyennement démontrées par la littérature scientifique. En effet, il a été démontré qu'il existe une association négative entre la résilience et le développement de symptômes d'anxiété et de dépression lors de la pandémie (Labrague & De Los Santos, 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020). Malheureusement la littérature scientifique consultée n'a pas fait de distinction entre les trois types de fatigue au travail. Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de comparer nos associations négatives entre la résilience et les trois types de fatigue avec les études consultées. Cependant, il a été démontré qu'il existe une association négative entre la résilience et la fatigue et donc qu'une plus grande résilience serait associée à une diminution de la fatigue des soignants dans le cadre de la pandémie (Huffman et al., 2020).

Ainsi, nos résultats montrent également que la résilience n'est donc pas associée avec l'épuisement émotionnel, la fatigue physique et la fatigue mentale, ce qui est en contradiction avec ce que nous avons trouvé dans la littérature (Cooper et al., 2020 ; Huffman et al., 2020).

- (2) En ce qui concerne **l'épuisement émotionnel**, nos analyses de corrélation nous ont permis de montrer qu'il existait une association positive entre l'épuisement émotionnel et **les trois types de fatigue** au travail, et **l'ensemble de l'échelle HADS** (plus spécifiquement, également avec l'**anxiété** et avec la **dépression** qui ont été analysées séparément). La corrélation positive la plus forte ($r=.84$) existe avec la fatigue mentale. Luceño-Moreno et al. (2020) ont également démontré qu'il existe une association positive entre l'épuisement émotionnel et le développement de symptômes d'anxiété et de dépression. Aucune étude consultée durant ce travail a étudié l'association entre l'épuisement émotionnel et la fatigue dans la pandémie.
- (3) En ce qui concerne **l'ensemble de l'échelle HADS**, nos résultats ont montré qu'elle représente une association positive avec **les trois types de fatigue au travail**. Ainsi, une plus grande anxiété/dépression serait associée à une augmentation de la fatigue (physique/mentale/émotionnelle). La corrélation positive la plus forte ($r=.80$) existe avec la fatigue émotionnelle. Aucune étude consultée durant ce travail a étudié l'association entre l'anxiété et la dépression et la fatigue dans la pandémie. Cependant, nous avons vu dans la revue de la littérature que la fatigue peut être à la fois un symptôme de l'anxiété (Salari et al., 2020) et de la dépression (Vasconcelos et al., 2018).

Deuxièmement, nous avons effectué **des analyses de régression simple** afin de voir s'il existe une relation entre la résilience et les autres variables psychologiques évaluées. Ainsi nous voulions voir dans quelle mesure la résilience influence les autres variables psychologiques étudiées dans le cadre de ce travail. Les résultats de nos analyses de régressions simples nous permettent de confirmer qu'il existe des **relations négatives** entre la résilience et (1) la fatigue émotionnelle, (2) l'HADS, ainsi que, plus spécifiquement, (3) l'anxiété et la (4) la dépression. Ainsi, la résilience est capable d'expliquer et de prédire significativement une partie de la variance des variables psychologiques mentionnées ci-dessus et par conséquent, elle permet de prédire le développement de symptômes de ces derniers.

Contrairement à ce que nous avons trouvé dans la littérature, la résilience n'a pas de relation avec l'épuisement émotionnel (Luceño-Moreno et al., 2020) et deux types de fatigue au travail, à savoir la fatigue physique et la fatigue mentale.

Nos résultats statistiques en regard avec notre hypothèse principale :

Pour rappel : **notre hypothèse principale** était que les capacités de résilience des soignants auraient un impact positif sur différents facteurs psychologiques tels que la fatigue, l'épuisement émotionnel, l'anxiété et la dépression.

En considérant nos résultats obtenus dans les analyses statistiques interférentielles, nous pouvons conclure que ces derniers confirment partiellement notre hypothèse principale. En effet, la résilience des soignants d'ISoSL qui ont participé à notre étude a été corrélée négativement avec la fatigue émotionnelle, la HADS, et notamment l'anxiété et la dépression. Par contre, nous n'avons pas trouvé de relation avec l'épuisement émotionnel, la fatigue physique et la fatigue mentale.

Nous pouvons donc conclure que leur niveau de résilience a eu un effet positif sur leur fatigue émotionnelle, leur score obtenu à la HADS, et donc sur leur score d'anxiété et leur score de dépression. Cependant, leur résilience n'a eu aucun effet sur leur épuisement émotionnel, leur fatigue physique et leur fatigue mentale.

Troisièmement, nous nous sommes intéressés à l'existence (1) d'un lien entre la résilience et les modifications dans l'organisation au travail dues à la pandémie et (2) la présence d'un lien entre la résilience et l'impact (physique/émotionnel) ainsi que le ressenti des soignants face à ces changements au travail. De manière générale, nous avons constaté qu'il y a une différence entre les réponses obtenues par des participants ayant une faible résilience et des réponses par ceux ayant une résilience élevée.

- (1) En ce qui concerne **les modifications dans l'organisation de travail dues à la pandémie**, quatre réponses ont été mentionnées uniquement par des participants ayant une **résilience faible**, à savoir : le manque de communication, des informations perçues comme étant peu claires, un sentiment d'abandon et la perception d'un travail plus complexe due aux mesures sanitaires. Ainsi, les personnes ayant une faible résilience semblent constater d'autres modifications dans l'organisation du travail causées par la pandémie que ceux ayant une résilience moyenne ou élevée.

(2) En ce qui concerne **l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces changements au travail**, quatre réponses ont également été uniquement mentionnées par des participants ayant **une résilience faible**, à savoir : l'augmentation de la fatigue émotionnelle, la difficulté à réaliser un travail de qualité, le fait de ressentir un vide et le fait de ressentir une tristesse. En plus, trois participants sur quatre, ayant mentionné le manque de reconnaissance ont une résilience faible. Ainsi, nous pouvons constater que les participants ayant une résilience faible semblent ressentir d'autres éléments que ceux qui ont une résilience moyenne ou élevée.

Conclusion de la deuxième partie de la discussion :

Nous pouvons conclure que les réponses obtenues par des participants ayant une faible résilience sont différentes des personnes ayant une résilience moyenne ou élevée. Ainsi, cela nous laisse conclure qu'il existe un lien entre le niveau de résilience et la perception des changements dans l'organisation du travail à la suite de la crise sanitaire. Ainsi qu'il existe un lien entre le niveau de résilience et l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces changements.

