

FACE A LA COVID-19

VÉCU DES SOIGNANTS DE LA PREMIÈRE LIGNE DE SOINS AU CŒUR DE LA CRISE SANITAIRE : ÉTUDE PARTICIPATIVE EN RÉGION LIÉGEOISE

BAYOT M (1), ROGER JF (1), LECHANTEUR G (1), LENOIR AL (1)

RÉSUMÉ : Cette recherche en deux étapes avait pour but de documenter les stressors et les ressources expérimentés par les groupes professionnels de la première ligne au cœur de la crise sanitaire liée à la COVID-19, ainsi que de faire émerger, d'une réflexion pluridisciplinaire, une série de propositions prioritaires pour le renforcement du système de soins. Nos résultats ont mis en lumière de grandes similitudes interprofessionnelles en termes de vécus négatifs et positifs (par exemple, le sentiment d'impuissance, le soutien entre collègues), ainsi que des spécificités professionnelles (par exemple, le sentiment douloureux d'être «seules au front» chez les infirmières). Bien que les facteurs de stress, de fatigue et/ou de lassitude cités par les participants soient plus nombreux que les facteurs de protection, plusieurs participants ont expérimenté une opportunité de développement personnel et professionnel. De manière générale, il est ressorti de cette recherche que tous les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins ont un rôle à jouer dans l'amélioration et la résilience du système, et que ce rôle pourrait être d'autant plus efficace s'il se jouait dans un contexte de coordination et de communication pluridisciplinaire intensifié.

MOTS-CLÉS : COVID-19 - Professionnels des soins de santé - Soins de santé primaires - Facteurs de stress - Facteurs de protection

EXPERIENCES OF FRONTLINE CAREGIVERS IN THE MIDST OF A HEALTH CRISIS : A PARTICIPATORY STUDY IN THE LIEGE REGION

SUMMARY : The aim of this two-stage research was to document the stressors and resources experienced by front-line professional groups at the heart of the health crisis due to COVID-19, as well as to bring out of a multidisciplinary reflection, a series of priority proposals for strengthening the care system. Our results highlighted great interprofessional similarities in terms of negative and positive experiences (e.g., feeling of powerlessness, support among colleagues), as well as professional specificities (e.g., the painful feeling of being «alone at the front» among nurses). Although the stress, fatigue and/or lassitude factors cited by the participants were more numerous than the protective factors, several participants experienced an opportunity for personal and professional development. Overall, this research found that all front-line professionals have a role to play in improving and building resilience in the system, and that this role could be most effective if played in a context of increased multidisciplinary coordination and communication.

KEYWORDS : COVID-19 - Health care professionals - Primary health care - Stress factors - Protective factors

INTRODUCTION

La communauté scientifique internationale témoigne d'une aggravation des symptômes de stress, de dépression et d'anxiété parmi les professionnels de la santé durant la crise déclenchée par l'épidémie COVID-19, en raison d'une série de facteurs sociodémographiques (par exemple, l'ancienneté, le support familial) et organisationnels (par exemple, la supervision et l'accès au matériel de protection sur le lieu de travail) (1, 2). Cependant, le vécu spécifique des professionnels de la première ligne de soin fut relativement peu étudié, tout comme les facteurs de stress d'ordre relationnel (par exemple, la relation entre soignant et patient) et intrapersonnel (par exemple, les traits psychologiques tels que l'intelligence émotionnelle).

La présente étude avait pour objectif d'investiguer :

- 1) les «stressors» et les ressources en jeu dans l'adaptation des professionnels de la première ligne de soin à la crise sanitaire, et,
- 2) les solutions et les pistes d'amélioration à implémenter au sein de la première ligne de soins pour la rendre plus résiliente et ce, plus particulièrement face aux crises à venir. Pour ce faire, nous avons mené une recherche, en deux étapes entre l'été 2021 et l'automne 2022, dans la région de Liège.

