

## Vécu psycho-social de la covid-19 chez les professionnels de santé au Sénégal

### [ Psychosocial experience of COVID-19 among healthcare professionals in Senegal ]

**DIAGNE Ibra<sup>1</sup>, NGOM Ngoné<sup>2</sup>, NDIAYE-NDONGO Ndèye Dialé<sup>3</sup>, BA El Hadji<sup>4</sup>, and SYLLA Aida<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Psychiatre au Centre des opérations d'urgence sanitaire du ministère de la santé et de l'action sociale du Senegal, Dakar, Senegal

<sup>2</sup>Médecin généraliste, centre de santé Mamadou Diop de Liberté 6, Dakar, Senegal

<sup>3</sup>Professeur en psychiatrie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Senegal

<sup>4</sup>Maitre de conférence agrégée en psychiatrie, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, Senegal

---

Copyright © 2024 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** *Introduction:* The COVID-19 pandemic is an unprecedented global situation, which has turned all systems (economic, political, social, and health) upside down. It has paved the way for psychological and psychosocial morbidity among the public and healthcare professionals both directly and indirectly involved in the response.

*Objective:* The aim of this study was to identify the difficulties associated with the psychosocial experience of COVID-19 among a population of healthcare professionals.

*Method:* A qualitative, cross-sectional descriptive study of a population of healthcare professionals who had used a listening and support line was conducted in Dakar from May 2020 to July 2020.

*Results:* A total of 236 calls were received by the hotline, of which 20 were from healthcare professionals, representing a rate of 8.5%. 08 calls were received from female healthcare professionals, representing a rate of 40% of the total study population. According to healthcare professionals, the most common themes were emotional difficulties, family difficulties, work overload, and lack of support from superiors.

*Discussion:* At the end of our work, we noted that the mental health of health professionals deserves special attention for early detection of COVID-19 psychopathological disorders. Thus, it is important to systematically institute support structures for healthcare professionals when responding to health emergencies.

**KEYWORDS:** Health personnel, COVID-19, psychosocial care, Senegal.

**RESUME:** *Introduction:* La pandémie de la covid-19 est une situation mondiale sans précédent, qui a bouleversé tous les systèmes (économiques, politiques, sociaux et sanitaires). Elle a ouvert la voie à une morbidité psychologique et psychosociale parmi le grand public et les professionnels de santé qu'ils soient directement ou indirectement liés à la riposte.

*Objectif:* Cette étude avait pour objectif était d'identifier les difficultés liées au vécu psychosocial de la COVID-19 chez une population de professionnels de la santé.

*Méthode:* Une étude qualitative, transversale à visé descriptive chez une population de professionnels de santé qui ont eu à recourir à une ligne d'écoute et de soutien a été menée à Dakar de mai 2020 à juillet 2020.

*Résultats:* Au total la ligne a enregistré au total 236 appels dont 20 appels émanant du personnel de santé soit un taux de 8,5%. 08 appels provenant du personnel de santé féminin soit un taux de 40% sur l'ensemble de la population d'étude ont été reçus.

Selon le discours des professionnels de santé, les thèmes les plus retrouvés étaient: les difficultés émotionnelles, les difficultés familiales, la surcharge de travail, et le manque de soutien de la hiérarchie.

*Discussion:* A l'issue de notre travail nous avons noté que la santé mentale des professionnels de santé mérite une attention particulière pour un dépistage précoce des troubles psychopathologiques de la Covid-19. Ainsi il est important d'instituer de manière systématique des structures d'aide aux professionnels de la santé lors de la riposte contre les urgences sanitaire.

**MOTS-CLEFS:** Personnel de santé, Covid-19, Prise en charge psychosociale, Sénégal.

## 1 INTRODUCTION

Le 31 décembre 2019, les autorités chinoises ont notifié à l'organisation mondiale de la santé (OMS) des cas de pneumonie causée par un coronavirus dans la ville de Wuhan, Province de Hubei. Cette maladie sera dénommée COVID-19 par l'OMS. Le 11 mars 2020, l'OMS a déclaré que la flambée de la nouvelle maladie à coronavirus (COVID-19) était une pandémie et invite les états membres à prendre des mesures immédiates pour limiter la progression de l'infection et à veiller aux respects de la réglementation sanitaire internationale [1].