3. Les limites de notre étude

Il existe plusieurs limites à ce travail :

Premièrement, nous avons eu un **très petit échantillon** pour réaliser ce travail. Nous nous attendions à avoir un échantillon de plus de 100 soignants¹⁶ travaillant dans les maisons de repos (Secteur C d'ISoSL). Lorsque nous avons remarqué que la taille de notre échantillon n'augmentait pas, nous avons en premier lieu élargi notre étude sur les deux autres secteurs d'ISoSL (le Secteur A et le Secteur B). Finalement, nous avons diminué la taille d'échantillon souhaitée entre 30 et 40 et nous avons recruté au total 28 soignants.

¹⁶ Cette estimation de la taille de l'échantillon était calculée au préalable par le logiciel g*Power.

Deuxièmement, nous ne sommes pas en mesure de vérifier **quel participant travaille dans quel secteur**. Comme précisé juste au-dessus, nous avons l'intention de mener cette étude dans les maisons de repos d'ISoSL. Lorsque nous avons étendu notre étude sur les autres secteurs, il nous était impossible d'ajouter une question du type « Dans quel secteur travaillez-vous ? », car la plateforme utilisée ne permet pas de modifier un questionnaire qui a déjà été diffusé. Il aurait fallu désactiver le questionnaire, le dupliquer, le modifier et le republier, ce qui aurait eu comme conséquence que le lien et le QR code d'accès à notre questionnaire auraient changé et il aurait fallu recontacter les directeurs de tous les bâtiments et modifier et remplacer toutes les affiches. Par conséquent, nous n'avons donc pas pu vérifier s'il existe une différence en termes de résultats dans les trois secteurs.

Troisièmement, comme nous l'avons déjà mentionné dans la méthodologie et dans la discussion, la proposition 5 « **quelques fois par semaine** » n'a pas été proposée aux participants dans le questionnaire de **l'épuisement émotionnel** (MBI). Cela a comme conséquence que les résultats finaux de cette échelle sont biaisés et difficilement interprétables.

Quatrièmement, toujours dans le contexte de l'échelle de l'épuisement émotionnelle (MBI), nous avons décidé de n'utiliser que cette sous-échelle de la MBI. Par conséquent, nous ne sommes **pas en mesure d'évaluer la présence ou non d'épuisement professionnel chez les participants**. Comme dit précédemment, nous avons choisi cette sous-échelle, car d'après certains auteurs (Zhang et al., 2014, cités par Friganović et al., 2018), la dimension de l'épuisement émotionnel aurait un plus grand poids que les deux autres dimensions, à savoir « la dépersonnalisation » et « l'accomplissement personnel », dans le développement d'un burnout des soignants. De plus, nous avons veillé à ce que l'enquête ne soit pas trop longue afin que les soignants ne perdent pas trop de temps et qu'ils soient plus motivés à participer.

Cinquièmement, nous ne disposons pas de données des variables psychologiques étudiées lors de ce mémoire des soignants d'ISoSL d'avant la crise sanitaire. **Nous ne pouvons donc pas exclure que certains soignants souffraient déjà de certains symptômes avant la pandémie**. Il se pourrait, par exemple, qu'un soignant présentait déjà un trouble anxieux et que son score obtenu à la HADS n'est pas dû à la crise sanitaire.

Sixièmement, il est également important de préciser que les réponses obtenues à nos questions ouvertes, sont des **réponses subjectives** des participants. Dans la plupart des cas, les participants ont répondu en utilisant **des mots-clés**. Par conséquent, il a été **très difficile de classer ces données**. En général, nous avons essayé de lier les mots-clés avec les éléments de

réponse qui précédaient ou suivaient ce mot-clé. Il est donc possible que certaines réponses soient mal classées. Exemples :

- Dans la première question ouverte, la réponse « peu d'aide » nous l'avons classé dans la catégorie « **Facteurs liés à l'institution** », car le participant avait mentionné juste avant une augmentation du stress lié aux modifications du travail. Il se peut tout de même que cette réponse devait être classée dans la catégorie « **Facteurs sociaux** » et que le répondant voulait mentionner le manque d'aide entre collègues de travail.
- Dans la deuxième question ouverte, la réponse « l'augmentation du stress » dans la catégorie « **Bien-être en général** », pourrait également être classée dans la catégorie « **Réorganisation du travail** ». Le sujet mentionnait qu'il se sentait épuisé et fatigué et étant donné qu'il n'a rien mentionné par rapport aux changements liés au travail, nous l'avons donc ajouté dans cette catégorie.
- A nouveau dans la deuxième question ouverte, la « lassitude » a été utilisée comme mot-clé par certains participants. Nous avons regroupé ces mots-clés avec les réponses du type : **fatigue** (sans préciser quel type de fatigue) et nous l'avons classé dans la catégorie « **Sentiment d'épuisement** ». Mais, il se pourrait que les mots-clés « lassitude » signifient un **découragement** et qu'ils auraient dû être regroupés plutôt avec la perte de motivation dans la catégorie « **Engagement vis-à-vis du travail** ».

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

1. Conclusion

Dans ce mémoire, nous nous sommes intéressés à la capacité de résilience des soignants travaillant chez ISoSL et aux changements dans l'organisation au travail entraînés par la pandémie de la COVID-19. Plus précisément, nous avons essayé de déterminer s'il existait un lien entre les capacités de résilience et l'impact de la pandémie sur des facteurs psychologiques tels que la fatigue, l'anxiété, la dépression et l'épuisement émotionnel du personnel soignant. Nous voulions également vérifier s'il existe une relation entre les capacités de résilience et les changements dans le travail dû à la pandémie, ainsi que l'existence d'un lien entre la résilience et l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces changements.