RÉSUMÉ DU PROTOCOLE

La première étape, qui s'est déroulée entre les mois de juin et octobre 2021, consista en l'organisation de «focus groupes» monodisciplinaires concernant les professions de kinésithérapeutes (N = 2, 100 % de femmes), aides familiales (N = 8, 100 % de femmes), assistant(e)s sociaux(les) (N = 10, 80 % de femmes), coordinatrices de soins (N = 3, 100 % de femmes), pharmacien(ne)s (N = 3, 66 % de femmes), médecins généralistes (N = 4, 75 % de femmes), assistant(e)s en

(1) Département de Médecine Générale, ULiège, Belgique.

médecine générale (N = 4, 50 % de femmes), et infirmières. Les professionnels ont été recrutés via la diffusion d'une annonce sur les réseaux sociaux et par mail au sein des réseaux professionnels (par exemple, les associations de soins à domicile, la liste des assistants du Département de Médecine Générale). L'objectif de ces rencontres de deux heures sur une plateforme de visio-conférence (à l'exception du focus groupe des aides familiales) était d'explorer les expériences tant négatives que positives depuis le début de la crise liée à la COVID-19, aux niveaux organisationnel, interpersonnel et intrapersonnel. Durant cet échange animé par une chercheuse et un(e) assistant(e) en médecine générale, les participants étaient invités à identifier les éléments déclencheurs de stress (i.e., difficultés, fatigue) ainsi que les éléments protecteurs, voire constructifs, au fil des premières vagues de la crise sanitaire.

La seconde étape, qui s'est déroulée au mois de novembre 2022, consista en l'organisation d'un groupe nominal pluridisciplinaire (2 kinésithérapeutes, 2 coordinatrices de soins, et 1 médecin généraliste, 100 % de femmes), où nous avons exposé les résultats de la première étape de la recherche. Nous avons ensuite invité les participants à formuler des propositions d'ordre organisationnel, interpersonnel et intrapersonnel en vue de mieux prévenir les difficultés rencontrées au cœur de la crise sanitaire et de renforcer les ressources qui se sont avérées utiles. Pour cette seconde étape de la recherche, nous avons convié les professionnels qui avaient manifesté leur intérêt lors de la première étape. Parmi les cinq professionnels qui ont accepté de participer à cette seconde étape, quatre d'entre eux avaient pris part aux focus groupes. Le groupe nominal fut animé par deux chercheuses ainsi qu'un assistant en médecine générale, durant 2 heures, sur une plateforme de visio-conférence. La rencontre fut organisée en cinq phases :

- 1) la présentation des données issues des focus groupes,
- 2) une réflexion individuelle quant aux pistes de changement,
- 3) un tour de table itératif durant lequel les participants présentaient une proposition à la fois,
- 4) une discussion en vue d'éclaircir et d'organiser les propositions (par exemple, regrouper celles qui étaient similaires), et,
- 5) un vote individuel pour les cinq propositions prioritaires.

Le résultat final de cette rencontre comprend une liste de propositions, par ordre de priorité selon la somme des notes attribuées par les

participants, ayant pour but l'amélioration de la résilience du système de soins en première ligne face aux crises potentielles futures.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

FOCUS GROUPES

Le code associé à chacun des facteurs de stress ou de protection est composé du diminutif de la dimension intrapersonnelle (intra), interpersonnelle (inter) ou organisationnelle (orga) dans laquelle il se situe, ainsi que d'un chiffre (arbitraire), utilisé au cours du processus d'analyse thématique des données.