Dès l'apparition de l'épidémie de la COVID-19 avec l'enregistrement d'un cas importé, le Sénégal a mis en place un plan de riposte. Des mesures ont été prise et misent en place le 20 janvier 2020 afin de limiter la progression du virus avec entre autres l'interdiction des regroupements, la fermeture des écoles, l'interdiction de la prière du vendredi, la réduction des déplacements et le renforcement du contrôle aux frontières en plus du financement du plan d'action multisectorielle de surveillance et de la riposte contre l'épidémie [2]. Ce plan vise surtout à inciter les populations à adopter les bons comportements à travers des stratégies de communication mais aussi à renforcer le système de santé avec une riposte coordonnée et maîtrisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire impliquant un processus de suivi de la mise en œuvre des activités. La réussite de ces interventions nécessite une adhésion totale des populations mais la capacité du système de santé à s'adapter au nouveau contexte auquel il n'était pas préparé. Des épidémies telles que le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SARS) et plus récemment Ébola et Zika ont mis en évidence les défis de la mise en œuvre de mesures de contrôle de la santé publique rapides et efficaces et d'avoir des systèmes de soins de santé qui résistent à ces perturbations ou chocs [3], [4]. Il est urgent de comprendre comment les agents de santé adaptent les mesures de riposte et également de comprendre la résilience des systèmes de santé dans le contexte de la planification et de la riposte en cas de pandémie [5].

En mai 2020, une étude portant sur la comparaison de la Covid-19 avec d'autres coronavirus [6] avait mis en évidence l'apparition de perturbations psychiatriques durant les phases symptomatiques et après la maladie chez certaines personnes déclarées guéries de la Covid-19. Après le confinement et l'augmentation brutale de la morbidité et de la mortalité liés à la Covid-19, le système sanitaire envisagerait une augmentation de la prévalence des troubles psychiatriques, en particulier chez le personnel soignant [7]. Le risque de contamination, la surcharge de travail, l'épuisement physique, la réorganisation des espaces de travail, l'adaptation à des organisations rigides de travail, le manque de matériaux de protection, la mortalité élevée des patients et la sensation de perte de contrôle sont autant de facteurs favorisant d'une souffrance psychologique chez les professionnels de la santé [8], [9]. L'impact psychologique des épidémies et des pandémies sur la santé mentale des professionnels de la santé a été rapporté dans la littérature. Lors des épidémies antérieures comme celle de SRAS en 2002 [10], de H1N1 en 2009 [11], de MERS-CoV [12] et d'Ébola en 2015 au Sierra Leone [13], les professionnels de la santé ont révélé des sentiments d'extrême vulnérabilité allant de symptômes somatiques légers à une détresse psychologique à long terme en passant par des symptômes cognitifs, des niveaux élevés d'anxiété et de dépression.

Devant tous ces constats, la prise en charge psychosociale des victimes de la COVID-19 en général et spécifiquement chez les professionnels prend toute son importance dans la riposte et dans la prévention des traumatismes psychoaffectifs. Au Sénégal, selon Diagne et al [14] des équipes mobiles d'intervention et de soutien (EMIS) psychosociales ont été dépêchés dans certaines localités du pays afin d'y assurer un accompagnement psychosocial global. D'autres dispositifs de prise en charge psychosociale ont été initié par des organismes nationaux et internationaux, mais aussi par des professionnels de la santé mentale du pays. Cependant de rares études sénégalaises ont été publiées traitant l'impact psychosocial et la prise en charge psychosociale de la pandémie Covid-19 sur les professionnels de santé au Sénégal. C'est dans ce cadre que nous avons initié ce travail dont l'objectif était, à partir d'un échantillon de cette population de soignants, de décrire l'impact psychosocial de la COVID-19 chez une population de professionnels de santé au Sénégal.