Bien que cette étude transversale représente plusieurs limites, nous avons pu démontrer l'existence des liens suivants :

- (1) Même si nous n'avons pas réellement des données d'avant la crise sanitaire des soignants d'ISoSL, nous avons quand même pu démontrer qu'il existe un lien entre le développement de symptômes des variables psychologiques (l'épuisement émotionnel, l'anxiété, la dépression et la fatigue au travail) et les deux questions ouvertes, à savoir « les modifications dans l'organisation du travail dues à la pandémie » et « l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces changements ».
- (2) Nous avons également pu démontrer que la résilience des soignants a eu un effet positif sur leur fatigue émotionnelle, leur score obtenu à la HADS, et donc sur leur score d'anxiété et leur score de dépression. Cependant, leur résilience n'a eu aucun effet sur leur épuisement émotionnel, leur fatigue physique et leur fatigue mentale.
- (3) Nous pouvons également affirmer qu'il existe un lien entre le niveau de résilience et la perception des changements dans l'organisation du travail à la suite de la crise sanitaire. Ainsi qu'il existe un lien entre le niveau de résilience et l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces changements.

2. Perspectives

En ce qui concerne les perspectives, il serait intéressant d'intégrer d'autres variables psychologiques telles que le **trouble de stress post-traumatique et le soutien social**.

Le trouble de stress post-traumatique a en effet été étudié dans plusieurs études sur l'impact de la COVID-19 (Albott et al., 2020 ; Huffman et al., 2020 ; Luceño-Moreno et al., 2020). De plus, selon Huffman et al. (2020), des niveaux élevés de peur et d'anxiété sont considérés comme des vulnérabilités psychologiques qui augmenteraient le risque de développer un trouble de stress post-traumatique. Il serait donc très intéressant d'intégrer cette variable psychologique dans une étude future dans le milieu des soins afin de voir l'impact joué par les changements dans le travail sur cette variable.

Un manque de **soutien social** a également été considéré comme étant un facteur de stress durant cette pandémie (Kakemam et al., 2019). Le soutien social peut être vu comme une ressource sociale importante pour la capacité d'adaptation positive de la résilience (Smith et al., 2013), car cette dernière peut, selon Pappa et al. (2020), être compromise par l'isolement des soignants ainsi que par la peur d'être infecté et d'infecter autrui. Ainsi Palacio et al. (2020) ont prouvé que le soutien social augmente les stratégies d'adaptation résilientes, et Labrague & De Los Santos (2020) ont prouvé qu'un soutien social et la résilience ont contribué à réduire l'anxiété pendant la pandémie. Il serait donc intéressant d'intégrer cette variable du soutien social dans une étude future pour étudier son lien avec la résilience, ainsi que le lien que ces deux derniers peuvent avoir sur les variables psychologiques et sur les changements au travail dus à la pandémie.

BIBLIOGRAPHIE

Adhikari, S. P., Meng, S., Wu, Y.-J., Mao, Y.-P., Ye, R.-X., Wang, Q.-Z., Sun, C., Sylvia, S., Rozelle, S., Raat, H., & Zhou, H. (2020). Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*, 9(1), Article 29 (2020). <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>

Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish journal of emergency medicine*, 18(3), 91-93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>

Albott, C. S., Wozniak, J. R., McGlinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S., & Vinogradov, S. (2020). Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesthesia and Analgesia*, 131(1), 43-54. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004912>

Amoruso, L. (2018). Étude du type de fatigue et de l'influence des dimensions du travail chez les policiers opérationnels de la Zone de Police Locale de Liège [Unpublished master's thesis]. University of Liège.

Berekaa, M. M. (2021). Insights into the COVID-19 pandemic: Origin, pathogenesis, diagnosis, and therapeutic interventions. *Frontiers in bioscience (Elite edition)*, 13(1), 117-139. <https://doi.org/10.2741/874>

Bioni, S., & Langevin, V. (2020). Risques psychosociaux: outils d'évaluation - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Références en santé au travail (brochure : FRPS 13). Retrieved from : Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Article de revue - INRS

Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., & Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American journal of health-system pharmacy*, 75(3), 147-152. <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>

Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International journal of mental health nursing*, 29(4), 553-575. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>

Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 26(2), 210–227. <https://doi.org/10.1037/0008-400X.26.2.210>

Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolism Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 779-788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>

Durand, A.-C., Bompard, C., Sportiello, J., Michelet, P., & Gentile, S. (2019). Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital: Prevalence and associated factors. *Work*, 63(1), 57-67. <https://doi.org/10.3233/WOR-192908>

Faye-Dumanget, C., Carré, J., Le Borgne, M., & Boudoukha, A. H. (2017). French validation of the Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS). *Journal of evaluation in clinical practice*, 23(6), 1247-1251. <https://doi.org/10.1111/jep.12771>

Friganović, A., Selič, P., Ilić, B., & Sedić, B. (2018). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 1), 21-31.

Frone, M. R., & Tidwell, M.-C. O. (2015) The meaning and measurement of work fatigue: Development and evaluation of the Three-Dimensional Work Fatigue Inventory (3D-WFI). *Journal of occupational health psychology*, 20(3), 273-288. <https://doi.org/10.1037/a0038700>

Greenberg, J., Tesfazion, A. A., & Robinson, C. S. (2012). Screening, diagnosis, and treatment of depression. *Military medicine*, 177(Suppl 8), 60-66. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-12-00102>

Guo, Y.-R., Cao, Q.-D., Hong, Z.-S., Tan, Y.-Y., Chen, S.-D., Jin, H.-J., Tan, K.-S., Wang, D.-Y., & Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Military Medical Research*, 7(1), Article 11. <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>

Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale - a review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research*, 42(1), 17-41. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(96\)00216-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(96)00216-4)

Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy Medecine, Singapore*, 49(3), 155-160.

Hu, B., Guo, H., Zhou, P., & Shi, Z.-L. (2020). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*, 19(3), 141-154. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>

Huffman, E. M., Athanasiadis, D. I., Anton, N. E., Haskett, L. A., Doster, D. L., Stefanidis, D., & Lee, N. K. (2020). How resilient is your team? Exploring healthcare providers' well-being during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Surgery*, 221(2), 277-284. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.09.005>

Jacobs, I., & Horsch, A. (2019). Psychometric Properties of the French Brief Resilience Scale. *European Journal of Health Psychology*, 26(1), 1–9. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000022>

Johnston, D. W., Allan, J. L., Powell, D. J. H., Jones, M. C., Farquharson, B., Bell, C., & Johnston, M. (2019). Why does work cause fatigue? A real-time investigation of fatigue, and determinants of fatigue in nurses working 12-hour shifts. *Annals of behavior medicine*, 53(6), 551-562. <https://doi.org/10.1093/abm/kay065>

