

IMPACT DE LA PANDÉMIE DE LA COVID-19 SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DU PERSONNEL SOIGNANT

PITCHOT W (1)

RÉSUMÉ : Le monde de la médecine est particulièrement touché par la problématique du stress. Le stress généré par la pandémie de la COVID-19 est venu s'ajouter à une souffrance psychique déjà élevée. Face à une menace non anticipée et très peu connue, l'organisation des soins de santé s'est retrouvée bouleversée. Il est très difficile de prévoir quelle va être l'importance de l'impact de cette pandémie sur le plan psychologique et psychiatrique. Mais, on devra faire preuve de prudence et, surtout, mettre en place une stratégie de prévention des décompensations psychiques chez les médecins et membres du personnel soignant exposés.

MOTS-CLÉS : COVID-19 - Stress - Burn-out - Etat de stress post-traumatique

**THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON THE PSYCHOLOGICAL
HEALTH OF HEALTHCARE WORKERS**

SUMMARY : The world of medicine is particularly affected by the problem of stress. The stress generated by the COVID-19 pandemic has added to the already high mental suffering. Faced with an unanticipated and little-known threat, the organization of health care found itself in turmoil. It is very difficult to predict how significant the impact of this pandemic will be on a psychological and psychiatric level. But, we must be cautious and, above all, put in place a strategy to prevent psychic decompensations in exposed physicians and nursing staff.

KEYWORDS : COVID-19 - Stress - Burn-out - Post-traumatic stress disorder

INTRODUCTION

Le monde de la médecine est particulièrement touché par la problématique d'un stress professionnel de plus en plus destructeur pour l'individu (1). Le stress généré par la pandémie de la COVID-19 est venu s'ajouter à une souffrance psychique déjà élevée. Face à une menace non anticipée et très peu connue, l'organisation des soins de santé s'est retrouvée bouleversée. Les consultations non-urgentes ont été supprimées, la plupart des interventions chirurgicales reportées, les hôpitaux de jour et certains services fermés, les différentes compétences réorientées vers la prise en charge des patients COVID.

La pandémie de la COVID-19 a mis en évidence les fragilités du système, mais aussi la vulnérabilité de l'humain. Cette dernière variable a toujours eu tendance à être négligée. Le professionnel de la santé doit s'adapter seul à un environnement en pleine mutation où les questions de procédure et d'organisation dominent le discours (2).

Le but de cet article est de rappeler l'importance de l'impact du stress au travail et ses conséquences pour le personnel soignant, notamment en cette période de pandémie. Dans leur pratique, les professionnels de santé sont particulièrement exposés aux effets du stress,

au risque de burn-out, de stress post-traumatique, de dépression, d'addiction ou de suicide. La pandémie de COVID-19 vient d'augmenter considérablement ce risque.

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE OU BURN-OUT ?

Depuis quelques mois, dans les différents médias, on aborde la question du burn-out et du stress post-traumatique en relation avec la pandémie de la COVID-19, mais sans véritablement mesurer la signification de ces « diagnostics » et, surtout, leurs conséquences chez les médecins et le personnel soignant.

Le burn-out correspond à un épuisement psychique et physique résultant d'une surcharge constante de travail s'étendant sur plusieurs années (3). Classiquement, la définition du burn-out inclut trois axes : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte de l'accomplissement personnel. Généralement, le burn-out touche des individus consciencieux, engagés, enthousiastes, motivés; bref, des personnes « fortes », mais qui ont sans doute été « trop fortes trop longtemps ». Le burn-out n'est malheureusement pas un trouble reconnu comme tel dans le DSM-5, système de classification des maladies mentales classiquement utilisé par les psychiatres. Sur un plan symptomatique, on le rapproche souvent du diagnostic de stress post-traumatique.

(1) Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.

Dans le DSM-5, le trouble de stress post-traumatique a été placé dans un nouveau chapitre appelé «troubles liés au traumatisme ou au stress» dans lequel on retrouve également le stress aigu, le trouble d'adaptation, le trouble d'engagement social désinhibé et le trouble réactif de l'attachement. La création d'un chapitre distinct des troubles anxieux permet de mettre en exergue la diversité des présentations cliniques susceptibles d'apparaître à la suite d'une expérience traumatique (4).