## 2 MÉTHODOLOGIE

### 2.1 CADRE DE L'ÉTUDE

L'étude a été déroulée à Dakar, capitale du Sénégal. La région de Dakar est située dans la presqu'île du Cap Vert et s'étend sur une superficie de 550 km<sup>2</sup> soit 0,28 % du territoire national. Elle est comprise entre les 17° 10 et 17° 32 de longitude Ouest et les 14° 53 et 14° 35 de latitude Nord. Elle est limitée à l'Est par la région de Thiès et par l'Océan Atlantique dans ses parties Nord, Ouest et Sud. La région de Dakar est organisée sur le plan administratif en quatre départements, 10 arrondissements, 43 communes d'arrondissements et sept communes. Pour une population d'environ plus 3 233 460 habitants, la région compte 10 districts sanitaires, 22 centres de santé publics et 155 postes de santé publics. En plus des structures publiques, le secteur privé joue également un rôle important dans le dispositif régional. Il dispose de: 692 cabinets médicaux, 27 cliniques, 244 cabinets paramédicaux et 524 officines de pharmacie. Le nombre de personnel de santé de la région de Dakar est estimé à 2483 éléments. Par rapport à la situation épidémique, la région de Dakar est de loin l'épicentre de la covid 19 au Sénégal devant les régions de Thiès et de Diourbel. Elle compte à elle seule 75% de tous les cas positifs du pays [15]. Ainsi sept Centres de Traitement Épidémiologiques (CTE) ont été mis en place pour répondre au nombreux cas.

### 2.2 MÉTHODE

L'étude s'inscrit dans le cadre d'un projet d'accompagnement psychosocial mis en place par une structure regroupant des professionnels de santé à l'endroit des soignants qui sont exposés à des troubles psychopathologiques durant la Covid-19. La réponse à cette demande de soutien psychologique a été apportée en phase avec les directives nationales, dans les sites d'isolement, dans les CTE et via un médium pour ceux confinés à domicile. Ce projet consistait à mettre en place une cellule de veille et d'écoute de prise en charge psychologique des soignants. Pour mettre à contribution ce soutien, certains points ont été au préalable considérés: identification et formation des intervenants; disponibilité de moyens de communication et installation de plateforme électronique permettant aux spécialistes d'être contactés par le référent et aux référés de s'entretenir en ligne avec un spécialiste; disponibilité de locaux pour les écoutantes; l'opportunité d'obtenir sur place un soutien psychologique par des pairs ou un spécialiste et la gestion des données strictement confidentielles sur les bénéficiaires. Les objectifs de ce dispositif étaient d'offrir une écoute et un soutien psychologique au personnel soignant exposé; d'informer sur la COVID-19; d'orienter le personnel soignant vers les différents services; d'offrir une écoute active aux soignants qui ont besoin d'aide, de soutien; d'entreprendre un soutien psychosocial à court et moyen terme et un suivi psychologique et une aide psychiatrique spécialisée si de besoin. La diffusion de la ligne d'écoute s'est faite par des flyers partagés de manière électronique sur les différents réseaux sociaux mais aussi par affichage directe dans les CTE et les autres sites hospitaliers.

### 2.3 TYPE ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude qualitative, transversale à visée descriptive chez une population de professionnels de santé qui ont eu à recourir à la ligne d'écoute et de soutien. Nous avons privilégié une approche qualitative afin d'approfondir le vécu psychologique de la Covid-19 pour l'ensemble des sujets. L'étude a été menée de mai 2020 à juillet 2020.

### 2.4 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Six (06) équipes de trois (03) personnes en rotation de 8h par jour, formées aux techniques d'écoute et de soutien, étaient chargées d'effectuer les entretiens en ligne. Ces entretiens de soutien d'environ une heure et demie avaient pour objectifs de recueillir le vécu émotionnel de la Covid-19, de recueillir les différentes formes de difficultés rencontrées par les sujets (difficultés sociales, relationnelles, matérielles et problèmes de santé) et la manière dont ils comprenaient ce qui leur arrivait dans le futur. Il s'agissait aussi de leur apporter un soutien émotionnel à leurs souffrances. Au cours de ces entretiens, les équipes remplissaient sur une fiche préétablie, validée et correctement mise à jour pour les données des entretiens. Les données recueillies étaient le vécu émotionnel de la COVID 19, les difficultés rencontrées et la compréhension et les stratégies d'adaptation. En outre, des supervisions des écoutantes ont été réalisées par une psychiatre référente afin de renforcer la qualité de cette stratégie d'écoute active du personnel impacté.

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse qualitative et descriptive en repérant les différents thèmes et leur fréquence d'apparition dans le groupe.