Kakemam, E., Raeissi, P., Raoofi, S., Soltani, A., Sokhanvar, M., Visentin, D., & Cleary, M. (2019). Occupational stress and associated risk factors among nurses: a cross-sectional study. *Contemporary nurse*, 55(2-3), 237-249. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1647791>

Kannan, S., Shaik Syed Ali, P., Sheeza, A., & Hemalatha, K. (2020). COVID-19 (Novel Coronavirus 2019) - recent trends. *European Review for Medical and Pharmacological Science*, 24(4), 2006-2011. https://doi.org/10.26355/eurrev_202002_20378

Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Chontawan, R., Klunklin, A., Roongruangsri, S., Nantachaipan, P., Supamanee, T., Chitpakdee, B., Akkadechanunt, T., & Sirakamon, S. (2015). Nurses' extended work hours: Patient, nurse and organizational outcomes. *International nursing review*, 62(3), 386-393. <https://doi.org/10.1111/inr.12195>

Labrague, L. J., & De Los Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organizational support, personal resilience and social support. *Journal of nursing management*, 28(7), 1653-1661. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>

Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuérne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), Article 5514. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>

Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, Article 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>

Manomenidis, G., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2019). Resilience in nursing: The role of internal and external factors. *Journal of nursing management*, 27(1), 172-178. <https://doi.org/10.1111/jonm.12662>

Min, A., Min, H., & Hong, H. C. (2019). Work schedule characteristics and fatigue among rotating shift nurses in hospital setting: An integrative review. *Journal of nursing management*, 27(5), 884-895. <https://doi.org/10.1111/jonm.12756>

Nechita, D., Nechita, F., & Motorga, R. (2018). A review of the influence the anxiety exerts on human life. *Romanian journal of morphology and embryology*, 59(4), 1045-1051.

Osório, C., Probert, T., Jones, E., Young, A.H., et Robbins, I., (2017). Adapting to Stress: Understanding the Neurobiology of Resilience. *Behavioral Medicine*, 43(4), 307-322, <https://doi.org/10.1080/08964289.2016.1170661>

Palacio, G. C., Krikorian, A., Gómez-Romero, M. J., & Limonero, J. T. (2020). Resilience in Caregivers: A Systematic Review. *The American journal of hospice & palliative care*, 37(8), 648-658. <https://doi.org/10.1177/1049909119893977>

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior and immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Parasher, A. (2021). COVID-19: Current understanding of its Pathophysiology, Clinical presentation and Treatment. *Postgraduate medical journal*, 97(1147), 312-320. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138577>

Rangachari, P., & Woods, J. L. (2020). Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), Article 4267. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124267>

Ripp, J., Peccoraro, L., & Charney, D. (2020). Attending to the Emotional Well-Being of the Health Care Workforce in a New York City Health System During the COVID-19 Pandemic. *Academic Medicine*, 95(8), 1136-1139. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003414>

Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazemini, M., Mohammadi, M., Shohaimi, S., Daneshkhah, A., & Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human Resources for Health*, 18(1), Article 100. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>

Shereen, M. A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., & Siddique, R. (2020). COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of advanced research*, 24, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2020.03.005>

Silva M. R. G., & Marcolan, J. F. (2020). Working conditions and depression in hospital emergency service nurses. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(Suppl 1), Article 20180952. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0952>

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>

Smith, B. W., Epstein, E. M., Ortiz, J. A., Christopher, P. J., & Tooley, E. M. (2013). The Foundations of Resilience: What Are the Critical Resources for Bouncing Back from Stress? In *Resilience in Children, Adolescents, and Adults* (pp. 167–187). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3_13

Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and quality of life outcomes, 1*, Article 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>

Soer, R., Six Dijkstra, M. W. M. C., Bieleman, H. J., Stewart, R. E., Reneman, M. F., Oosterveld, F. G. J., & Schreurs, K. M. G. (2019). Measurement properties and implications of the Brief Resilience Scale in healthy workers. *Journal of occupational health, 61*(3), 242-250. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12041>

Stelnicki, A. M., Carleton, R. N., & Reichert, C. (2020). Nurses' Mental Health and Well-Being: COVID-19 Impacts. *The Canadian journal of nursing research, 52*(3), 237-239. <https://doi.org/10.1177/0844562120931623>

Turale, S., Meechamnan, C., & Kunaviktikul, W. (2020). Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *International Nursing Review, 67*(2), 164–167. <https://doi.org/10.1111/inr.12598>

Umakanthan, S., Sahu, P., Ranade, A. V., Bukelo, M. M., Rao, J. S., Abrahao-Machado, L. F., Dahal, S., Kumar, H., & Kv, D. (2020). Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgraduate medical journal, 96*(1142), 753-758.

Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., & Rascle, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Nephrologie & thérapeutique, 5*(3), 193-200. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2009.01.007>

Van Dijk, F. J., & Swaen, G. M. (2003). Fatigue at work. *Occupational & Environmental Medicine, 60*(Suppl 1). https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i1

Vasconcelos, E. M., Martino, M. M. F., & França, S. P. S. (2018). Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista brasileira de enfermagem, 71*(1), 135-141. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain behavior and immunity, 89*, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., Howes, O. D., Manchia, M., Pinto, L., de Quervain, D., Schmidt, M. V., & van der Wee, N. J. A. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European neuropsychopharmacology*, *35*, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>

Zhan, Y.-X., Zhao, S.-Y., Yuan, J., Liu, H., Liu, Y.-F., Gui, L.-L., Zheng, H., Zhou, Y.-M., Qiu, L.-H., Chen, J.-H., Yu, J.-H., & Li, S.-Y. (2020). Prevalence and Influencing Factors on Fatigue of First-line Nurses Combating with COVID-19 in China: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Current medical science*, *40*(4), 625-635. <https://doi.org/10.1007/s11596-020-2226-9>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Les illustrations

Illustration 1 : Lien entre la résilience (BRS) et la fatigue émotionnelle (3-D WFI).....	58
Illustration 2 : Lien entre la résilience (BRS) et le score total d'anxiété et de dépression (HADS).....	59
Illustration 3 : Lien entre la résilience (BRS) et l'anxiété (HADS).....	59
Illustration 4 : Lien entre la résilience (BRS) et la dépression (HADS)	60

