



HAL
open science

L'après-Covid-19 et la santé mentale des soignants

Richard Pougnet, Sandrine Brient, David Lucas, Laurence Pougnet

► **To cite this version:**

Richard Pougnet, Sandrine Brient, David Lucas, Laurence Pougnet. L'après-Covid-19 et la santé mentale des soignants. Soins Cadres, 2020, 29, pp.25 - 28. 10.1016/j.scad.2020.09.010 . hal-03493696

HAL Id: hal-03493696

<https://hal.science/hal-03493696>

Submitted on 17 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dothead dossier

Sous-dothead Les soignants face à la Covid-19

L'après-Covid-19 et la santé mentale des soignants

Richard Pougnet^{a,b,*}

Médecin du travail

Sandrine Brient^{a,c}

David Lucas^{a,d}

Médecin du travail

Laurence Pougnet^e

Docteur en médecine

^a Centre de pathologies professionnelles et environnementales, centre hospitalier régional universitaire de Brest, hôpital Morvan, 2, avenue Foch, 29200 Brest, France

^b Laboratoire d'études et de recherches en sociologie, EA 3149, faculté des lettres et sciences humaines Victor-Segalen, université de Bretagne occidentale, 20, rue Duquesne, 29238 Brest, France

^c Cellule d'urgence médico-psychologique, centre hospitalier régional universitaire de Brest, hôpital Morvan, 2, avenue Foch, 29200 Brest, France

^d Optimisation des régulations physiologiques, EA 4324, université de Bretagne occidentale, faculté de médecine et des sciences de la santé, 22, avenue Camille-Desmoulins, 29200 Brest, France

^e Hôpital d'instruction des armées Clermont-Tonnerre, rue du Colonel-Fontferrier, 29200 Brest, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : richard.pougnet@univ-brest.fr (P. Richard).

Résumé

La pandémie de *Coronavirus Disease 2019* aura été l'un des événements majeurs du début des années 2020, marquant les esprits, endeuillant nombre de familles et exposant les soignants à des cas de figure impensables. Les réactions psychologiques des soignants ont été multiples. Il est possible de dresser une typologie des situations en vue de les aider à retravailler ensemble dans l'après-Covid. L'objectif est de donner des pistes de réflexion pour surmonter les divisions et se montrer solidaire de ses collègues.

© 2020

Mots clés – Covid-19 ; pandémie ; psychologie ; soignant ; solidarité

Summary à traduire

© 2020

Keywords à traduire et mettre par ordre alphabétique

Le *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (Sars-CoV-2) aura laissé son empreinte dans le monde au cours de la pandémie de *coronavirus disease 2019* (Covid-19) qui, fin juillet 2020, avait fait plus de 650 000 morts dans le monde, dont plus de 30 000 en France¹ [1,2]. Ce virus marquera longtemps l'économie, les équilibres politiques ainsi que les esprits : les corps de défunts étaient parfois entassés dans des patinoires et nombre de personnes ont vécu leurs derniers instants seules, coupées de leurs proches [3]. Elle aura également marqué le corps soignant et ce, de plusieurs manières.

L'impact psychologique le plus évident, puisque les médias ont fait état du travail de certaines équipes en réanimation, est celui lié aux situations qui présentaient un caractère d'extrême gravité [4,5]. L'image de la mort a pu s'immiscer dans des esprits insuffisamment préparés [6]. D'autres situations, moins évidentes, ont également préoccupé les soignants : certains ont été "mis à l'écart" parce que le terrain où ils exerçaient présentait un risque de développement de formes graves de la *coronavirus disease* ; d'autres ont été mis en "chômage technique" en raison de la fermeture de centres ou de l'arrêt de certaines activités.

Les soignants ayant vécu cette crise sanitaire de façon différente, selon leur position, une question se pose pour l'après-pandémie : comment prendre soin les uns des autres dans nos milieux respectifs ? La réponse peut sembler aussi protéiforme que l'activité de soins elle-même puisque, entre les libéraux et les hospitaliers, entre les consultations et les services d'exploration, entre les cabinets et les soins à domicile, il existe bien des manières d'être soignant. Cette diversité se retrouve au sein même de ces lieux et elle peut, en outre, varier en fonction d'une interprétation subjective, propre à chacun. Mais nous ambitionnons ici de proposer une typologie succincte des situations et des risques qui y sont liés. À partir de là, chaque soignant pourra, lorsqu'il rencontrera un collègue ou un confrère, s'appuyer sur une première esquisse du "prendre soin" et du "travailler ensemble" reposant sur la bienveillance et la solidarité.