### 3 RÉSULTATS

Au total dix-neuf écoutantes ont participé à l'animation de la ligne. Trois (03) supervisions ont été organisées. La ligne a enregistré au total 236 appels dont 20 appels émanant du personnel de santé soit un taux de 8,5%. 08 personnels de santé féminin soit un taux de 40% sur l'ensemble de la population d'étude ont été reçus. Pour l'analyse qualitative et descriptive des entretiens en ligne, nous n'avons retenu ici que les thèmes suivants qui étaient plus présents chez tous les sujets du groupe à savoir les difficultés émotionnelles, les difficultés familiales, la surcharge de travail et le manque de soutien de la hiérarchie

#### 3.1 LES DIFFICULTÉS ÉMOTIONNELLES

Les signes d'anxiété étaient « audibles » dans les entretiens d'écoute de presque la quasi-totalité des appelants. La plupart des professionnels de santé avait explicitement citée l'anxiété lors des entretiens. Pour certains d'entre eux cela se manifestait par une préoccupation liée au risque de contracter soi-même le virus au travail et pour d'autres l'anxiété de transmettre le virus à un proche, un collègue de travail ou aussi l'anxiété de transmettre le virus à un patient. En effet, leur activité professionnelle hospitalière semble avoir eu un impact assez singulier et envahissant sur leur vie personnelle, générant une certaine anxiété, quant à la crainte d'être vecteur de contamination. Ce sentiment a été plus retrouvé chez les femmes que chez les hommes. Cela est aussi associé à des difficultés pour s'extraire du monde professionnel après sa journée de travail.

#### 3.2 LES DIFFICULTÉS FAMILIALES

Des sentiments de culpabilité d'avoir contaminé des membres de la famille avec les décès qui sont survenus chez certains d'entre eux a été évoqué par certains. Le contexte anxigène et la confrontation particulière à la vie et à la mort ont aussi mis au travail une crise existentielle avec des questionnements émergeant de leur vécu de la crise sanitaire. La question du sens de leur profession au moment de la crise de la COVID-19 a été aussi soulevée par certains professionnels de santé. Sur le plan personnel, les personnels soignants ont également subi de nombreux changements. Alors que, comme pour tout sénégalais, l'investissement de la sphère extra-familiale a été entravé lors des premières vagues, par les mesures sanitaires, telles que le confinement ou la distanciation physiques, certains semblent avoir encore plus veillé à cet isolement. Cependant des sentiments d'inutilité aussi devant le comportement des populations ont été soulignés. Dans les entretiens, l'autodiscipline se retrouve également dans le cercle familial. Certains professionnels déploraient aussi le fait que leur vie se limitait à l'hôpital, nuit et jour pendant des semaines pendant des mois. Un sentiment d'incompréhension de l'entourage qui se plaignait des longues absences.

#### 3.3 LA SURCHARGE DE TRAVAIL

Au cours des entretiens téléphoniques, nous avons noté que les personnels soignants mentionnaient également que ce vécu d'anxiété et d'angoisse lié à la Covid-19 était par ailleurs très diffus dans la société, observant que les individus de leur vie étaient emprunts à cette anxiété. Ces différentes perturbations émotionnelles présentes ont été mises en lien par les professionnelles de santé avec différents éléments: le temps de travail plus important dont une surcharge de travail avec plusieurs jours sans repos avec fatigue physique, le manque de sommeil, le manque de supervision pendant la pandémie, le manque de soutien de leur hiérarchie par rapport aux difficultés logistiques et devant leur contamination, le manque de moyens de protection dans les structures et les nombreux décès des patients, plus que d'ordinaire. Les entretiens en ligne ont aussi montré que la covid-19 a sollicité, à différents niveaux, les capacités d'adaptation des personnels de santé. En effet, ils ont vécu des réaménagements successifs de leurs services hospitaliers et de leurs pratiques. Le prolongement du temps de travail, la multiplication des tâches, la surprotection et l'environnement anxigène du milieu de travail sont autant de facteurs qui ont bouleversé les repères. Selon certains, ces modifications brusques de leur environnement et manière de travailler ont parfois touché le statut même de soignants, surtout pour ceux ayant travaillé dans les CTE. En effet ils estimaient avoir un statut assez flou parfois même d'inutilité et d'impuissance qui se avec des temps de travail assez longs, exténuants. Et malgré les efforts, les décès s'accroissaient.

#### 3.4 LE MANQUE DE SOUTIEN DE LA HIÉRARCHIE

Les professionnels exprimaient beaucoup d'amertume vis-à-vis de la hiérarchie. Ils trouvaient qu'ils étaient déconnectés par rapport à la réalité sur le terrain. En effet ils déploraient le manque de matériel adéquat, le manque de lit, le manque de supervision pendant la pandémie, le manque de moyens de protection dans les structures, le manque de soutien de leur hiérarchie par rapport aux difficultés logistiques et devant leur contamination.