Parmi les 38 facteurs de stress ou d'expériences négatives et les 19 facteurs de protection ou d'expériences positives cités par les participants à cette étude, 79 % et 84 %, respectivement, étaient communs à deux groupes professionnels ou plus. La majorité des groupes professionnels interrogés ont identifié le sentiment d'impuissance face à la maladie, au traitement et à la souffrance d'autrui (intra2), la peur de la contamination accompagnée du sentiment de responsabilité (intra6), le manque d'observance de la part des bénéficiaires envers les consignes sanitaires (inter3), la gestion de l'insatisfaction et de la fragilité des bénéficiaires (inter4), l'augmentation de la charge de travail (orga1), le manque de soutien et de guidance de la part des autorités (orga2), le matériel ou le système de protection insuffisant ou inadéquat (orga5), ainsi que le manque de reconnaissance et de considération envers la profession (orga8), en tant que stressés. Du côté des ressources, la majorité des groupes professionnels interrogés ont cité le sentiment d'utilité et d'accomplissement (intra3), le soutien et le partage entre pairs (inter1), la reconnaissance de la part des bénéficiaires (inter3), l'optimisation des méthodes de travail (orga1), ainsi que le soutien et la protection de la part du supérieur ou des autorités (orga3).

Par ailleurs, certains stressés et certaines ressources ne furent mentionnés que dans 2, 3 ou 4 des groupes professionnels interrogés. Par exemple, au niveau des stressés, la distanciation des liens avec les bénéficiaires et la diminution de la qualité des soins (inter7) ainsi que l'empathie envers la souffrance des bénéficiaires et leur famille (inter8) furent rapportés au sein des groupes d'infirmiers et d'aides familiales uniquement. Au niveau des ressources, l'entraide et la reconnaissance au sein du réseau

professionnel (inter2) ainsi que la confiance de la part des bénéficiaires (inter4) furent partagées par les assistants en médecine générale et les pharmaciens uniquement.

D'autres facteurs de stress et de protection ne furent mentionnés qu'au sein d'un groupe professionnel parmi les 8 interrogés. Plus précisément, la diminution du sens perçu dans le travail (intra1), le manque d'expérience et la gestion du doute en situation clinique (intra3), le sentiment de lassitude envers la COVID-19 et sa prise en charge (intra4), ainsi que la réduction des opportunités d'apprentissage (orga3), furent rapportés en tant que stressseurs par les assistants en médecine générale uniquement. Le manque de respect, voire l'instrumentalisation de la part des bénéficiaires (inter2) fut, quant à lui, expérimenté tant par les assistants que par les médecins généralistes. Les infirmiers furent les seuls à partager un sentiment de solitude et d'injustice (intra9) au cœur de la crise sanitaire. Les pharmaciens furent également les seuls à évoquer la nécessité de cacher leurs propres émotions face aux bénéficiaires (intra10) et la mésinformation par les médias (orga10) en tant que stressseurs, ainsi qu'un sentiment de sécurité financière (intra5) en tant que ressource. Enfin, la résilience et la continuité des soins (orga2) et la réduction de la charge de travail (orga4), en tant qu'expériences positives, furent citées au sein du groupe d'aides familiales uniquement.

Bien que la taille de notre échantillon soit faible, les résultats de notre étude corroborent les observations faites sur la population de professionnels des soins de santé au niveau international. Parmi les facteurs de stress, la peur de la contamination (intra6) et le sentiment d'impuissance (intra2) cités par nos participants, se retrouvent dans le risque d'infecter ses proches ou les préoccupations pour un proche infecté, et l'incertitude concernant le contrôle de la maladie au travail et dans la société (3, 4). L'isolement social rapporté par l'une des participantes (coordinatrice de soins) (inter13) fut également identifié dans la littérature comme une source de stress (1, 4). Le manque de moyens pour prodiguer des soins de qualité (*«On se dit on ne va pas soigner tout le monde de la même façon... ça va à l'encontre de tout ce qu'on essaye de faire»*, coordinatrice de soins au sein d'une maison de repos) (orga6) et le matériel de protection insuffisant ou inadéquat (orga5), tels que déplorés au sein de notre étude, furent également largement cités dans la littérature internationale en termes de blessure morale (discordance entre les valeurs et les comportements des professionnels), ainsi que de réduction des ressources humaines, matérielles et financières (4-6). L'in-