T1 Soignants et zones Covid

Il peut exister plusieurs types de zones Covid : les filières préhospitalières, les urgences, les réanimations, les soins de suite, les prises en charge à domicile. Le taux de sévérité est variable puisqu'en ville sont pris en charge les patients peu symptomatiques alors qu'en réanimation, les taux de mortalité pouvaient être élevés.

Quoi qu'il en soit, le soignant a été confronté à l'image de la mort à chaque endroit. Les patients en ville ont pu décompenser où, pour le moins, il existait un risque. Les médias ont véhiculé l'image de formes graves de contamination et les soignants ont eu à vivre avec l'omniprésence de cette pandémie, en plus de tableaux cliniques sévères. On a alors pu voir se développer trois grands types de réactions susceptibles d'impacter leur qualité de vie.

Les articles médicaux ont anticipé l'émergence d'un état de stress post-traumatique (ESPT) pour les personnes exerçant en réanimation. L'ESPT se caractérise par la persistance d'un stress aigu au-delà d'un mois après un événement particulièrement grave ou après plusieurs événements d'intensité moindre. Il y a par exemple des phénomènes de reviviscence et de cauchemars [7].

Paradoxalement, il est possible que les soignants ayant travaillé dans des zones moins touchées soient plus susceptibles de connaître cet état, étant donné qu'ils avaient moins de préparation et de soutien de la part du collectif de travail. La prise en charge de ces intervenants devra se faire en lien avec des psychiatres et des psychologues spécialisés.

A priori, plusieurs cellules d'urgence médico-psychologique ont mis en place des filières pour écouter et orienter les soignants qui pourraient développer un psychotraumatisme [8].

T1 Vigilance et conseil

D'autres troubles pourraient apparaître après la pandémie : des troubles de l'humeur réactionnels ou anxieux. C'est d'autant plus probable que les soignants ont dû changer le paradigme du cadre de soins. Certains ont pu se sentir comme démunis, faute de thérapie ciblée ou de moyens adéquats. Le soin de qualité étant devenu impossible, il a parfois fallu faire « *au mieux* » « *avec ce que l'on (avait)* » [9].

De surcroît, les heures de travail et les prises en charge se sont succédé rapidement et il n'était pas toujours possible d'élaborer cette phase en équipe. Aussi, certains soignants pourraient pâtir de formes d'épuisement professionnel, avec un émoussement affectif, un désinvestissement ou un cynisme par rapport à leur travail, doublé d'un changement dans leur personnalité (déshumanisation, indifférence à autrui). La Haute Autorité de santé a émis des recommandations pour le repérage de ce syndrome [10]. Les soignants devraient sans doute les relire afin de rester vigilants et de conseiller, si besoin, leurs collègues.

Par ailleurs, ils auront à vivre plusieurs temporalités. La période des soins a été intense à cause de plusieurs facteurs : le caractère critique des choix à effectuer, des moyens parfois limités et le rythme du travail [11]. Il est possible qu'un décalage d'intensité apparaisse et se révèle déstabilisant dans les mois qui succéderont la pandémie. Certains soignants vont se retrouver dans un contexte ordinaire, avec des amplitudes horaires normales. L'épuisement pourrait alors se faire réellement sentir. Ils vont peut-être également éprouver une sorte de sentiment de décalage. Si c'est le cas, leur motivation devra être restimulée par leurs collègues. Il faudra procéder à une revalorisation du quotidien.