Dans cette classification, pour poser le diagnostic d'état de stress post-traumatique, la personne doit avoir été exposée à un événement traumatique. A côté des événements traumatiques qu'on retrouve dans le DSM-IV (la mort ou la menace de mort, les blessures graves ou la menace de blessures et la menace pour l'intégrité physique), le DSM-5 a ajouté, de manière spécifique, l'agression sexuelle ou la menace d'une telle agression. La nouvelle version du DSM accepte aussi qu'un individu puisse être traumatisé de par sa proximité émotionnelle avec une victime (famille, amis) ou parce qu'il a été confronté, de manière répétée, à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles (médecin, policier, pompier, infirmier, ambulancier). En outre, dans le DSM-5, il n'est plus nécessaire que la réaction du sujet à l'événement se soit traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Dans le DSM-IV, on reprend un ensemble de 17 symptômes répartis dans trois catégories (la reviviscence, l'évitement persistant et l'émoussement de la réactivité générale, l'activation neurovégétative). Le DSM-5 propose quatre groupes reprenant 20 symptômes. Le critère C du DSM-IV a été scindé en deux clusters : les comportements d'évitement et les altérations négatives dans les cognitions et l'humeur. Parmi les nouveaux symptômes, on retrouve notamment les états émotionnels négatifs persistants (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte) et le comportement imprudent et/ou auto-destructeur. Dans le cadre du diagnostic, on peut préciser si le patient présente des symptômes dissociatifs de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. La distinction entre l'état de stress post-traumatique aigu (la durée des symptômes est de moins de 3 mois) et chronique (persistance des symptômes au-delà de 3 mois) est supprimée dans le DSM-5.

La prévalence sur la vie de l'état de stress post-traumatique est d'environ 7 % avec un rapport des genres H:F de 1:2. Seuls 5 à 9 % des personnes exposées à un événement traumatique développeront le trouble. Pourtant, depuis le début de la pandémie de COVID-19, on

retrouve des symptômes de stress post-traumatique chez près de 30 % du personnel soignant en général et des médecins en particulier.

Des pistes de solution doivent être développées et adaptées aux médecins. La prise en charge du burn-out, tout comme la prévention des conséquences du stress, passent par des stratégies centrées sur la situation professionnelle (exemple : gestion du temps), sur la réponse personnelle (exemple : gestion des émotions) et des stratégies destinées à augmenter la résistance au stress (exemple : relaxation, méditation et sport), ainsi que par le développement de facteurs de protection (exemple : tendance à l'optimisme et, surtout, le lien social).

Prévenir l'apparition d'un état de stress post-traumatique chez les personnes exposées à des événements traumatiques importants est un enjeu essentiel. Différentes stratégies ont été évaluées scientifiquement. Cependant, la technique de prévention la plus adaptée est, sans doute, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) focalisée sur le trauma mais aussi l'EMDR (désensibilisation et reprogrammation par mouvements des yeux). Le debriefing psychologique recommandé pendant de nombreuses années est associé à une efficacité limitée (5).

Des études randomisées contrôlées *versus* placebo ont démontré l'efficacité de plusieurs ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) (fluoxétine, paroxétine, sertraline), de la venlafaxine, de l'amitriptyline, de l'imipramine, de la mirtazapine et de la phénelzine. Malheureusement, cette efficacité est largement en-dessous de nos attentes.

LE MÉDECIN ET LE PERSONNEL SOIGNANT FACE AU BURN-OUT

Le personnel soignant est particulièrement exposé au risque d'épuisement professionnel. Parmi les facteurs favorisants, on retrouve notamment des conditions de travail difficiles avec des impératifs de rentabilité, une ambiance de travail parfois lourde, une organisation des activités défaillante, l'absentéisme de plus en plus fréquent des collègues, des horaires variables déstabilisant l'équilibre de vie familiale et professionnelle, l'impact émotionnel d'être confronté constamment à la souffrance et à la mort, un accroissement de la charge administrative ou le sentiment d'être de moins en moins respecté par les structures hospitalières et les autorités politiques.