#### 4 DISCUSSION

Le monde médical est particulièrement touché par la problématique d'un stress professionnel de la Covid-19 de plus en plus destructeur pour l'individu [16]. Le stress généré par la pandémie de la Covid-19 est venu s'ajouter à une souffrance psychique déjà élevée dans le domaine médical. Face à une menace non anticipée et très peu connue, l'organisation des soins de santé s'est retrouvée bouleversée [17], [18]. La pandémie de la COVID-19 a mis en évidence les fragilités du système sanitaire dans plusieurs pays, mais aussi la vulnérabilité de l'humain [19]. Le professionnel de la santé doit s'adapter seul à un environnement en pleine mutation où les questions d'organisation dominent le discours [9].

Au Sénégal, pour la prévention d'une répercussion psychologique de la pandémie sur la santé mentale des victimes, plusieurs initiatives nationales (cellule d'écoute de la Division santé mentale, les équipes d'intervention et de soutien psychosociales du Centre des opérations d'urgence sanitaire) et privées ont été prises pour mettre en place des dispositifs visant à aider les victimes primaires (patients Covid-19 positifs), secondaires (familles et entourages), tertiaires (professionnels de santé) et à ventiler leurs émotions négatives [14], [15]. Ainsi, les plateformes d'écoute téléphonique étaient les moyens le plus utilisés.

Dans notre étude, nous avons constaté que parmi les 236 appels reçus, 20 provenaient du personnel de santé (8,4%) et 12 parmi eux étaient de sexe masculin et 8 de sexe féminin soit 40%. Ce faible nombre d'appels des professionnels de santé a été rapporté dans plusieurs études sur le même sujet comme ce fut le cas du travail de Brocq [20]. Le faible nombre d'appels provenant des professionnels de la santé pourrait s'expliquer en partie par la durée courte de l'étude d'une part ce qui ne nous a pas permis d'avoir une population plus importante. Mais aussi par la peur de la stigmatisation. En effet Lariqui et al. [21] avaient noté des obstacles dans la mise en œuvre de services d'intervention psychologique, car le personnel médical était réticent à participer aux interventions psychologiques de groupe ou individuelles qui leur étaient fournies. De plus, les infirmières avaient montré de l'excitabilité, de l'irritabilité, de la réticence à se reposer et des signes de détresse psychologique, mais ont refusé toute aide psychologique et ont déclaré qu'elles n'avaient aucun problème. Comme dans notre étude les femmes étaient moins enclines à utiliser les lignes d'écoute (8 professionnels de santé féminin sur les 20 au total). Ce constat de la sous-utilisation des plateformes d'écoute téléphonique de soutien psychologique, alors même que de manière informelle les professionnels de santé exprimaient subir un haut niveau de stress et un sentiment de débordement au cours de la Covid-19 serait-il une illusion pour les soignants de garder le contrôle et de prévenir l'apparition des symptômes anxigènes ? Au cas échéant, cette posture est fragile, car le travail dans les situations d'urgence sanitaire, induit inévitablement des aménagements psychiques incomplets et parfois mêmes inappropriés.

Les résultats de notre étude montrent que les professionnels de santé qui ont recouru à la ligne d'écoute téléphonique ont eu la capacité de mobiliser des ressources génératives, comme l'engagement. Cela leur a permis de s'adapter au mieux de cette pandémie. Cependant, la Covid-19 a mis en tension les piliers de la crise existentielle [22]. Dans notre étude, des symptômes tels que l'anxiété et l'épuisement, qui rappellent notamment ceux retrouvés dans la population des soignants travaillant en réanimation [23], ont été retrouvés chez les professionnels de santé. Les événements traumatisants de la vie, tels que de la pandémie de coronavirus, exercent une influence significative sur le fonctionnement psychologique et le bien-être d'un individu, et peuvent générer des problèmes psychologiques comme l'anxiété, la confusion, le retrait social et la dépression [24], [25]. Selon les données de la littérature, la prévalence globale des troubles anxiodépressifs chez les professionnels de santé pendant la COVID-19 variait de 22,8 à 26 % avec une prévalence d'anxiété plus élevée chez les infirmières [23].