sécurité financière (intra7), qui fut partagée par certains professionnels, fut également identifiée comme facteur de risque pour la santé mentale et la performance au sein d'autres études (3). De manière intéressante, les facteurs de stress observés dans la littérature sur les médecins généralistes, tels que les changements dans la pratique, la surcharge de travail, le manque de communication interprofessionnelle, la surcharge d'information et le manque de préparation nationale et organisationnelle (5), furent également identifiés par les professionnels de la première ligne que nous avons interrogés (orga9, orga1, inter5, inter6, et orga2, respectivement). Enfin, dans le sens du témoignage des assistants en médecine générale de notre étude, le manque d'expérience est un facteur de risque de détresse psychologique connu tant en médecine générale que dans la population générale de soignants professionnels (1, 7). Le niveau de stress plus élevé chez les professionnels relativement inexpérimentés s'expliquerait par leur moindre niveau de connaissances et de compétences, ainsi que par leur moindre capacité d'auto-régulation (8). Par ailleurs, la crise sanitaire a occupé une plus grande place dans la carrière des jeunes professionnels tels que les assistants, comparativement aux professionnels possédant une plus grande ancienneté (tels que les autres professionnels dans notre étude). De ce fait, nous pourrions émettre l'hypothèse que leurs expériences associées à la crise sanitaire ont eu un impact plus important sur leur représentation du métier, affectant leur sentiment de vocation et de satisfaction au travail, comme dans le cas des assistants que nous avons interrogés (intra1).

Au-delà de nos résultats, les décisions de vie ou de mort pour des patients atteints d'une infection critique et l'occupation permanente de l'esprit par la COVID-19 furent identifiées en tant que facteurs de stress (4). Dans le cas de la médecine générale, le fait de travailler auprès d'une population vulnérable semble également être un facteur de risque important (7).

Parmi les ressources identifiées, le soutien entre collègues (inter1), qui fut cité par la plupart de nos participants, est également reconnu dans la littérature comme l'un des facteurs modérateurs du stress durant la crise au sein de la population de soignants professionnels (5). De manière générale, le soutien social a joué un rôle de protection de la santé mentale des individus (1, 3). Dans le même sens, la collaboration entre pairs (*versus* la pratique isolée) semble être un facteur de protection, du moins chez les médecins généralistes (7).

GROUPE NOMINAL

Les données issues du groupe nominal pluridisciplinaire ont permis de mettre en exergue plusieurs pistes de changement du système de soins en vue de le rendre plus résilient face aux crises sanitaires futures potentielles. De façon plus prioritaire, les participantes suggèrent l'organisation d'un système de gestion de crise, composé de cellules de communication et logistiques locales, coordonnées entre elles à un niveau plus global. Par ailleurs, les participantes ont dénoncé les effets délétères dans la population associés à une communication non transparente de la part des autorités et appellent à une posture plus réaliste et rationnelle de leur part. D'autres pistes d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de la première ligne de soins ont été formulées, telles qu'une meilleure répartition du matériel de protection entre secteurs, l'institutionnalisation de la collaboration interprofessionnelle, l'intégration accrue du corps scientifique dans les comités de décision en temps de crise, l'accompagnement à l'application des règles sanitaires et le soutien psychologique des soignants sur le terrain, l'information centralisée et de qualité aux patients, l'optimisation des procédures de remplacement inter- et intraprofessionnel, l'équité dans l'octroi des primes aux soignants, ainsi que l'allègement des contraintes administratives non essentielles.

De manière intéressante, plusieurs de ces propositions font écho aux suggestions issues de la littérature scientifique internationale (9). Les auteurs recommandent des actions concrètes pour préserver l'équilibre psychologique des professionnels de la santé telles que la mise en place d'un système d'encouragement entre collègues, de moments de repos en dehors du lieu de travail, ainsi que l'approvisionnement de matériel médical adéquat et en suffisance. Ils suggèrent également l'instauration d'une communication claire, honnête et ouverte entre les autorités et les professionnels, la mise à disposition d'un soutien psychologique, le développement des technologies en ligne pour le maintien des contacts sociaux, ainsi que la mise en avant du sens du travail de ces professionnels, caractérisé par l'altruisme et l'action pour le bien commun (9). Contrairement à d'autres facteurs de protection tels que l'ancienneté, ces derniers ont l'avantage d'être «contrôlables», et requièrent donc toute l'attention des acteurs de la crise.