Le médecin, en particulier, dans son parcours professionnel, est directement confronté à un

stress professionnel extrêmement élevé et à une pression sociétale qui ne l'autorise pas à exprimer sa souffrance et à montrer le moindre signe de faiblesse. Il se retrouve ainsi exposé à un risque élevé de décompensation psychique et physique en relation avec son stress professionnel. En Europe comme aux Etats-Unis, près d'un médecin généraliste sur deux est personnellement touché par le burn-out. Dans certaines spécialités comme la médecine d'urgence, les soins intensifs ou l'oncologie, la situation est plus inquiétante encore.

Le burn-out du soignant peut évidemment avoir des conséquences importantes sur la qualité de la prise en charge du patient. Il va favoriser une augmentation des accidents cliniques, un désengagement, voire un véritable retrait de l'institution. Le stress professionnel excessif peut être un véritable frein à la mise en place d'un projet qualité au sein d'une institution hospitalière.

Quels sont les mécanismes généraux du risque de burn-out et de dépression chez le médecin ? Du côté des facteurs de stress, on retrouve l'absence de réelle routine, les erreurs toujours possibles (avec leurs conséquences humaines et juridiques), l'isolement, l'envahissement et le débordement par des tâches non-médicales. En ce qui concerne les valeurs, la médecine est une profession/vocation particulièrement concernée par la question de l'envahissement des temps de pause et de récupération (difficulté à dire non), et par le risque de surinvestissement professionnel au détriment de la vie personnelle (workaholism) (6). Du côté des soins, on retrouve le phénomène de l'automédication, les retards dans le diagnostic et la mise en place d'une prise en charge (en partie en relation avec la crainte d'être jugé et stigmatisé par ses collègues). Du côté des compensations, on constate une moindre valorisation sociale et financière qu'auparavant et, surtout, le fait d'être moins respecté par la société dans son ensemble. Ce sentiment de non-respect est particulièrement ressenti aujourd'hui chez les médecins hospitaliers, de plus en plus soumis au suivi de procédures, parfois instaurées dans le cadre de démarches qualité, et dont un des objectifs est d'évaluer le travail du médecin et son niveau de rentabilité. En fait, le personnel soignant dans son ensemble se sent menacé et insécurisé dans sa pratique. Nombreux sont les soignants qui expriment ressentir une forme de déshumanisation des soins en relation avec l'augmentation de la technicité, l'automatisation de certaines tâches et la réduction du temps passé avec le patient (1). Pourtant, dans son quotidien, le soignant est exposé aux émotions

des patients, mais aussi aux siennes. Cette part difficilement quantifiable de la pratique médicale est clairement négligée dans la nouvelle organisation des soins et source évidente de stress. Or, cette part non mesurable de la médecine est essentielle pour nourrir le soignant et favoriser son équilibre psychologique (7).

LE MÉDECIN, LE PERSONNEL SOIGNANT ET LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

La pandémie de la COVID-19 a bouleversé le fonctionnement du monde hospitalier dans son ensemble. Les hôpitaux ont été dépassés par un afflux massif de patients nécessitant une prise en charge en soins intensifs. Rapidement, les médecins et le personnel soignant dans son ensemble ont été déstabilisés par la dangerosité du virus. Le taux de mortalité et le risque de contagion se sont révélés beaucoup plus élevés qu'anticipés. Les soignants se sont retrouvés confrontés aux limites de leurs compétences face à une maladie mal connue et mortelle, mais aussi à leurs propres angoisses de contracter cette maladie et de la transmettre à leurs proches. Par ailleurs, au début, la pandémie a été vécue dans la confusion la plus totale. Au cours des deux mois de confinement, la légitime inquiétude des soignants associée à celle de la population générale a été modulée par une gestion par l'état belge qui est apparue tardive et pour le moins brouillonne (cf. l'histoire des masques). Le stress adaptatif ressenti par les soignants pris dans la tourmente a fluctué en fonction des différentes statistiques faisant référence à la progression du virus, comme le nombre de personnes contaminées, les décès ou le taux d'hospitalisation en soins intensifs. L'anxiété liée au virus a été atténuée par les différentes mesures prises par le gouvernement, que ce soit la décision de confiner la population, la mise en place d'aides financières pour les personnes les plus touchées (comme certains indépendants), ou par la décision de mettre à l'arrêt toute une série d'activités (8). A travers ces décisions, les soignants des unités COVID et des services d'urgence accueillant les patients atteints par le coronavirus se sont sentis soutenus et reconnus dans leurs difficultés. Dans un premier temps, la compétence et l'efficacité de ces soignants se sont révélées être une évidence et la reconnaissance de la population a été très rapide avec ce besoin de glorifier (voire parfois de starifier) ceux, qui, au front, étaient là pour nous sauver. Ce statut de héros est rapidement devenu une pression supplémentaire pour des médecins et pour le person-