T1 Services arrêtés ou en sous-activité

Ce décalage dans l'intensité de travail n'est pas l'apanage des soignants des secteurs Covid. Certains travaillent dans des services qui ont été mis à l'arrêt, totalement ou partiellement. Les décisions politiques ont, par exemple, figé les blocs opératoires afin de garder des réserves de matériel, de médicaments et pour économiser des ressources humaines. Si une partie des effectifs a été redéployée dans les hôpitaux des régions les plus touchées, une autre partie a parfois été placée en position d'attente, paradoxalement. Les consignes avaient parfois un

caractère extrême, quand on disait au personnel : « *Restez chez vous.* » Les soignants qui ont connu de tels épisodes ont vraisemblablement eu plusieurs types de réactions.

Certains se sont sans doute sentis inutiles, démunis, dépossédés de leur rôle social, voire mis à l'écart. Ils se sont peut-être sentis coupables de ne pas aider. Sans doute ont-ils subi un stress lié au fait de ne pas pouvoir agir contre la pandémie. Le stress est une réaction physiologique. L'une des manières de lutter contre ce phénomène est de maîtriser l'objet de son stress, celui-ci se définissant comme la croyance de ne pas pouvoir faire face à un stimulus [12]. Cela a pu mettre en échec des stratégies de défense contre l'anxiété. Agir équivaut à faire partie d'un tout et donc à ne pas être seul. On a le sentiment de reprendre le contrôle sur son environnement, c'est aussi moins penser.

Privés de leurs activités, les soignants ont pu se retrouver soumis à cette double contrainte psychique. Le risque principal de l'inactivité ou d'une activité réduite est ce que l'on appelle le *bore out*, c'est-à-dire l'épuisement par l'ennui [13,14]. Les soignants qui ont été sous-employés pendant la pandémie y seraient très exposés, car ce syndrome touche principalement les personnes très investies dans leur travail, avec une grande conscience professionnelle. Il est marqué par une baisse de la thymie ou par une anxiété, et peut aboutir à un trouble anxieux ou de l'humeur. Le danger est de ne pas réussir à exprimer cet ennui et de ne pas reprendre des activités aussi stimulantes. Pour les collègues, la vigilance consiste à s'assurer que les personnes ayant été confinées ou sous-employées reprennent progressivement leurs vies professionnelle et personnelle avec le même plaisir.

T1 Confinement et sécurité

Il faut tenir compte d'une autre dimension pour les soignants atteints d'une pathologie ou suivant un traitement augmentant de façon drastique leur vulnérabilité et leur risque de développer une forme sévère de la Covid-19 et qui ont été confinés à domicile de manière préventive. Le Haut Conseil de santé publique et la Société française de médecine du travail ont émis des recommandations pour protéger ces personnes [15].

Les soignants ont été confrontés à la frustration de voir l'aide qu'ils voulaient apporter "refusée". On a pu constater dans les hôpitaux à quel point ils étaient impliqués et malheureux de ne pas pouvoir prêter main-forte. Dans les cas les plus extrêmes, faute de pouvoir se voir confier des tâches de télétravail ou d'être redéployés dans des zones sans Covid, ils ont pu

rester confinés à domicile. Le risque était alors, comme pour toutes les autres personnes, de connaître l'ennui et de souffrir de la désocialisation [16].

Au-delà de ça, ils ont été mis face à leur problème de santé. Certains avaient trouvé un équilibre de vie entre leur pathologie, leur vie professionnelle et leur vie privée. Ils avaient trouvé des modes de résilience pour gérer leur problème de santé tout en se mettant au service de leurs patients. Avec le confinement, ils se sont retrouvés "uniquement" en position de patients. Ils ont peut-être alors perdu cet équilibre de vie.

D'une certaine manière, la pandémie a pu les mettre dans une situation de handicap. En effet, selon la classification internationale du handicap, ce dernier est défini par le déficit somatique ayant des répercussions sur la vie quotidienne (ou incapacité) et constituant un désavantage dans la vie sociale, qui est *in fine* le handicap à proprement parler [17].

Ces épisodes particuliers mis à part, qu'en est-il de ce qui était communément partagé ?

T1 Union ou division ?

Les soignants ont tous été mis face à une situation inédite : pandémie plus grave que prévu, couverture médiatique massive, manque de moyens matériels et humains, mortalité importante parmi la population générale et mortalité médiatisée des soignants. Puisque la France, par la voix de son président, Emmanuel Macron, s'est dite « *en guerre* » contre le Sars-CoV-2, il faut pousser l'analogie jusqu'au bout.