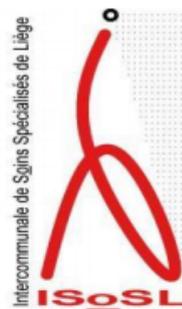
2. Les tableaux

Tableau 1 : Les données sociodémographiques des participants.....	45
Tableau 2 : Distribution de l'échantillon aux différents niveaux de l'échelle de résilience (BRS)	51
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon aux différents niveaux de l'échelle de l'épuisement émotionnel (MBI).....	52
Tableau 4 : Distribution de notre échantillon aux niveaux de la sous-échelle de la fatigue physique (3-D WFI)	52
Tableau 5 : Répartition de notre échantillon aux différents niveaux de la sous-échelle de la fatigue mentale (3-D WFI).....	53
Tableau 6 : Distribution de l'échantillon aux différents niveaux de la sous-échelle de la fatigue émotionnelle (3-D WFI)	53
Tableau 7 : Répartition de l'échantillon aux différents niveaux de l'échelle d'anxiété et de dépression en milieu hospitalier (HADS).....	54
Tableau 8 : Distribution de notre échantillon aux différents niveaux de la sous-échelle d'anxiété (HADS).....	54
Tableau 9 : Répartition de notre échantillon aux différents niveaux de la sous-échelle de dépression (HADS)	55
Tableau 10 : Interprétation du coefficient de corrélation de Bravais Pearson (Akoglu, 2018)	55
Tableau 11 : Matrice des corrélations entre les questionnaires de résilience (BRS), d'épuisement émotionnel (MBI), de fatigue (3-D WFI), d'anxiété et de dépression (HADS)	57

Tableau 12 : Les modifications dans l'organisation du travail croisés avec le niveau de résilience (BRS)	63
Tableau 13 : Les modifications dans l'organisation du travail croisés avec le « faible » niveau de résilience (BRS).....	64
Tableau 14 : L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail croisés avec le niveau de résilience (BRS).....	66
Tableau 15 : L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail croisés avec le niveau « faible » de résilience	67
Tableau A3 – 1 : La matrice des corrélations entre les questionnaires de résilience (BRS), d'épuisement émotionnel (MBI), de fatigue (3-D WFI), d'anxiété et de dépression (HADS) (avec toutes les informations)	103
Tableau A4 – 1 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux d'épuisement émotionnel (MBI)	104
Tableau A4 – 2 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux de fatigue physique (3-D WFI)	104
Tableau A4 – 3 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux de fatigue mentale (3-D WFI).....	104
Tableau A4 – 4 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux de fatigue émotionnelle (3-D WFI)	105
Tableau A4 – 5 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux d'anxiété ainsi que de dépression (HADS).....	105
Tableau A4 – 6 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux d'anxiété (HADS).....	105
Tableau A4 – 7 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux de dépression (HADS).....	106
Tableau A5 – 1 a : Les réponses à la première question	107
Tableau A5 – 1 b : Les réponses de la première question croisés avec les niveaux de résilience	108
Tableau A5 – 2 a : Les réponses à la deuxième question.....	109
Tableau A5 – 2 b : Les réponses de la deuxième question croisés avec les niveaux de résilience	110

ANNEXES

Annexe 1 – L’affiche créée et utilisée pour le recrutement



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

Infirmier(e), Aide-soignant(e) et Infirmier(e) en Chef, J'ai besoin de votre participation.

Madame, Monsieur,

Bonjour,

En vue d'obtenir mon diplôme de fin d'études en psychologie sociale, du travail et des organisations à l'ULiège, je réalise une étude s'intéressant à l'influence de la crise sanitaire sur le bien-être au travail des soignants.

Plus précisément, l'objectif de ce projet d'étude est d'évaluer dans quelle mesure les capacités de résilience (= capacité d'adaptation aux changements lors d'une situation de stress) peuvent agir comme facteurs de protection chez le personnel soignant et ainsi, moduler l'impact de la pandémie sur certains aspects psychologiques tels que la fatigue, le stress et l'épuisement émotionnel.

Avec l'accord du Comité d'Ethique de la faculté de Psychologie et de la direction d'ISoSL, je vous invite à participer à cette étude.

Vous trouverez, ci-dessous, un QR code expliquant le projet et donnant accès à l'étude en ligne.



Si vous avez la moindre question par rapport à cette étude, n'hésitez pas à me contacter par mail : **tamara.sassel@student.uliege.be** ou par le numéro de téléphone suivant : **0470648506**.

Je vous remercie d'avance et vous souhaite une excellente journée.

Bien à vous,

SASSEL Tamara

Annexe 2 – Notre questionnaire

Données socio-démographiques

Veillez sélectionner la réponse qui vous semble correcte pour les QCM et noter votre âge et votre ancienneté :

1. Êtes-vous ?

1	2
Homme	Femme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Quelle fonction avez-vous ?

1	2	4	4
Infirmier en chef	Infirmier	Aide-soignant	Autre

3.a) Condition d'apparition, si Q3=4 (Autre) : Veuillez indiquer votre fonction (exemple : stagiaire) :

4. Combien d'années d'ancienneté avez-vous ?

Brief Resilience Scale (BRS-F)¹⁷

Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune des déclarations suivantes :

5. J'ai tendance à rebondir rapidement après les mauvais moments.

1	2	3	4	5
Tout à fait en désaccord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord

6. J'ai du mal à surmonter les événements stressants.

1	2	3	4	5
Tout à fait en désaccord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord

7. Il ne me faut pas longtemps pour me remettre d'un événement stressant.

1	2	3	4	5
Tout à fait en désaccord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord

8. Il m'est difficile de revenir en arrière lorsque quelque chose de mal se passe.

1	2	3	4	5
Tout à fait en désaccord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord

9. Je traverse généralement des moments difficiles sans trop de problèmes.

1	2	3	4	5
Tout à fait en désaccord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord

10. J'ai tendance à prendre beaucoup de temps pour surmonter les revers de ma vie.

1	2	3	4	5
Tout à fait en désaccord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord

¹⁷ Jacobs & Horsch (2019).

Sous échelle « épuisement émotionnel » du Maslach Burnout Inventory (MBI)¹⁸

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item :

11. Mon travail me 'vide' littéralement sur le plan émotionnel.

0	1	2	3	4	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

12. Je me sens épuisé(e) après une journée de travail.

0	1	2	3	4	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

13. Lorsque je me lève le matin et que je dois affronter une nouvelle journée de travail, je me sens épuisé(e).

0	1	2	3	4	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

14. Le simple fait de travailler avec les autres toute la journée me demande un grand effort.

0	1	2	3	4	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

15. Mon travail m'épuise.

0	1	2	3	4	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

¹⁸ Professeur HANSEZ Isabelle – Cours de « Psychologie du bien-être au travail ». Université de Liège.