L'épidémie mortelle de SRAS (Syndrome Respiratoire Aigu Sévère), notifiée pour la première fois en novembre 2002 dans la Province de Canton en Chine, a eu un impact psychologique important sur la santé mentale des personnels de santé. Chua et al. [26] avaient montré que les séquelles psychologiques immédiates du SRAS concernaient un niveau de stress significativement plus élevé chez les individus affectés, lorsqu'on les comparait aux cas témoins sains appariés. Sim et ses collègues avaient évalué les effets du SRAS sur la santé mentale des professionnels de santé en Chine en 2003. Les résultats ont révélé une proportion considérable de participants ayant signalé des symptômes de dépression (50,4 %), d'anxiété (44,6 %) et de détresse (71,5%) [27]. En effet dans notre étude la quasi-totalité des appelants ont rapporté des signes d'anxiété. Cette prévalence de l'anxiété chez les soignants confirme l'importance du risque dans le secteur de la santé. Cela pourrait s'expliquer par la rapidité de diffusion de la maladie, les connaissances limitées et la sévérité de la maladie. Ces résultats corroborent ceux de Mboua et al. [28] réalisés au Cameroun qui montraient un taux d'anxiété d'environ 41,8% chez les professionnels de santé. La peur de contaminer sa propre famille, ses collègues est souvent revenue dans la littérature. Nos résultats, conformément aux études précédentes, ont montré que les problèmes de santé mentale sont liés au manque de soutien social. Au-delà des problèmes d'approvisionnement, le manque de protection a été un facteur majeur surajouté au stress au début de l'épidémie. Dans une étude de Chung & Yeung [29], les préoccupations en matière d'Équipement de Protection Individuel (EPI) étaient le thème le plus courant soulevé.

L'épuisement professionnel des professionnels de la santé qui travaillent pendant la pandémie de COVID-19 est associé à des facteurs tels que le sentiment d'être poussé au-delà de la formation (taille de travail élevée), la prise de décisions devant donner la priorité à la vie ou à la mort (stress élevé au travail), le travail ayant un impact sur la capacité d'effectuer des activités domestiques (pression élevée), le manque d'EPI adéquat (soutien organisationnel limité) [30]. Ce constat a été retrouvé dans notre étude. Les postes de travail de haut risque, la proximité avec les infectés, la réorganisation des soins, la pénurie des moyens de protection ont entraîné un sentiment d'impuissance et d'inutilité, d'épuisement professionnel donc une diminution et une détérioration du bien-être du personnel de santé. D'après tous ces constats retrouvés dans notre étude, il conviendrait désormais d'objectiver la fréquence de ces symptômes dans la population des professionnels de santé, voire de contrôler le facteur d'intervention auprès de patients atteints de la Covid-19, ceci pour mieux comprendre les spécificités de cette clinique, marquée par les injonctions institutionnelles, des décisions et aménagements personnels, dans un contexte sociétal particulier.

L'autre aspect qui est sorti dans notre étude est les répercussions socio professionnelles de la Covid-19 chez les professionnels de la santé avec des changements de vie professionnels et personnels. La dimension exceptionnelle de cette crise sanitaire réside dans le fait que les personnels de santé ont été touchés dans leurs sphères à la fois professionnelle et privée. Le climat d'insécurité généralisé qui s'est installé en raison du risque de contamination personnel, puis du risque de contamination de ses proches sont autant de facteurs non négligeables [31]. Le stress lié à cette pandémie s'est fait ressentir au-delà de la sphère du soin en raison de restrictions instaurées par les autorités sanitaires.

La vie privée des professionnels de santé a également été impactée avec un retentissement personnel et des difficultés pour se reposer [32]. Enfin, l'incertitude liée à un manque de connaissances sur la maladie et sur l'évolution de la pandémie n'a fait que rajouter un sentiment de peur ou d'anxiété. Cela particulièrement lorsque les professionnels de santé présentaient un risque plus élevé de développer une forme grave de la COVID-19 [33], [34]. La peur de contaminer un membre de sa famille et encore le fait de compter dans son entourage une personne atteinte d'une maladie chronique semble conduire à des niveaux plus élevés de souffrance chez les professionnels de santé [35].

Nous avons réalisé une étude qualitative avec des limites et biais qui méritent d'être mentionnés. Le nombre limité de la population peut s'expliquer par la durée limitée de notre projet et la faible fréquentation de la ligne d'écoute par le fait d'une vulgarisation retardée. Une étude qualitative était particulièrement intéressante pour la richesse des discours. Cependant, un nombre de participants plus conséquent serait nécessaire pour rendre nos résultats plus généralisables et significatifs, et mieux explorer chaque axe identifié dans ces résultats. Nous pouvons également souligner le fait que nos participants ont été rencontrés en ligne et que cela a pu biaiser l'homogénéité de nos entretiens.