En temps de guerre, des soldats sont envoyés sur un front. On "accepte" des pertes pour un bien collectif, pour l'intérêt général. En temps de guerre, il existe des problèmes de ravitaillement. La pandémie aura été une guerre. Les soignants ont été envoyés sur un front nouveau, au cœur de notre pays, au sein de notre population. Ils ont connu des problèmes de ravitaillement, voire un manque de munitions (masques, places en réanimation, etc.). Toute guerre crée des blessures et des rancœurs [18]. Naîtront probablement des demandes d'explications sur les approvisionnements.

Ce point de vue partagé par des soignants pourrait devenir un facteur de division. En effet, certains pourraient considérer qu'ils ont été en première ligne tandis que d'autres étaient à l'abri. La référence à la guerre nous incite à souligner cette tension entre les soignants². Il pourrait être tentant de considérer ces différences d'exposition et celles dans la répartition du travail à travers le prisme de l'équité. Ainsi, on a pu entendre parfois que "l'autre" avait de la

chance d'être à la maison, que "l'autre" ne faisait pas d'heures supplémentaires, etc. C'était comme si le collectif, qui est pourtant un élément protecteur dans un milieu comme celui-là, disparaissait au profit d'une dimension et d'un intérêt individuels.

Peut-être cela vient-il témoigner d'une réalité sociale : la "distanciation sociale", qui décrit avant tout une distanciation physique, ne serait plus une précaution mais un risque. Si la distanciation physique est protectrice, la distanciation sociale, c'est-à-dire la mise à distance du collectif au profit d'une lecture purement individuelle, peut fragiliser une ressource pourtant opérante, celle du groupe de pairs. La société a pu faire face à cette crise grâce à l'acceptation de règles très contraignantes. Elles nous ont tous impactés différemment mais il s'agissait d'atteindre un objectif commun : limiter la propagation du virus. L'enjeu est le même pour les structures de soins. Comment trouver un "travailler ensemble" dans de telles conditions de division ?

T1 La métaphore de la guerre

Sans doute faut-il ici rappeler deux choses que l'image de la guerre permet de comprendre aisément. D'une part, l'image du front et des lignes arrière souligne le fait que ces dernières soutiennent la première ligne et prennent le relais. Les soignants sous-employés pendant la pandémie vont faire face à un accroissement de travail pour rattraper les activités qui étaient programmées. Ils n'ont pas fait preuve de paresse, la politique de santé a simplement mis en place une forme inédite de rotation des soins et de priorisation des prises en charge. De nombreux collègues de soignants envoyés au front doivent maintenant s'investir professionnellement, avec courage et abnégation, pour prendre soin des patients, parfois gravement atteints à cause des retards de prise en charge.

D'autre part, l'image d'une guerre sur notre territoire traduit bien une réalité : pendant la pandémie, chacun de nous a été touché dans sa vie privée, dans sa bulle familiale et dans sa sphère sociale. Certains soignants ont choisi de résider hors de chez eux pour protéger leur famille. Ils auraient souffert d'une séparation avec leur(s) enfant(s) et/ou conjoint(e). D'autres, qui n'en avaient pas la possibilité, ont dû vivre avec la crainte permanente de contaminer leur entourage. Par malheur, nombre de soignants ont perdu des proches au cours de cette pandémie. Au lieu de s'attarder sur la comptabilité des heures de travail ou l'importance du degré d'exposition au coronavirus, chaque soignant doit se rappeler que ses collègues et ses confrères ont vécu eux aussi cette atteinte personnelle. Face aux risques de

tensions, il faut se souvenir de cette réalité : c'est un élément central pour favoriser un "travailler ensemble" fondé sur la bienveillance, envers soi-même et envers les autres.

T1 Conclusion

Alors que la Covid-19 semble devoir s'inscrire dans la durée et impacter nos sociétés jusqu'en 2021, voire plus longtemps, il faut s'intéresser aux différences de vécu. Les soignants ont connu des événements variables selon leurs situations géographique, professionnelle, familiale et personnelle. Chacun a été touché d'une manière ou d'une autre.