nel soignant, bien conscients que ce moment de « gloire » allait être de courte durée. En effet, parallèlement à la mise en scène quotidienne de ces applaudissements pour nos héros, on apprenait l'émergence d'un nouveau phénomène de stigmatisation des soignants considérés par certains comme des foyers potentiels de contamination.

Comme l'a montré une méta-analyse récente, l'épuisement professionnel n'est pas un problème individuel, mais est beaucoup plus une question d'organisation des soins de santé (9).

L'impact psychologique et psychiatrique d'une pandémie a été assez peu étudié dans la littérature. En fait, on dispose surtout de données récoltées auprès du personnel hospitalier en Asie, aux Etats-Unis et en Europe lors des épidémies du SARS-CoV-1 (2003) et de la grippe A H1N1 (2009) (10-13). Une proportion importante de soignants directement confrontés à la prise en charge des patients infectés souffraient d'une symptomatologie anxieuse d'intensité modérée à sévère. La crainte de contracter la maladie et de la transmettre à ses collègues et à ses proches était, évidemment, un élément déterminant. Cependant, d'autres facteurs de risque de développer des troubles psychiatriques ont été mis en évidence, comme l'absence de soutien psychologique, l'isolement social, le fait d'avoir des enfants, la crainte d'être rejeté par les autres par peur de la contamination, le stress lié à la réorganisation du travail et aux incertitudes entourant une nouvelle maladie.

Récemment, une étude chinoise a évalué si les travailleurs de la santé étaient plus à risque de développer des problèmes psychosociaux en comparaison avec un groupe contrôle pendant la pandémie de la COVID-19 (14). Les professionnels de la santé exposés aux patients atteints par la COVID-19 avaient une prévalence plus élevée d'insomnie, d'anxiété, de dépression, de somatisation et de symptômes obsessionnels compulsifs. Les facteurs de risque étaient une mauvaise connaissance de la dangerosité du virus, l'importance de la charge de travail, le manque de matériel, le risque de contracter la maladie, l'absence de repos ou le fait d'être confronté à de nombreux décès.

Une autre étude s'est spécifiquement intéressée aux assistants en formation exposés aux patients pris en charge pour une infection COVID-19 (15). Comparativement au groupe non-exposé, le groupe exposé (n = 393) avait une prévalence plus élevée de stress (29,4 % vs 18,9 %) et de burn-out (46,3 % vs 33,7 %). La prévalence de la dépression était également

plus élevée que dans la population générale (28 % vs 12 %).

CONCLUSION

Pour les médecins et le personnel soignant de première ligne particulièrement exposés à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19, le pire est peut-être à venir. Notre expérience de clinicien nous montre qu'au début d'une situation catastrophique, l'individu résiste, il s'adapte, avec une souffrance dont l'intensité varie d'une personne à l'autre, mais il tient le coup. C'est l'instinct de survie qui prime. A ce niveau, de par sa formation, le médecin est particulièrement résistant et résilient. Cependant, au cours des prochains mois, même chez les personnes qui, en apparence, se sont bien adaptées, on risque de voir apparaître des épisodes de burn-out, des problèmes de trouble panique, des dépressions caractérisées, des états de stress post-traumatique ou des addictions. Le taux de suicide va vraisemblablement augmenter, à tout le moins on peut le craindre. Il est très difficile de prévoir quelle va être l'importance de l'impact de cette pandémie sur le plan psychologique et psychiatrique. Mais, on devra faire preuve de prudence et, surtout, mettre en place une stratégie de prévention des décompensations psychiques chez les médecins et membres du personnel soignant exposés. Les infirmiers et les infirmières qui expriment le sentiment d'être les oubliés du système devront être l'objet d'une attention particulière. Au-delà de la prise en charge spécialisée proposée par les psychiatres et les psychologues, le plus important sera, sans doute, de pérenniser l'attitude de reconnaissance et de respect de la part des structures hospitalières à l'égard de tous les soignants.