## 5 CONCLUSION

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 urgence et parfois en soins intensifs. Rapidement, les professionnels de santé ont été déstabilisés par la dangerosité du virus. Le taux de mortalité et le risque de contagion se sont révélés beaucoup plus élevés qu'anticipé. 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. Devant ces constats, la prise en charge psychosociale prend toute son importance dans la riposte et dans la prévention des problèmes de santé mentale. Conscient de ces répercussions sur la santé mentale des professionnels de santé, plusieurs dispositifs institutionnels et privés ont été mis en place au Sénégal afin d'aider les professionnels de santé à surmonter cette épreuve. Ce travail montre que la santé mentale des professionnels de santé mérite une attention particulière pour un dépistage précoce des troubles psychopathologiques de la Covid-19. Ainsi il est important d'instituer de manière systématique des structures d'aide aux professionnels de la santé lors de la riposte contre les urgences sanitaire.

## CONFLITS D'INTÉRÊTS

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

## REFERENCES

- [1] Organisation mondiale de la santé (OMS). Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19. Genève 11 mars 2020. <https://www.who.int/fr/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
- [2] République du Sénégal. Déclaration du président sur la situation de la pandémie à Covid-19. Mars 2020 Sénégal. <https://www.sec.gouv.sn/actualite/C3%A9/coronavirus-le-pr%C3%A9sident-de-la-r%C3%A9publique-macky-sall-prend-plusieurs-mesures>.
- [3] Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*. 2015 May 9; 385 (9980): 1910-2. doi: 10.1016/S0140-6736 (15) 60755-3. PMID: 25987159.
- [4] Hoffman J, Steven J., and Sarah S «Delays in Global Disease Outbreak Responses: Lessons from H1N1, Ebola, and Zika.» *American Journal of Public Health*. 2018. 108 (3): 329–33. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304245>.
- [5] Blanchet K, Sara L. Nam, Ben R, and Francisco P. «Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework.» *International Journal of Health Policy and Management*. 2017; 6 (8): 431–35. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.
- [6] Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun; 7 (6): 547-560. doi: 10.1016/S2215-0366 (20) 30168-1. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32304649; PMCID: PMC7159850.
- [7] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: a rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 Mar 14; 395 (10227): 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736 (20) 30460-8. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32112714; PMCID: PMC7158942.
- [8] Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated with Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak. *J Occup Environ Med*. 2018 Mar; 60 (3): 248-257. doi: 10.1097/JOM.0000000000001235. PMID: 29252922.
- [9] El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale ? *Encephale*. 2020 Jun; 46 (3S): S73-S80. French. doi: 10.1016/j.encep.2020.04.008. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32370984; PMCID: PMC7174182.
- [10] Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004 Aug; 185: 127-33. doi: 10.1192/bjp.185.2.127. PMID: 15286063.
- [11] Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis*. 2010 Nov 9; 10: 322. doi: 10.1186/1471-2334-10-322. PMID: 21062471; PMCID: PMC2990753.
- [12] Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clin Med Res*. 2016 Mar; 14 (1): 7-14. doi: 10.3121/cmr.2016.1303. Epub 2016 Feb 4. PMID: 26847480; PMCID: PMC4851451.
- [13] Liu C, Wang H, Zhou L, Xie H, Yang H, Yu Y, et al. Sources, and symptoms of stress among nurses in the first Chinese anti-Ebola medical team during the Sierra Leone aid mission: A qualitative study. *Int J Nurs Sci*. 2019 Mar 8; 6 (2): 187-191. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.03.007. PMID: 31406890; PMCID: PMC6608674.
- [14] Diagne I, Dieng AB, Sougou A, Ndione AG. La prise en charge psychosociale des contacts de cas confirmés de COVID-19 à Touba, Sénégal. *Pan African Medical Journal*. 2020; 37 (1): 5. 10.11604/pamj.supp.2020.37.5.25854.
- [15] Diagne I, Petit V et Tine JAD, *The Conversation*, 8 avril 2021: « Sénégal: comment assurer la continuité des soins de santé mentale en temps de Covid-19 ? » [En ligne] Disponible sur: <https://theconversation.com/senegal-comment-assurer-la-continuite-des-soins-de-sante-mentale-en-temps-de-covid-19-158381>.
- [16] Hartzband P, Groopman J. Physician burnout, interrupted. *N Eng J Med*. 2020; 382: 2485-7.
- [17] Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng V, et al. Risk perception and impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: what can we learn? *Med Care*. 2005 Jul; 43 (7): 676-82. doi: 10.1097/01.mlr.0000167181.36730.cc. PMID: 15970782.
- [18] Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, Ito A, Mouri K, Kitamura N, et al. Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Jun; 66 (4): 353-60. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02336.x. PMID: 22624741.
- [19] Pitchot W. Impact de la pandémie de la COVID-19 sur la santé psychologique du personnel soignant. *Rev Med Liege* 2020; 75: Supplément: S62-S66.
- [20] Brocq E. Impacts psychologiques de la pandémie COVID-19 et des mesures barrières: la question des soignants. *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives* 2021; 5 (3): 215–217.