Cet article ne se veut pas exhaustif. Il était impossible d'analyser la singularité des vécus en quelques lignes. Néanmoins, cette typologie peut servir de repère et permettre à chaque soignant de déceler, chez ses collègues ou ses confrères, un risque éventuel d'impact mental dans les mois à venir. Il faut surtout tenir compte de la variabilité potentielle des situations de vie durant cette crise.

Seules l'écoute, la connaissance et l'attention pourront aider à surmonter les différences de points de vue. L'écoute aidera chaque soignant à mieux comprendre ce que l'autre a vécu. La parole lui permettra de verbaliser ce qui l'aura marqué. Le soutien des collègues sera un élément critique pour la vie après la pandémie.

Nous avons mis en exergue les principaux points de vigilance. Il faut également souligner les aspects positifs des soins administrés pendant la pandémie. Il ne faudra pas s'étonner d'entendre des collègues parler avec fierté de leur engagement, parler avec soulagement de patients qu'ils ont accompagnés et qui ont guéri, parler avec enthousiasme de leur découverte, dans ce temps contracté, d'un soutien pluriprofessionnel.

Plus que jamais, l'autre est un semblable dans l'effort, le risque et les renoncements familiaux ou professionnels. Tous ont perçu que la réussite viendrait du collectif. La pandémie, comme toute réalité, ne réduit pas le vécu humain à ce qu'il y a eu de négatif. Au contraire. L'objet de cet article était d'aider les soignants à rebondir dans l'après-Covid et à y développer de nouvelles interactions professionnelles, plus solidaires et empathiques.

Notes

¹ Les chiffres changent hélas chaque jour. Le gouvernement français informe *via* son site internet : www.gouvernement.fr/info-coronavirus#xtor=SEC-3-GOO-{{adgroup}}-425080454101-search-coronavirus%20maladie].

² Nous faisons ici état de nos propres expériences et rapportons les témoignages de confrères et consœurs d'autres centres hospitaliers universitaires.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun* 2020;109:102433.
- [2] Ruan Q, Yang K, Wang W, et al. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China. *Intensive Care Med* 2020;46(5):846-8.
- [3] Comité consultatif national d'éthique. Covid-19. Contribution du Comité consultatif national d'éthique : enjeux éthiques face à une pandémie. 13 mars 2020. www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf.
- [4] Carriat J. Les unités de réanimation, un service crucial pendant l'épidémie due au coronavirus. *Le Monde*. 1^{er} avril 2020. www.lemonde.fr/sante/article/2020/04/01/les-unites-de-reanimation-un-service-crucial-pendant-l-epidemie-de-covid-19_6035180_1651302.html.
- [5] Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy region, Italy. *JAMA* 2020;323(16):1574-81.
- [6] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [7] Weber FC, Norra C, Wetter TC. Sleep disturbances and suicidality in posttraumatic stress disorder: an overview of the literature. *Front Psychiatry* 2020;11:167.
- [8] Lewis C, Roberts NP, Andrew M, et al. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2020;11(1):1729633.
- [9] Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. *BMJ* 2020;368:m1211.

- [10] Haute Autorité de santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mars 2017. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf.
- [11] Rosenbaum L. Facing COVID-19 in Italy – Ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *N Engl J Med* 2020;382(20):1873-5.
- [12] Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York (États-Unis): Springer Publishing Company, Inc; 1984.
- [13] Bourion C, Trébucq S. Le bore-out-syndrom. *Revue internationale de psychologie* 2011;17(41):319-46.
- [14] Kompanje EJO. Burnout, boreout and compassion fatigue on the ICU: it is not about work stress, but about lack of existential significance and professional performance. *Intensive Care Med* 2018;44(5):690-1.
- [15] Haut Conseil de la santé publique. Prendre soin des professionnels de santé. www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=1171.
- [16] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912-20.
- [17] Pougnet R, Pougnet L. Aménagement du concours de première année commune aux études de santé (PACES) : entre justice sociale et éthique confraternelle en devenir ? *Éthique Santé* 2020 [In Press].
- [18] Auxéméry Y. Le syndrome de la guerre du Golfe vingt ans après. *Encéphale* 2013;39(5):332-8.