Au-delà des conclusions de la seconde étape de cette étude, les recherches futures devront s'atteler à l'évaluation de l'acceptabilité et de

l'efficacité de ces propositions. Il sera, notamment, pertinent de consulter des patients afin d'intégrer leur vécu, leurs besoins et leurs idées. La rencontre de patients-partenaires de la recherche permettrait de faire évoluer certaines des propositions des professionnels - qui les concernent plus directement - vers plus d'efficacité et de satisfaction envers le système de soins.

La recherche a démontré que le sentiment de satisfaction des patients ou bénéficiaires envers les soins, notamment associé au fait de se sentir compris et investi dans la relation aux soignants, impacte leur santé (10). Par ailleurs, la littérature montre que le fait de recevoir des retours positifs de patients satisfaits génère, chez les soignants, un sentiment d'accomplissement qui s'avère protecteur pour leur santé mentale et leur investissement au travail (11). De ce fait, la société entière et l'ensemble de ses membres gagneraient à la réalisation de ce type de recherche.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

L'originalité de cette recherche tient en l'exploration de trois facteurs impliqués dans la crise, qui ont été relativement peu explorés dans la littérature. Premièrement, tant les stressors que les ressources ont été investigués. Bien que plusieurs auteurs aient suggéré des pistes de renforcement des institutions de soins, peu d'entre eux ont envisagé les ressources déjà présentes. Deuxièmement, nous nous sommes concentrés sur la première ligne de soins, contrairement à la majorité des études de risque psycho-sociaux chez les soignants professionnels, qui ont été menées en contexte hospitalier. Troisièmement, la réflexion autour des pistes d'amélioration du système de soins s'est déroulée en pluridisciplinarité, ce qui contribue au dialogue encore trop rare entre les professions et favorise la formulation de propositions davantage réalistes et inclusives.

Toutefois, cette recherche comporte plusieurs limites qui sont importantes à considérer au moment d'interpréter les résultats. Premièrement, la petite taille de notre échantillon induit le risque d'une représentativité insuffisante des groupes professionnels étudiés. En effet, le fait qu'un facteur de stress ou de protection ne fut pas cité lors d'un focus groupe ne veut pas dire que l'expérience n'en a pas été faite parmi les professionnels sur le terrain. Il existe, de plus, un risque de biais de sélection parmi les personnes qui ont accepté de participer à la première étude. Dans le même sens, plusieurs professions ont manqué à l'appel lors de

la seconde étape de la recherche (assistants en médecine générale, assistants sociaux, aides familiales, infirmiers, et pharmaciens), limitant, dès lors, la richesse des échanges pluridisciplinaires et des propositions formulées. La taille de notre échantillon est notamment due à des difficultés importantes au niveau du recrutement. Lorsque nous avons interrogé les professionnels à ce sujet, ces derniers nous ont partagé le fait que ce type d'étude leur semblait inutile, qu'elle ne changerait rien à la situation. Le manque d'espoir ressenti par une partie de la population des soignants professionnels semble donc avoir contribué au manque de motivation à s'engager dans la recherche.