- [21] Laraqui, O., Manar, N., Laraqui, S., Hammouda, R.F., Deschamps, F., & Laraqui, C.E. Risques psychosociaux et syndrome d'épuisement professionnel des professionnels de soins hospitaliers. *Arch Mal Prof.* 2019; 80 (5): 386–397. DOI: 10.1016/j.admp.2019.05.001. [1775–8785].
- [22] Farr, P. In This Moment, We Are All Dr. Rieux: COVID-19, Existential Anxiety, and the Absurd Hero. *Journal of Humanistic Psychology*, 2020; 61 (2), 275–282. <https://doi.org/10.1177/0022167820937504>.
- [23] Laurent, A., Fournier, A., Poujol, AL., Deltour, V., heureux, F., Meunier-Beillard, N., et al. Impact psychologique de la pandémie de COVID-19 sur les soignants. *Médecine Intensive Réanimation*, 2021; 30, 69–74. <https://doi.org/10.37051/mir-00075>.
- [24] Ingram, R. E., & Luxton, D. D. Vulnerability-Stress Models. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. 2005, 32–46. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452231655.n2>.
- [25] Yıldırım M, Arslan G. Exploring the associations between resilience, dispositional hope, preventive behaviors, subjective well-being, and psychological health among adults during the early stage of COVID-19. *Curr Psychol.* 2022; 41 (8): 5712-5722. doi: 10.1007/s12144-020-01177-2. Epub 2020 Nov 14. PMID: 33223782; PMCID: PMC7666616.
- [26] Chua S.E., Cheung V., McAlonan G.M. Stress, and psychological impact on SARS patients during the outbreak. *Can J Psychiatry.* 2004; 49 (6): 385–390.
- [27] Sim K., Chua H.C. The psychological impact of SARS: a matter of heart and mind. *CMAJ.* 2004; 170 (5): 811–812.
- [28] Moua CP, Keubo FRN, Fouaka SGN. Anxiété et dépression associées à la prise en charge de la COVID-19 chez les personnels de santé au Cameroun. *L'Évolution Psychiatrique.* 1 mars 2021; 86 (1): 131-9.
- [29] Chan-Yeung M. Severe acute respiratory syndrome (SARS) and healthcare workers. *Int J Occup Environ Health.* 2004; 10 (4): 421-427. doi: 10.1179/oeh.2004.10.4.421
- [30] Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE.* 2020; 15: e0238217. doi: 10.1371/journal.pone.0238217.
- [31] Shacham M, Hamama-Raz Y, Kolerman R, Mijiritsky O, Ben-Ezra M, Mijiritsky E. COVID-19 Factors and Psychological Factors Associated with Elevated Psychological Distress among Dentists and Dental Hygienists in Israel. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 22; 17 (8): 2900. doi: 10.3390/ijerph17082900. PMID: 32331401; PMCID: PMC7215275.
- [32] Arabi YM, Murthy S, Webb S. COVID-19: a novel coronavirus and a novel challenge for critical care. *Intensive Care Med.* 2020, 46: 833-6. DOI: 10.1007/s00134-020-05955-1.
- [33] Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, et al. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during the COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020 Nov-Dec; 67: 144-145. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.03.011. Epub 2020 Apr 3. PMID: 32381270; PMCID: PMC7194721.
- [34] Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 2020 Jun; 288: 112936. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112936. Epub 2020 Apr 4. PMID: 32276196; PMCID: PMC7195354.
- [35] Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Albondiga-Mayor J, Picaza Gorrochategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed).* 2021 Apr-Jun; 14 (2): 106-112. doi 10.1016/j.rpsmen.2020.05.002. Epub 2021 May 21. PMID: 34088643; PMCID: PMC10068028.