16. Mon travail me frustre.

0	1	2	3	4	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

17. J'ai l'impression d'en faire trop à mon travail.

0	1	2	3	4	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

18. Le fait de travailler directement avec des patients m'occasionne trop de stress.

0	1	2	3	4	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

19. Je sens que je suis parvenu(e) au bout du rouleau.

0	1	2	3	4	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Chaque jour

Three-Dimensional Work Fatigue Inventory (3D-WFI)¹⁹

1) La fatigue physique

Pendant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous...

Remarque : **la fatigue physique** implique une fatigue physique extrême et une incapacité à s'engager dans des activités physiques.

20. ...été exténué physiquement à la fin de votre journée de travail ? (exténué = se sentir extrêmement affaibli)

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

21. ...eu des difficultés à vous engager dans une activité physique à la fin de votre journée de travail ?

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

22. ...été physiquement à bout de force à la fin de votre journée de travail ? (être à bout = n'avoir plus de ressources, de patience, ne plus pouvoir résister)

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

23. ...ressenti l'envie d'arrêter tout effort physique à la fin de votre journée de travail ?

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

¹⁹ Amoruso (2018).

24. ...été épuisé physiquement à la fin de votre journée de travail ? (épuisé = avoir une grande lassitude, fatiguer, excéder)

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

25. ...ressenti l'envie d'éviter tout ce qui vous prendrait trop d'énergie physique à la fin de votre journée de travail ?

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

2) La fatigue mentale

Pendant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous...

Remarque : la **fatigue mentale** implique une fatigue mentale extrême et une incapacité à penser ou à se concentrer.

26. ...été exténué mentalement à la fin de votre journée de travail ? (exténuer = se sentir extrêmement affaibli)

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

27. ...eu des difficultés à penser et à vous concentrer à la fin de votre journée de travail ?

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

28. ...été mentalement à bout à la fin de votre journée de travail ? (être à bout = n'avoir plus de ressources, de patience, ne plus pouvoir résister)

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

29. ...ressenti l'envie de vous renfermer mentalement, tout arrêter, à la fin de votre journée de travail ?

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

30. ...été mentalement épuisé à la fin de votre journée de travail ? (épuisé = avoir une grande lassitude, fatiguer, excéder)

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

31. ...ressenti l'envie d'éviter tout ce qui vous prendrait trop d'énergie mentale à la fin de votre journée de travail ?

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

3) La fatigue émotionnelle

Pendant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous...

Remarque : la **fatigue émotionnelle** implique une fatigue émotionnelle extrême et une incapacité à ressentir ou à montrer ses émotions.

32. ...été exténué émotionnellement à la fin de votre journée de travail ? (exténué = se sentir extrêmement affaibli)

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

33. ...eu des difficultés à montrer et à gérer vos émotions à la fin de votre journée de travail ?

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

34. ...été émotionnellement à bout à la fin de votre journée de travail ? (être à bout = n'avoir plus de ressources, de patience, ne plus pouvoir résister)

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

35. ...ressenti l'envie de vous renfermer émotionnellement à la fin de votre journée de travail?

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

36. ...été émotionnellement épuisé à la fin de votre journée de travail ? (épuisé = avoir une grande lassitude, fatiguer, excéder)

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

37. ...ressenti l'envie d'éviter tout ce qui vous prendrait trop d'énergie émotionnelle à la fin de votre journée de travail ?

4	3	2	1	0
Tous les jours	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Moins d'une fois par mois	Jamais

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)²⁰

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler :

38. Je me sens tendu ou énervé :

0	1	2	3
Jamais	De temps en temps	Souvent	La plupart du temps

39. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

0	1	2	3
Oui, tout autant	Pas autant	Un peu seulement	Presque plus du tout

40. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

0	1	2	3
Pas du tout	Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	Oui, mais ce n'est pas trop grave	Oui, très nettement

41. Je sais rire et voir le côté amusant des choses :

0	1	2	3
Toujours autant	Plutôt moins	Nettement moins	Plus du tout

42. Je me fais du souci :

0	1	2	3
Très occasionnellement	Occasionnellement	Assez souvent	Très souvent

43. Je me sens gai et de bonne humeur :

0	1	2	3
La plupart du temps	Assez souvent	Rarement	Jamais

44. Je peux rester tranquillement assis au repos et me sentir détendu :

0	1	2	3
Oui, toujours	Oui, en général	Rarement	Jamais

²⁰ Untas et al. (2009).

45. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

0	1	2	3
Jamais	Quelquefois	Très souvent	Pratiquement tout le temps

46. J'éprouve des sensations de peur et j'ai comme une boule dans la gorge :

0	1	2	3
Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent

47. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

0	1	2	3
J'y fais attention comme d'habitude	Je n'y fais plus assez attention	Je n'y fais plus attention	Totalement

48. Je ne tiens pas en place :

0	1	2	3
Pas du tout	Pas tellement	Un peu	Oui, c'est tout à fait le cas

49. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

0	1	2	3
Comme d'habitude	Plutôt moins qu'avant	Beaucoup moins qu'avant	Pas du tout

50. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

0	1	2	3
Jamais	Rarement	Assez souvent	Très souvent

51. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :

0	1	2	3
Souvent	Parfois	Rarement	Pratiquement jamais

Questions ouvertes

Veillez répondre le plus honnêtement possible aux questions suivantes :

Remarque : **si vous souhaitez parler d'une personne**, veuillez s.v.p. utiliser un **pseudonyme**, afin de garantir l'anonymat de cette personne.

52. Quelles modifications dans l'organisation de votre travail avez-vous observées à la suite de la crise sanitaire ?

53. Quel impact cela a-t-il eu sur vous d'un point de vue physique et/ou émotionnel ? Que ressentez-vous par rapport à ces changements ?