Deuxièmement, la capacité d'introspection des participants (la conscience et l'analyse de leur propre fonctionnement) - plus ou moins limitée - a potentiellement biaisé les données issues de cette recherche. De fait, les participants ont cité davantage de facteurs organisationnels que de facteurs intrapersonnels (personnels). Des études comme celle de Coco et coll. (12), réalisées auprès de soignants professionnels en Italie, montrent à quel point la confiance en soi et en sa capacité à résoudre des situations problématiques peut être un facteur de protection important du stress et de l'anxiété en situation de crise sanitaire comme nous l'avons connue. Or, ce facteur n'a pas été cité par nos participants durant les focus groupes. Ces données nous poussent à penser que les facteurs les plus déterminants ne sont pas nécessairement ceux identifiés par les personnes elles-mêmes. De ce fait, les études quantitatives, qui utilisent des questionnaires psychométriques sélectionnés par des experts en santé mentale, semblent complémentaires aux études participatives comme la nôtre, en vue de concevoir des actions de renforcement du système de soins et de ses protagonistes.

CONCLUSION

Nos résultats ont mis en lumière de grandes similitudes interprofessionnelles en termes de vécus négatifs et positifs (par exemple, le sentiment d'impuissance, le soutien entre collègues), ainsi que des spécificités professionnelles (par exemple, le sentiment douloureux d'être «seules au front» chez les infirmières). Bien que les facteurs de stress, de fatigue et/ou de lassitude cités par les participants soient plus nombreux que les facteurs de protection, plusieurs participants ont expérimenté une opportunité de développement personnel et professionnel. Bien que pour certains la crise ait suscité un niveau de détresse

important, beaucoup y ont vu des occasions pour revisiter leurs habitudes professionnelles, leur relation aux autres et à la santé, qui ont donné naissance aux propositions d'action.

De manière générale, il est ressorti de cette recherche que tous les professionnels de la 1^{ère} ligne de soins ont un rôle à jouer dans l'amélioration et la résilience du système, et que ce rôle pourrait être d'autant plus efficace s'il se jouait dans un contexte de coordination et de communication pluridisciplinaire intensifié.

Note

Un rapport plus détaillé de la méthode, des résultats et leur discussion, peut être obtenu en contactant le premier auteur de l'article.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kisely S, Warren N, McMahon L, et al. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ* 2020;**369**:m1642.
2. Torjesen I. Covid-19: Doctors need proper mental health support, says BMA. *BMJ* 2020;**369**:m2192.
3. Nowrouzi-Kia B, Sithamparamanathan G, Nadesar N, et al. Factors associated with work performance and mental health of healthcare workers during pandemics: a systematic review and meta-analysis. *J Public Health (Oxf)* 2022;**44**:731-9.
4. Sriharan J, Jegathesan T, Vimalaswaran D, Sriharan A. Mental Health Concerns of Frontline Workers During the COVID-19 Pandemic: a Scoping Review. *GJHS* 2020;**12**:89.
5. Jefferson L, Golder S, Heathcote C, Avila AC, Dale V, Essex H, et al. General practitioner wellbeing during the COVID-19 pandemic. A systematic review. *Br J Gen Pract* 2022;**72**:e325-33.
6. Litam SDA, Balkin RS. Moral injury in health-care workers during COVID-19 pandemic. *Traumatology* 2021;**27**:14-9.
7. Collins C, Clays E, Van Poel E, et al. Distress and wellbeing among general practitioners in 33 countries during COVID-19: results from the cross-sectional PRICOV-19 study to inform health system interventions. *Int J Environ Res Public Health* 2022;**19**:5675.
8. Chigwedere OC, Sadath A, Kabir Z, Arensman E. The impact of epidemics and pandemics on the mental health of healthcare workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;**18**:6695.
9. Wu PE, Styra R, Gold WL. Mitigating the psychological effects of COVID-19 on health care workers. *CMAJ* 2020;**192**:E459-60.
10. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005;**293**:1100-6.
11. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med* 2013;**88**:382-9.
12. Coco M, Guerrero CS, Santisi G, Riggio F, Grasso R, Di Corrado D, et al. Psychosocial Impact and Role of Resilience on Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic. *Sustainability* 2021;**13**:7096.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Bayot M, Département de Médecine Générale ULiège, Belgique.
Email : Marie.bayot@uliege.be