Pour le médecin, le personnel soignant, l'hôpital et le patient, cette pandémie ne peut rester un épiphénomène. Cette infection COVID-19 et ses conséquences immédiates doivent avoir du sens. La crise actuelle peut représenter une opportunité que certains saisiront en décidant de transformer leur vision de la société et en réorientant leurs choix de vie. Paradoxalement, ce virus a aussi déclenché beaucoup d'espoir auprès de la population générale pour l'avenir du monde. Ce monde qui pourrait se révéler plus humain et plus juste. Dans les discussions que l'on peut avoir avec les personnes qui nous entourent (famille, amis, collègues, patients), on sent une soif de justice, un besoin de se sentir respecté et une envie de ralentir. Dans un monde où tout s'accélère comme jamais dans l'histoire

de l'humanité, le confinement a contraint beaucoup d'entre nous à faire une pause et à réfléchir sur le sens de nos vies. Dans notre environnement, le problème n'est pas le changement, mais la vitesse de celui-ci. Cette épreuve de la pandémie COVID-19, si particulière, doit pousser aussi le monde hospitalier à une réflexion en profondeur sur sa dimension humaine et son rôle sociétal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hartzband P, Groopman J. Physician burnout, interrupted. *N Eng J Med* 2020;**382**:2485-7.
2. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, et al. Les professionnels de la santé face à la pandémie à coronavirus (covid-19) : quels risques pour leur santé mentale. *Encéphale* 2020;**46**:S73-S80.
3. Clumeck N, Delroisse S, Gozlan S, et al. Syndrome de fatigue professionnelle (burn-out). 1^{ère} partie : de l'identification par le médecin généraliste. *Rev Med Liège* 2017;**72**:246-52.
4. Pitchot W. Actualité dans le traitement pharmacologique des troubles anxieux. *Acta Psychiatr Belg* 2014;**114**:3-10.
5. Debabeche C, Ansseau M, Pitchot W. Etat de stress post-traumatique et debriefing psychologique : un sujet controversé. *Rev Med Liège* 2012;**67**:11-5.
6. Scheen A. Workaholism : la dépendance au travail, une autre forme d'addiction. *Rev Med Liège* 2013;**68**:371-6.
7. Rokbani L, Saussez J, Chauvier P, et al. Intervention psychologique dans les unités covid. *Acta Psychiatr Belg* 2020;**120**:9-13.
8. Pitchot W. Comment allons-nous en période de pandémie covid-19 ? *Acta Psychiatr Belg* 2020;**120**:1-2.
9. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Inter Med* 2017;**177**:195-205.
10. Lee SH, Juang YY, Su YJ. Psychological impact on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;**27**:352-8.
11. Goulia P, Mantas C, Dimitroula D. General hospital staff worries, perceived sufficiency information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis* 2010;**10**:322.
12. Matsuishi K, Kakazoe, Imai H. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general workers in Kobe. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012;**66**:353-60.
13. Maunder R. The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto : lessons learned. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2004;**359**:1117-25.
14. Zhu Z, Xu S, Wang H, et al. COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers. *EClinicalMedicine* 2020;**24**:100443.
15. Kannampallil TG, Goss CW, Evanoff BA, et al. Exposure to COVID-19 patients increases physician trainees stress and burn-out. *PLoS One* 2020;**15**:e0237301.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr W. Pitchot, Service de Psychiatrie, CHU Liège, Belgique.
Email : wpitchot@chuliege.be