Annexe 3 – La matrice des corrélations de Bravais-Pearson

Tableau A3 – 1 : La matrice des corrélations entre les questionnaires de résilience (BRS), d'épuisement émotionnel (MBI), de fatigue (3-D WFI), d'anxiété et de dépression (HADS) (avec toutes les informations)

Pearson Correlation Coefficients, N = 28								
Prob > r under H0: Rho=0								
	BRS	MBI	fatphy	fatiment	fatemo	HADS	anx	depr
BRS	100.000							
MBI	-0.22228 0.2556	100.000						
fatphy	-0.32319 0.0934	0.77140 <.0001	100.000					
fatiment	-0.34565 0.0716	0.84016 <.0001	0.83423 <.0001	100.000				
fatemo	-0.40651 0.0318	0.70799 <.0001	0.64048 0.0002	0.82615 <.0001	100.000			
HADS	-0.65584 0.0002	0.59219 0.0009	0.65010 0.0002	0.75402 <.0001	0.79441 <.0001	100.000		
anx	-0.64950 0.0002	0.58615 0.0010	0.66755 0.0001	0.73576 <.0001	0.79464 <.0001		100.000	
depr	-0.55217 0.0023	0.49895 0.0069	0.51850 0.0047	0.64815 0.0002	0.65922 0.0001		0.70229 <.0001	100.000

Note. BRS = résilience ; MBI = épuisement émotionnel ; fatphy = fatigue physique ; fatiment = fatigue mentale ; fatemo = fatigue émotionnelle ; HADS = score total de la HADS ; anx = anxiété ; depr = dépression.

Annexe 4 – Les comparaisons des résultats de la BRS avec les autres questionnaires

Tableau A4 – 1 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux d'épuisement émotionnel (MBI)

Comparaison des résultats de la BRS aux résultats de l'épuisement émotionnel (MBI)				
Résultats de la BRS	Résultats de l'épuisement émotionnel (MBI)			Total général
	Bas	Modéré	Élevé	
Faible	3	2	2	7
Moyen	12	4	3	19
Élevé	1		1	2
Total général	16	6	6	28

Tableau A4 – 2 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux de fatigue physique (3-D WFI)

Comparaison des résultats de la BRS aux résultats de la fatigue physique (3-D WFI)				
Résultats de la BRS	Résultats de la fatigue physique (3-D WFI)			Total général
	Faible	Moyen	Élevé	
Faible	1	3	3	7
Moyen	7	8	4	19
Élevé	1		1	2
Total général	9	11	8	28

Tableau A4 – 3 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux de fatigue mentale (3-D WFI)

Comparaison des résultats de la BRS aux résultats de la fatigue mentale (3-D WFI)				
Résultats de la BRS	Résultats de la fatigue mentale (3-D WFI)			Total général
	Faible	Moyen	Élevé	
Faible	1	1	5	7
Moyen	9	6	4	19
Élevé	1		1	2
Total général	11	7	10	28

Tableau A4 – 4 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux de fatigue émotionnelle (3-D WFI)

Comparaison des résultats de la BRS aux résultats de la fatigue émotionnelle (3-D WFI)				
Résultats de la BRS	Résultats de la fatigue émotionnelle (3-D WFI)			Total général
	Faible	Moyen	Élevé	
Faible	2	1	4	7
Moyen	11	5	3	19
Élevé	1		1	2
Total général	14	6	8	28

Tableau A4 – 5 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux d'anxiété ainsi que de dépression (HADS)

Comparaison des résultats de la BRS aux résultats de la HADS			
Résultats de la BRS	Résultats du HADS		Total général
	Pas de troubles anxio-dépressifs	Existence de troubles anxio-dépressifs	
Faible	1	6	7
Moyen	16	3	19
Élevé	1	1	2
Total général	18	10	28

Tableau A4 – 6 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux d'anxiété (HADS)

Comparaison des résultats de la BRS aux résultats de l'anxiété (HADS)				
Résultats de la BRS	Résultats de l'anxiété (HADS)			Total général
	Absence de troubles anxieux	Troubles anxieux probables	Troubles anxieux sévères	
Faible	1	1	5	7
Moyen	14	3	2	19
Élevé	2			2
Total général	17	4	7	28

Tableau A4 – 7 : La distribution de l'échantillon aux différents niveaux de résilience (BRS) croisés avec les niveaux de dépression (HADS)

Comparaison des résultats de la BRS aux résultats de la dépression (HADS)				
Résultats de la BRS	Résultats de la dépression (HADS)			Total général
	Absence de troubles dépressifs	Troubles dépressifs probables	Troubles dépressifs sévères	
Faible	3	2	2	7
Moyen	16	3		19
Élevé	1	1		2
Total général	20	6	2	28

Annexe 5 – les tableaux croisés dynamiques des questions ouvertes

Tableau A5 – 1 a : Les réponses à la première question

Les modifications observées dans l'organisation de travail à la suite de la crise sanitaire	
Facteurs liés à l'institution	12
Augmentation de la charge de travail	3
Informations peu claires	1
L'intégration des jeunes diplômés	1
Manque de personnel	5
Peu d'aide	1
Proposition de changer de service / être volant ²¹	1
Facteurs liés à la réorganisation du travail	5
Fonctionnement du service a changé	1
Gérer les visites	1
Mise en place de circuits d'hygiène	3
Facteurs liés aux mesures sanitaires	6
Journées plus longues dû aux consignes sanitaires	1
Pas/moins de contacts humains	2
Port du masque	2
Travail plus complexe à cause des règles sanitaires	1
Facteurs sociaux	4
Changement d'attitude entre collègues	1
Manque de communication	1
Plus d'empathie	1
Plus d'entraide	1
Influence de ces modifications sur le bien-être au travail	8
Augmentation de la fatigue mentale	1
Augmentation du stress	4
Perte de motivation	2
Sentiment d'abandon	1
Total général	35

²¹ Le terme « être volant » signifie que les soignants vont aller remplacer des collègues de travail malades dans des autres services/bâtiments.

Tableau A5 – 1 b : Les réponses de la première question croisés avec les niveaux de résilience

Les modifications dans l'organisation du travail croisés avec le niveau de résilience (BRS)				
Les modifications dans l'organisation du travail	Niveau de résilience (BRS)			Total général
	Faible	Moyen	Élevé	
Facteurs liés à la réorganisation du travail		5		5
Fonctionnement du service a changé		1		1
Gérer les visites		1		1
Mise en place de circuits d'hygiène		3		3
Facteurs liés aux mesures sanitaires	1	5		6
Journées plus longues dû aux consignes sanitaires		1		1
Pas/moins de contacts humains		2		2
Port du masque		2		2
Travail plus complexe à cause des règles sanitaires	1			1
Facteurs liés à l'institution	3	7	2	12
Augmentation de la charge de travail	1	2		3
Informations peu claires	1			1
L'intégration des jeunes diplômés			1	1
Manque de personnel	1	4		5
Peu d'aide		1		1
Proposition de changer de service / être volant			1	1
Facteurs sociaux	1	3		4
Changement d'attitude entre collègues		1		1
Manque de communication	1			1
Plus d'empathie		1		1
Plus d'entraide		1		1
Influence de ces modifications sur le bien-être au travail	1	7		8
Augmentation de la fatigue mentale		1		1
Augmentation du stress		4		4
Perte de motivation		2		2
Sentiment d'abandon	1			1
Total général	6	27	2	35

Tableau A5 – 2 a : Les réponses à la deuxième question

L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications	
Bien-être en général	7
Augmentation du stress	1
Plus sereine	1
Ressentir un vide	1
Ressentir de la tristesse	1
Se sentir cadencé de l'intérieur	1
Se sentir détendu	1
Une détresse physique ²²	1
Engagement vis-à-vis du travail	5
Difficulté à réaliser un travail de qualité	1
Envie de changer de métier	1
Perte de l'envie de travailler	3
Facteurs liés à l'institution	7
Être volant procure un effet positif	1
Manque de reconnaissance	4
Sentiment d'insécurité	1
Travail désorganisé	1
Facteurs sociaux	3
Frustration causée par la distanciation sociale	1
Plus d'empathie	1
Problèmes avec les familles des résidents	1
Impact sur la vie privée	2
Désorganisation à la maison	1
Perte de plaisir	1
Réorganisation du travail	4
Augmentation du stress	2
Devoir être plus autonome	1
Devoir porter plus d'attention	1
Sentiment d'épuisement	19
Augmentation de la fatigue émotionnelle	1
Augmentation de la fatigue mentale	2
Augmentation de la fatigue physique	6
Mode : pilotage automatique ²³	1
Perte d'énergie	2
Perturbation du sommeil	1
Plus de lassitude	6
Total général	47

²² Le terme « **détresse physique** » regroupe des éléments rapportés par un sujet : « *une irritabilité, des douleurs de tension, une sensation d'avoir la tête régulièrement prise dans un étau* ».

²³ Le terme « **mode : pilotage automatique** » a été utilisé par un participant pour désigner le fait qu'il fonctionne en mode automatique : « *boulot-métro-dodo* ».

Tableau A5 – 2 b : Les réponses de la deuxième question croisés avec les niveaux de résilience

L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail croisé avec le niveau de résilience (BRS)				
L'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces modifications au travail	Niveau de résilience (BRS)			Total général
	Faible	Moyen	Élevé	
Bien-être en général	2	5		7
Augmentation du stress		1		1
Plus sereine		1		1
Ressentir un vide	1			1
Ressentir de la tristesse	1			1
Se sentir cadennassé de l'intérieur		1		1
Se sentir détendu		1		1
Une détresse physique		1		1
Engagement vis-à-vis du travail	2	3		5
Difficulté à réaliser un travail de qualité	1			1
Envie de changer de métier		1		1
Perte de l'envie de travailler	1	2		3
Facteurs liés à l'institution	3	3	1	7
Être volant procure un effet positif			1	1
Manque de reconnaissance	3	1		4
Sentiment d'insécurité		1		1
Travail désorganisé		1		1
Facteurs sociaux		3		3
Frustration causée par la distanciation sociale		1		1
Plus d'empathie		1		1
Problèmes avec les familles des résidents		1		1
Impact sur la vie privée		2		2
Désorganisation à la maison		1		1
Perte de plaisir		1		1
Réorganisation du travail		4		4
Augmentation du stress		2		2
Devoir être plus autonome		1		1
Devoir porter plus d'attention		1		1
Sentiment d'épuisement	5	14		19
Augmentation de la fatigue émotionnelle	1			1
Augmentation de la fatigue mentale	1	1		2
Augmentation de la fatigue physique	2	4		6
Mode : pilotage automatique		1		1
Perte d'énergie		2		2
Perturbation du sommeil		1		1
Plus de lassitude	1	5		6
Total général	12	34	1	47

RÉSUMÉ

Dans ce mémoire, nous nous sommes intéressés à l'existence d'un lien entre le stress, la résilience et les modifications dans l'organisation du travail dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 qui touche le monde entier depuis fin de l'année 2019. Nous avons donc essayé d'établir un lien entre la résilience et des variables psychologiques (l'épuisement émotionnel, la fatigue, l'anxiété et la dépression). Nous avons également essayé d'établir un lien entre la résilience et les modifications dans l'organisation du travail à la suite de la crise sanitaire, ainsi qu'avec l'impact (physique/émotionnel) du personnel de soins face à ces changements.

Pour cela, nous avons créé un questionnaire en ligne destiné au personnel soignant d'ISoSL. Ce questionnaire permettait de collecter des données sociodémographiques, de mesurer la résilience, l'épuisement émotionnel, la fatigue au travail, l'anxiété et la dépression, ainsi que de collecter des réponses plus subjectives sur les modifications dans l'organisation au travail, ainsi que l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces changements.

Nous avons pu démontrer qu'il existe un lien entre le développement de symptômes des variables psychologiques (l'épuisement émotionnel, l'anxiété, la dépression et la fatigue au travail) et les deux questions ouvertes, à savoir « les modifications dans l'organisation du travail dus à la pandémie » et « l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces changements ».

Nous avons également pu démontrer que la résilience des soignants a eu un effet positif sur leur fatigue émotionnelle, leur score obtenu à la HADS, et donc sur leur score d'anxiété et leur score de dépression. Cependant, leur résilience n'a eu aucun effet sur leur épuisement émotionnel, leur fatigue physique et leur fatigue mentale.

Nous pouvons également affirmer qu'il existe un lien entre le niveau de résilience et la perception des changements dans l'organisation du travail à la suite de la crise sanitaire. Ainsi qu'il existe un lien entre le niveau de résilience et l'impact (physique/émotionnel) et le ressenti des soignants face à ces changements.